

315011

6



**UNIVERSIDAD SALESIANA, A.C.**

**Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México**

**“IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE  
MODIFICACION DE ACTITUD EN  
ADOLESCENTES, HACIA EL USO DEL  
CONDON COMO METODO DE PREVENCION  
DEL SIDA”.**

**T E S I S**

**Que para obtener el Título de  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**Presentan**

**CLAUDIA ERIKA RAMIREZ AVILA  
MARTHA ERICA NUÑEZ VALENCIA**

**ASESOR  
LIC. Ma. ELIZABETH RAMÍREZ LÓPEZ**

283554

**México, D.F.**

**Septiembre 2000.**



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.

*Agradecimientos Claudia y Martha:*

*A "DÍOS" por dejarnos existir*

*A la Lic. ELIZABETH RAMÍREZ, pilar fundamental en la realización de este trabajo y de nuestra carrera.*

*A la Lic. LAURA PALOMINO, quien más que una gran maestra, demostró ser para nosotras una amiga incondicional.*

*Al Ing. AGUSTÍN SOLÍS, por ser parte fundamental en nuestra formación profesional, un gran amigo y un guía en la realización de este trabajo.*

*A nuestros maestros durante la carrera MARTHA LAURA GIMÉNEZ, FRANCISCO OCHOA, ROGELIO GÓMEZ, FRANCISCO RODRÍGUEZ, LOURDES DERFLINGER, JOSE ANTONIO VALERDI, RODRIGO FRANCHETTI y JORGE GARCÍA, porque gracias a ellos hemos llegado a una de nuestras grandes metas.*

*A BETY por siempre recibirnos con una sonrisa, por apoyarnos en todos los trámites y por brindarnos su amistad, sin olvidar su gran actitud de servicio que hace de servicios escolares un lugar agradable*

*Al Director, Profesores y Alumnos de la SECUNDARIA TÉCNICA por todo su tiempo, apoyo y espacio para la realización de este trabajo.*

*Y una muy especial dedicatoria a nuestras mejores amigas:*

*MUY y ALE, gracias por existir.*

*Dedicatorias Martha:*

*A SAMY por ser parte de mí.*

*A CLAUDIA quien creyó en mí.*

*A MI FAMILIA por que nunca me han dejado caer.*

*Dedicatorias Claudia:*

*A mi familia:*

*MAMÁ, PAPÁ, ALMA y LETY por que los amo más que a nada*

*A MARTHA por que sin ti esto no hubiera sido posible.*

*A LUIS por permanecer.*

*A mis abuelas MARYTERE y REBECA, a mis tíos JORGE, ELENA, ROCÍO e  
ISAÍAS, a mis primos JOSEF y JESSICA y a todos aquellos que conservo en mis  
recuerdos.*

*Al Lic. LUIS A. MADRIGAL y Lic. CELIA GOMEZ por u apoyo y amistad  
incondicional, los quiero mucho..*

*A mis amigos CECILIA ROA, ISRAEL ALVAREZ, FABIO LA DIAZ, PATTY  
DOMINGUEZ, TAINA MONTERO, HERMANO MUGGENBURG, JUAN PABLO  
AGUILAR y NAYELLY NANCYOTLE, por compartir mis sueños.*

# ÍNDICE

<b>Introducción</b>	<b>001</b>
<b>Capítulo 1 "Actitud"</b>	
1.1. Definición de actitud	003
1.2. Componentes las actitudes	006
1.3. Funciones de las actitudes	008
1.4. Características de las actitudes	009
1.5. Formación de actitudes	010
1.6. Cambio de actitudes	011
1.7. Factores relacionados con la actitud	015
<b>Capítulo 2 "La adolescencia"</b>	
2.1. Definiciones de adolescencia	020
2.2. Teorías de la adolescencia	022
2.3. Desarrollo físico	037
2.4. Aspectos de la sexualidad	041
2.5. El adolescente y la familia	050
2.6. El adolescente y su Grupo de pares	053
2.7. Aspectos sociales	055
<b>Capítulo 3 "SIDA"</b>	
3.1. <i>Historia natural de la infección por VIH</i>	059
3.1.1. ¿Qué significa VIH/SIDA?	059
3.1.2. ¿Qué es el VIH?	060
3.1.3. Ciclo vital del VIH-1	061
3.1.4. Variabilidad del VIH	064
3.1.4.1. VIH-1 y VIH-2	064
3.1.4.2. Seropositividad	066
3.1.5. ¿De dónde viene el VIH?	068
3.2. ¿Cómo se transmite el virus del SIDA?	069
3.2.1. Transmisión sexual	070
3.2.2. Transmisión sanguíneo y/o parenteral	071
3.2.3. Transmisión vertical (madre-hijo)	072
3.2.4. ¿Hay otros modos de transmisión?	072
3.3. Clasificaciones	073
3.3.1. Clasificación CDC (Centers for Diseases Control) 1988	074
3.3.2. Clasificación CDC (Centers for Diseases Control) 1993	076
3.3.3. Lista Oficial CDC de Infecciones oportunistas, clasificadas como SIDA.	077
3.3.4. Clasificación de la OMS	078
3.4. Manifestaciones clínicas	079
3.4.1. Pruebas serológicas de cribado y confirmación	082

3.5. Tratamiento	086
3.5.1. Resistencias a los antirretrovirales	090
3.6. Prevención	091
3.6.1. Prevención de la transmisión sexual	091
3.6.1.1. El preservativo	092
3.6.2. Prevención de la transmisión parenteral	093
3.6.3. Prevención de la transmisión vertical	094
3.6.4. Prevención en el personal sanitario	095
3.6.5. Pinchazo accidental	096
<b>Capítulo 4 “Sociedad, cultura y religión frene al SIDA”</b>	
4.1. Aspectos sociales y culturales	098
4.1.1. Principales resistencias culturales	106
4.2. Aspectos religiosos	107
4.2.1. Sexualidad y religión	108
4.2.2. La enfermedad y la religión	110
<b>Capítulo 5 “Construcción del instrumento y programa”</b>	
5.1. Construcción del instrumento, características generales	114
5.1.1. Construcción del banco de reactivos	116
5.1.2. Estructuración formal del instrumento	121
5.1.3. Análisis de ítems	130
5.1.4. Estructuración de la forma final del instrumento de medición	134
5.1.5. Análisis técnico	139
5.2. Elaboración del programa de modificación de actitud en adolescentes, hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA.	151
<b>Capítulo 6 “Metodología”</b>	
6.1. Planteamiento del problema	154
6.2. Planteamiento de Hipótesis	156
6.3. Definición de variables	156
6.4. Selección y asignación de sujetos a grupos	157
6.5. Escenario	158
6.6. Selección de un diseño	158
6.7. Procedimiento experimental	158
<b>Capítulo 7 “Resultados y Análisis de resultados”</b>	166
<b>Capítulo 8 “Conclusiones, sugerencias y limitaciones”</b>	187
<b>Bibliografía</b>	196

## INTRODUCCIÓN

El SIDA es hoy el principal problema de salud pública a nivel mundial. Es un problema social con profundas implicaciones y repercusiones económicas y políticas.

A lo largo de 20 años, mucho se ha avanzado en la percepción del problema. La visión apocalíptica inicial ha evolucionado, pasando del optimismo derivado del aislamiento del virus y los primeros tratamiento, a una visión más pesimista, al reconocer que se trata de un problema muy complejo, en el que no se han encontrado todavía ni vacuna ni tratamiento efectivos. Esta visión se ha generado también a partir de la resistencia mostrada por algunos sectores de la sociedad a modificar de manera efectiva y permanente sus conductas de riesgo.

Actualmente, se ha comprendido que el SIDA es un problema crónico que requiere de un enfoque y un manejo intersectorial y de la participación de la sociedad organizada. Lo que está hoy a prueba es la capacidad de convocatoria del Sector Salud para lograr que la sociedad y las Instituciones de Salud, combatan conjuntamente, con mayor eficiencia esta epidemia.

Se ha aprendido, gracias a las investigaciones que se realizan en el ámbito mundial una enorme cantidad de aspectos acerca del virus y del padecimiento, se sabe con precisión como se transmite y se tiene en su haber un gran acervo de conocimiento biomédicos, sin embargo, falta aún aquellos que permitan diseñar mecanismos preventivos más eficientes.

Una de las lecciones más importantes y trascendentes de estos primeros 20 años de la epidemia ha sido identificar la necesidad de profundizar en



aquellas investigaciones que generen conocimientos y herramientas para lograr conductas y comportamientos de menor riesgo, pues no se tiene hasta el momento, estrategias preventivas suficientemente eficaces como para modificar este tipo de comportamientos.

Ciertamente, la información y la educación han tenido un impacto positivo, y seguramente las cosas serían mucho más graves de no haberse emprendido vigorosos programas como parte de una estrategia mundial ante el problema; pero estas estrategias han sido insuficientes, sobre todo en aquellas poblaciones que se identifican como de mayor riesgo, como lo es el adolescente quien se encuentra ávido de iniciar una vida sexual activa, sin conocer las consecuencias que podría acarrear.

Por otro lado, no hace mucho tiempo, los condones eran cosas de lo que no se hablaba mucho. Actualmente esto se discute en las noticias de la televisión o el periódico y los condones se exhiben libremente en cualquier farmacia, supermercado o tienda.

Para aquellos sexualmente activos, y que no limitan su actividad a una sola pareja, se ha demostrado que el uso de los condones ayuda a prevenir la diseminación de enfermedades sexualmente transmisibles. Por ello se recomienda el uso de los condones para ayudar a reducir la transmisión del SIDA.

En el caso de los adolescentes el uso del condón es visto como un método anticonceptivo, omitiendo el uso como método preventivo de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación es generar un cambio de actitud en el adolescente, hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA.

# CAPÍTULO 1

## ACTITUD

### 1.1. Definición de actitud.

Por ser un componente en la personalidad y conducta humana, desde hace muchos años, algunos autores se dieron a la tarea de encontrar una definición, con la finalidad e interés común de proporcionar una caracterización adecuada que permita por lo menos su medición y cuantificación.

*Thurstone (1928)* sostuvo que el concepto de actitud es la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado.

*Allport (1935)* define a la actitud "Un estado mental y neuronal de la disposición a responder en forma organizada a través de la experiencia y que ejerce una influencia directiva y/o dinámica de la conducta".

*Kinder y Capbell (1950)*, sostienen que "son procesos fundamentales o manifestaciones conductuales producto del aprendizaje".

Por su parte *Cook y Seltiz (1964)*, consideran a las actitudes como una disposición fundamental que intervienen con otras influencias en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, los cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación-evitación con respecto de él.

*Rokeach (1968)* la define como "Una orientación o disposición aprendida hacia un objeto o situación, que proporciona una tendencia a responder de manera favorable o desfavorable hacia un objeto o situación".

*Guilmer H. (1973)*, menciona que "... las actitudes tienen referencia social en sus orígenes y desarrollo en sus objetos, mientras que al mismo tiempo tienen referencias psicológicas en cuanto a que son inherentes al individuo y se encuentran íntimamente mezclados con su conducta y hechura psicológica"

*Mednich y colaboradores (1975)* aportan "Una actitud es una disposición a actuar de cierta manera hacia ciertos aspectos del ambiente propio, incluso hacia otras personas"

Según *Elms (1976)* menciona que se puede considerar a la actitud como una mezcla e integración de creencias y valores que están determinados por la información que proviene de la cultura a la cual se pertenece.

*Blumm y Naylor (1988)*, para ellos las actitudes indican las creencias, los sentimientos y las tendencias de acción de un individuo o grupo de individuos en relación con objetos, ideas, personas; con mucha frecuencia, las personas y los objetos o ideas se asocian en las mentes de los individuos y como resultado, las actitudes se hacen multidimensionales y complejas.

*Dunnette (1989)* la define como un síndrome relativamente estable o durable de respuestas consistentes dadas por un individuo con respecto a algún objeto psicológico - símbolo, eslogan, producto, institución, persona, grupo o asunto – con el que se pueda comparar.

En palabras de *Ajzen (1989)* "es una variable latente, que ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables y que reflejan, en última instancia, una evaluación global positiva o negativa del objeto en donde se aplica la actitud".

Operacionalmente, la actitud se define como el conjunto de categorías del individuo por las cuales evalúa un dominio de estímulos, que él mismo establece a medida que conoce dicho dominio a través de la interacción con otras personas, y que lo relaciona con varios subconjuntos dentro de aquel dominio, con distintos grados de afecto positivo o negativo.

La actitud en sí misma no es directamente observable, ya que ésta se va conformando a la par que otros aspectos de la personalidad de un individuo ya que debido a que "subyace en la mayor parte de la enseñanza, asesoría y crianza de los niños y marca la globalización de la conducta tanto positiva o negativa hacia un determinado objeto o situación". (Gross R. 1994)

Recapitulando la información anterior, se puede observar que la actitud es:

- Una manera determinada para responder ante personas u objetos.
- Una tendencia a responder positiva o negativamente dependiendo del conjunto de creencias y valores que tenga la cultura a la cual se pertenece.
- La carga afectiva a favor o en contra de algún objeto psicológico.
- Predisposición aprendida por una carga social con una inferencia directa en la conducta y en los sentimientos.

## 1.2. Componentes de las actitudes.

La respuesta que origina cada ser humano ante una persona, objeto o situación posee tres elementos sustanciales: el cognoscitivo, el afectivo y el conductual. En cada individuo uno de estos tres ocupa un papel preponderante mientras que los otros dos pasan a segundo plano, dependiente de la formación que se tenga desde el hogar y la influencia social; lo normal o adecuado sería que los tres actuaran con la misma intensidad, involucrando sentimientos y emociones, creencias y acciones; las personas que logran lo anterior se podría decir que son equilibrados en cuanto a sus actitudes.

A continuación se explicarán los principales componentes de las actitudes:

a) **Cognitivo.**- Consta de las percepciones que tiene el individuo en cuanto al objeto o situación a la cual se enfrenta. Estas surgen del conjunto de creencias y conocimientos que un sujeto o grupo tiene de la misma; ésta información posee un papel importante ya que a partir de la misma se tomará como punto de referencia las características o propiedades. A partir de ésta información el individuo tomará la decisión de responder de manera favorable o desfavorable ante un determinado objeto o situación.

El número de elementos del componente cognoscitivo varía de una persona a otra, dependiendo de las experiencias pasadas y de la información que tenga.

b) **Afectivo.**- Se refiere a los sentimientos de la persona con relación al objeto, viene siendo el aspecto emocional de la actitud, el más profundamente enraizado y el más resistente al cambio. El objeto es vivenciado como placentero

o displacentero y es esta carga emotiva la que da a las actitudes su carácter motivacional e insistente.

Aunque dos sujetos tengan actitudes desfavorables ante un objeto, sus sentimientos personales en relación con este, pueden ser totalmente diferentes.

Entre los psicólogos sociales contemporáneos se encuentra Collins (1970) quien considera a la actitud como "un sentimiento de que un objeto actitudinal es bueno o malo, justo o injusto".

c) **Conductual.-** Consiste en la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto, es decir, todas aquellas que tienen que ver con que el individuo acepte o rechace el objeto actitudinal. Si una persona mantiene una actitud favorable hacia un objeto, se sentirá dispuesta a mantenerla, ayudarla o aceptarla, y si dicha actitud es negativa, tenderá a destruirla o rechazarla.

Las actitudes crean un estado de predisposición a la acción que al combinarse con una situación activadora específica, resulta en una conducta. Cuando una persona posee cogniciones y afectos con relación a algún objeto, éste es capaz de predisponerla a emitir conductas congruentes con dichas cogniciones y afectos.

Cada uno de los tres componentes puede variar por su valencia, la actitud puede describirse como favorable o desfavorable con respecto a su objetivo y por el grado de su multiplicidad, es decir, el número y variedad de los elementos o partes que integran cada uno de los componentes de las actitudes.

Según las teorías psicosociales conocidas como Teoría de la Congruencia, los tres componentes de las actitudes deben ser íntimamente congruentes. De hecho, causaría sorpresa verificar que alguien es atraído por un

objeto al que cognoscitivamente considera como poseedor de las características más negativas, o viceversa. No obstante, con frecuencia se verifica cierta incongruencia entre las actitudes y las conductas emitidas por las personas.

### 1.3. Funciones de las actitudes.

a) **Función Cognoscitiva.**- La actitud es la mediadora entre el estímulo y respuesta, por lo tanto codifica, selecciona o interpreta. Esta función se refiere a los contenidos de conocimientos correctos o incorrectos con los cuales se enfrenta al medio ambiente o a la sociedad.

b) **Función Utilitaria.**- El individuo se esfuerza por minimizar el castigo y maximizar la recompensa y por lo tanto desarrollará actitudes favorables frente a los objetos que le proporcionan gratificación y actitudes desfavorables ante objetos o situaciones que implican una molestia o castigo.

A su vez, ésta cumple con una función determinada ante la sociedad la cual se denomina adaptativa o instrumental y es la que permite al ser humano convivir con su medio ambiente de manera armoniosa.

c) **Función Económica.**- Da un contexto general acerca de las conductas apropiadas ante determinados objetos o situaciones, es así que van estructurando una forma de comportamiento que sea aceptada por el medio en el cual se tiene injerencia. Todo esto tomando como base las normas y valores estructurados en ese grupo particular.

d) **Función Defensiva.**- Tomando como base la teoría psicoanalítica, las actitudes pueden mantenerse para ayudar a manejar lo que se denomina como conflictos internos, más que como respuestas hacia un estímulo determinado, lamentablemente es difícil de verificar empíricamente.

#### **1.4. Características de las actitudes.**

Cuando se estudia una actitud no se refiere a algo que pueda observarse directamente. Sino a un concepto psicológico que designa algo dentro del individuo. Y porque no se puede observar directamente el dolor, la tensión psicológica o una idea no expresada, tampoco se puede ver una actitud. Sin embargo, el concepto de actitud tiene varias características que lo distinguen de otros conceptos referentes a estados internos del individuo:

a) Las actitudes no son innatas, la aparición de una actitud depende del aprendizaje.

b) Las actitudes no son temporales sino estados más o menos persistentes una vez formados. Es innegable que las actitudes cambian; pero, una vez formadas, adquieren una función reguladora de modo que, dentro de ciertos límites, no están sujetas a cambios.

c) Implican una relación entre la persona y los objetos. No se autogeneran psicológicamente, se forman o aprenden de acuerdo a referentes identificables, ya sean personas, grupos, instituciones, objetos, asuntos sociales o ideologías.

d) Pueden ser manifiestas o latentes, las manifiestas corresponden al nivel consciente y las latentes al nivel inconsciente. Una actitud latente se manifestará al presentarse otra vez el conjunto de estímulos correspondientes, que disparen el mecanismo adecuado que propiciará la presencia de la actitud antes establecida.



e) La actitud tiene una cualidad direccional; en esta característica el afecto y las emociones, juegan un papel decisivo, ya que a través de ellos el individuo se acerca o aleja, acepta o rechaza, al objeto actitudinal (Young 1967).

### **1.5. Formación de actitudes**

Entre los determinantes para la formación de actitudes se encuentran los deseos personales, la pertenencia a grupos, el grado de información y las características de personalidad de un individuo.

El sujeto desarrolla una serie de actitudes al enfrentarse con varios problemas en los que se trata de la satisfacción de una necesidad creando con esto, actitudes favorables o desfavorables hacia los objetos y las personas que satisfacen o no sus impulsos.

Las actitudes pueden formar sistemas duraderos, que sirven para satisfacer otros problemas y un factor importante en la creación de éstas es la satisfacción de necesidades, ya que una actitud puede satisfacer varios fines y diferentes impulsos pueden producir la misma actitud. Las actitudes se subordinan a los impulsos y sufren el impacto modelador de la información a la que se encuentra expuesto un individuo.

En gran medida las actitudes son determinadas por los miembros de la familia, amigos, maestros, vecinos, consejeros religiosos, medios de comunicación, libros, etc., pero así mismo expresan aceptación o rechazo a la actitud que expresan los mismos.

## 1.6. Cambio de actitudes

Debido a que en las actitudes intervienen un gran número de factores, uno solo de ellos puede falsear la postura del individuo ante un determinado aspecto de las relaciones sociales, es decir, un déficit en la información puede dar origen a actitudes capaces de distorsionar la realidad.

Las actitudes pueden cambiar o ser cambiadas en diversas formas, de acuerdo con la información y experiencia que adquiere una persona, por la influencia de los grupos a los que pertenece, o por el contacto con el objeto.

Los componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales que integran las actitudes, se ejercen mutua influencia hacia un estado de armonía, cualquier cambio que se registre en alguno de estos tres componentes, es capaz de modificar a los otros, ya que todo el sistema es accionado cuando uno de sus integrantes es alterado consecuentemente, una nueva información, experiencia o conducta emitida en cumplimiento de determinadas normas sociales u otro tipo de agente capaz de prescribir una conducta, puede crear un estado de incongruencia entre los 3 componentes de la actitud, dando lugar a un cambio en esta.

Puesto que las actitudes se forman como resultado de un aprendizaje, es evidente que pueden cambiar como resultado de nuevas experiencias de aprendizaje.

*Blum y Naylor, clasifican los cambios de actitudes, en dos tipos:*

a) El cambio que se obtiene con mayor facilidad puede ocurrir generalmente en el grado de la dirección ya establecida. Cuando una persona esta a favor (o en contra) de un objeto, una idea o una persona, es posible cambiar el grado de la actitud sostenida. Así pues, el grado puede hacerse

mayor o menor, y conservarse en la misma dirección, es decir a favor o en contra.

b) El segundo tipo de cambio es casi siempre más difícil de lograr, pero entra totalmente dentro de una posibilidad predecible. Se trata de la inversión de la dirección de la actitud. Este cambio se mide en términos conductuales, tales como el cambio en las compras de una tienda al menudeo, el cambio en la votación por un candidato político distinto, el cambio de cónyuge y la renuncia o adhesión a una organización.

### ***La Teoría de Balance***

Heider (1944, 1958), se basa primordialmente en situaciones que incluyan a dos personas y a un objeto de la actitud, postula que cuando dos personas tienen una fuerte relación afectiva positiva, sentirán un balance entre ambos, sin embargo si difiere en las actitudes más valiosas existirá un desbalance.

Las relaciones balanceadas psicológicamente son más confortables, estables y resistentes al cambio, pero si la relación es desbalanceada, existirá entre ambos tensión, inconformidad e inestabilidad.

Esta teoría indica que para el cambio de actitud deberá existir cierto agrado hacia la otra persona o que se compartan las mismas creencias para que exista una motivación para el cambio, si existiera aversión a la persona que tiene ideas diferentes a la suya se rechazará y no habrá presión para transformar la actitud.

El balance puede ser restaurado si se cambia la actitud de uno mismo hacia el objeto o problema, o también tratando de convencer a la otra persona de cambiar su actitud y por lo tanto llegar a balancear la relación.

Así pues, en las relaciones afectivas positivas probablemente se cambia la actitud hacia el objeto o se intenta cambiar la actitud del otro sujeto. En las relaciones afectivas negativas probablemente se cambiará la actitud hacia el otro o hacia el objeto.

En esta teoría existen desventajas para obtener el cambio de actitud tales como:

- Falta de especificaciones
- Se considera que es simplista
- No se contempla los grados de simpatía o antipatía hacia el otro sujeto y para el objeto de la actitud
- No se proporciona guías claras de cómo el balance será restaurado.

### ***Teoría de la Disonancia Cognoscitiva***

Esta Teoría fue postulada por Festinger (1957), que intenta explicar el proceso de cambio de actitud, la cual se basa en el supuesto, de que un motivo básico en la formación de actitudes, es mantener la consistencia entre los elementos de la estructura cognoscitiva, y si es alterada esta armonía, existirá por lo tanto disonancia.

Esta Teoría parte de la predicción de que la disonancia, hará que el individuo busque información para reducirla. Si no existe ésta, evitará la información generándose un proceso de exposición selectiva.

El término de disonancia implica "un estado de impulsos negativos y de incomodidad o tensión psicológica que motiva a que el individuo lo reduzca por medio de lograr consonancia" (Summers 1986)

Se puede producir un estado de disonancia, cuando un elemento cognoscitivo niega a otro; por el contrario, dos elementos son consonantes cuando uno no implica la negación de otro.

Según esta Teoría cuando se produce una disonancia cognoscitiva, ésta afecta al organismo en dos formas, primero lo activa y segundo lo dirige para poder disminuir la disonancia, de no ser así permanecerá la tensión poco placentera.

Festinger afirma que la magnitud de la disonancia que experimenta el organismo humano va a estar en función de tres variables:

- 1) La importancia que tengan los elementos cognoscitivos.
- 2) El número de elementos que existan simultáneamente tanto de disonancia en relación con los elementos consonantes, es decir, entre mayor sea el número de disonancia frente a los consonantes, mayor será la disonancia que el individuo experimente.
- 3) Cuando mayor sea el grado de sobreposición cognoscitiva, menor va a hacer la disonancia resultante. Si la sobreposición es completa no hay disonancia.

Dentro de esta Teoría existen ciertos postulados que se derivan de la misma, tales como:

- a) **Adhesión forzada.**- La cual habla de un cambio de opinión como producto de la adhesión forzada. Cooper y Jones (1967) llevan a

cabo experimentos que pretenden comprobar que si a algún sujeto se le induce a través de recompensas, este cambio de conducta será menor o mayor, por lo tanto los cambios de actitudes pueden formarse a partir de este principio.

- b) **Expectativas frustradas.-** Aronso y Carlsmith (1962) partieron de la hipótesis, que “si el individuo tiene ciertas expectativas de sus habilidades y al momento de ejecutar la tarea entra en conflicto, entonces se producirá un estado de disonancia”

### 1.7. Factores relacionados con la actitud.

Existen algunos factores como las creencias, la opinión pública, el prejuicio, el estereotipo, el rumor, que se relacionan y a su vez influyen en la formación o cambio de las actitudes de las personas y que en ocasiones son utilizados como sinónimos, sin embargo cada uno de ellos se refiere a aspectos diferentes de los cuales hacen uso las personas para manifestar sus sentimientos, fantasías, impulsos, imágenes, etc.

#### ➤ **Creencia**

Están constituidas por la información que se recibe del medio (hechos, personas, sucesos, etc.) sin importar mucho si tienen o no posibilidades de verificación; se toma como cierta sin más averiguaciones. Resulta importante considerar que las creencias quedan firmemente arraigadas al individuo por cuanto que están muy estrechamente relacionadas con los valores culturales por un lado y porque toman visos de fe, cuyo contenido emocional es muy intenso. Así se cree en Dios, en la Guadalupana, en que “poderoso caballero es don...”, en que los empresarios sólo buscan obtener mayores utilidades, en que los hombres son buenos por naturaleza etc. Las creencias se refieren a situaciones u objetos

indemostrables, pero frecuentemente constituyen bases para ciertos tipos de conducta. (Arias G., 1989)

### ➤ **Rumor**

El rumor es la voz que corre entre un público de boca en boca y cuya transmisión generalmente es muy rápida.

Un rumor circula cuando encierra un factor de importancia para la persona que lo oye y lo transmite, por lo que su motivación puede ser cualquier necesidad humana. Así mismo, para que un rumor se transmita, entran en juego la importancia del asunto y la ambigüedad del mismo; si carece de importancia es poco probable que la persona a la cual se le transmite lo repita más adelante, al igual que sí se trata de algo que fácilmente puede ser desmentido, sin embargo, tratándose de un estímulo relativamente ambiguo, la situación da lugar a que los procesos psicológicos que influyen en el fenómeno entren en acción.

### ➤ **Opinión Pública**

La opinión pública es un producto de las opiniones individuales sobre asuntos de interés común y que se origina en las formas comunicativas humanas como un proceso individual primero y después como uno colectivo, dándose en diversos grados según la naturaleza de las informaciones compartidas por los individuos a la vez que influidas por los intereses particulares de los grupos afectados.

La opinión pública en sentido abstracto, no existe, lo que realmente se tiene son formas de manifestación de opiniones colectivas de grupos de opinión. En la opinión pública los sistemas están integrados por elementos cuyas cualidades no ejercen funciones de adherencia o amontonamiento, sino que tienen

roles de interacción e interrelación permanente, es decir, la suma de las opiniones de diferentes personas da como resultado varias opiniones y no una opinión pública que para ser tal, requiere de la funcionalidad organizada dentro de un clima apto de opinión para convertir dicha variedad de opiniones en producto organizado en consenso en donde las interrelaciones e interacciones son sus características.

La técnica más empleada actualmente para conocer las opiniones de la gente es la encuesta de opinión pública, con la cual se pretende obtener datos sobre actitudes y opiniones relativas a los hechos actuales lo más pronto posible, sin embargo hay que tomar en cuenta, que la opinión es un fenómeno en constante cambio, sujeto a transformaciones, por lo tanto los resultados de las mismas encuestas se convierten en factor de modificación de las opiniones investigadas.

### ➤ **Estereotipo**

Los estereotipos generalmente se componen de fuertes tonos emocionales y sentimentales de gusto o disgusto, aprobación o desaprobación, y surgen de los conflictos personales y de grupos, en donde interviene en gran medida la fantasía, guardando relaciones con emociones, actitudes y reacciones manifiestas. Cuando el estereotipo tiene que ver con la acción moral, sirve de símbolo de la norma cultural.

Los estereotipos reflejan la posición social de la familia, sus creencias religiosas, políticas y económicas, sus actitudes hacia los vecinos y las clases que integran la comunidad y el concepto de que ellas tienen.

Los estereotipos pueden ser conceptos falsos desde el punto de vista teórico, pero en la medida en que los hombres viven de acuerdo con el amor, el



odio, la cólera, la ansiedad, el sentimiento de superioridad o seguridad y no de acuerdo a la lógica, estas formas verbales son inevitables y útiles en las relaciones con los demás.

### ➤ **Prejuicios**

El prejuicio es anterior a la experiencia con el objeto. Es una manera de ver, un punto de vista adoptado, un concepto preformado, por eso prejuicio quiere decir juicio previo.

Es muy parecido al estereotipo y pueden confundirse fácilmente, y de hecho el prejuicio cae dentro de la órbita del estereotipo. Puede ser positivo o negativo; es decir "imagen favorable o adversa" y cuando esa imagen lleva un contenido hostil, se convierte en "prejuicio".

Ya que el prejuicio es un juicio no verificado o anticipado en relación con los esquemas aceptados por la tradición común, sin tener un conocimiento cabal de ellos, sirven para justificar una agresividad patológica, racionalizar impulsos socialmente inaceptables, dominar ciertas tendencias reprimidas, proteger al yo contra amenazas, aumentar riquezas, etc.

Los prejuicios son formas de conflicto que consisten en ideas, actitudes y hábitos, inducidos a través del grupo, son predisposiciones culturizadas que se manifiestan en todas las relaciones conflictuales, ya que cuando los conflictos se derivan en violencia manifiesta se expresan a través del prejuicio social. El prejuicio viene a constituir el conjunto de estereotipos, mitos, leyendas, en donde se emplea un símbolo de grupo para clasificar, caracterizar y definir a una persona o grupo considerado como una totalidad.

En el prejuicio se emplea una palabra o frase para adjudicar a una persona o a un grupo, características generales y abstractas que la razón o los datos científicos no confirman. La persona con prejuicios es obstinada e irracional en su adhesión a una creencia, grupo o símbolo, la función del prejuicio es facilitar las diferencias de grupo que se oponen entre sí, es decir, es una expresión particular del conflicto básico entre miembros del mismo grupo y de estos con otros grupos.

“Es posible concluir que creencias, opiniones y actitudes constituyen un continuo creciente matizado por las emociones (...) puede decirse que el continuo tienen un proceso mágico en un extremo y un proceso lógico en el otro; a medida que el hombre tiene un menor anclaje con la realidad circundante, su explicación del medio está fundamentada más en creencias, prejuicios, supersticiones, etc. Por lo contrario, a mayor contacto con la realidad su explicación del medio está más fundamentada en procesos lógicos libres de cargas afectivas”. (Arias G, 1989).

## CAPÍTULO 2

### LA ADOLESCENCIA

#### 2.1. Definiciones de adolescencia.

La palabra “adolescencia” deriva del latín *adolescere*, que significa “crecer” o “desarrollarse” hacia la madurez.

*Sociológicamente* la adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma. *Psicológicamente*, es una “situación marginal” en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones, aquellas que dentro de una situación dada distingue la conducta infantil del comportamiento adulto. *Cronológicamente*, es el lapso que comprende de aproximadamente desde los 12 ó 13 años hasta los primeros de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales (citado en Muss, R., 1980)

*Bassas & Tomás* (1996), la definen como una “etapa evolutiva de conversión de la niñez a la adultez, que constituye un periodo de transición y cambio, por lo que en ocasiones se vuelve conflictiva”.

*Landis* propone como sinónimo suplementario la palabra “juventud”, que él emplea para describir el último periodo de la adolescencia, mientras que *Gessell* (1956) utiliza ese término para el lapso comprendido entre los 10 y 16 años.

*Hall Stanley* (1904) quien estableció una psicología de la adolescencia empleando métodos científicos, recopiló datos basados en vivencias de sujetos, cuyo desarrollo precedía a la infancia y antecedía a la adultez. Junto con Sigmund Freud interpretaron la adolescencia como un periodo de tormenta e ímpetu,

partiendo del supuesto Aristotélico de que las presiones del mundo externo pueden impedir que determinado individuo alcance la madurez.

*Aberastury Arminda* (1988), la define como “la condición o el proceso de crecer”.

*Blos, Peter* (1988) define la adolescencia “como la suma total de los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas que confrontan al individuo”

*Erikson Erik* (1965) define a la adolescencia como “un esfuerzo de integración, donde el sujeto debe reevaluarse a sí mismo, buscando aprobación”.

*Knobel Mauricio* (1973), la definió como “la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en sus primeras relaciones objetales parentales internalizadas y verificando la realidad que al medio social le ofrece, mediante el uso de elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez, tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si hace el duelo por la identidad infantil”.

*Josselyn Irene* (1979), mencionó que la adolescencia “abarca un vasto período de acelerado crecimiento físico y psicológico, cuyo comienzo puede ser determinado mediante la observación de cambios físicos; psicológicamente, termina con el establecimiento de normas relativamente coherentes para encarar los conflictos interiores y las exigencias de la realidad con que se enfrenta el individuo físicamente maduro”.

## **2.2. Teorías de la adolescencia.**

Se considera una "Teoría de la adolescencia" a un "sistema integrado por conceptos e hipótesis" que tratan de describir, explicar y predecir los fenómenos de dicho periodo, (citado en Muss R. 1980), varios autores ofrecen diversas posiciones teóricas y diferentes explicaciones con respecto a la adolescencia, como son:

### ***Teoría de Hall G. Stanley (1844-1924)***

Hall (citado en Muss R. 1980), tomó el concepto Darwiniano de la Evolución Biológica y lo elaboró como una Teoría Psicológica de la Recapitulación. Según esta Teoría a la historia de la experiencia del género humano se ha incorporado a la estructura genética de cada individuo. La Ley de la Recapitulación sostiene que el organismo individual, en el transcurso de su desarrollo, atraviesa etapas que corresponden a aquellas que se dieron durante la historia de la humanidad.

El individuo vuelve a vivir el desarrollo de la raza humana desde un primitivismo animaloide a través de un periodo de salvajismo hasta los modos de vivir civilizados más recientes que caracterizan a la madurez. Hall suponía que ese desarrollo obedece a factores psicológicos, además suponía que dichos factores están determinados genéticamente y que fuerzas directrices interiores controlan y dirigen predominantemente el desarrollo, el crecimiento y la conducta.

Las principales etapas evolutivas de Hall son: infancia, niñez, juventud y adolescencia. La adolescencia menciona, "es el periodo que se extiende desde la pubertad (alrededor de los 12 o 13 años) hasta alcanzar el estatus de adulto". Según Hall finaliza relativamente tarde entre los 22 y 25 años de edad, caracterizado por lo que él llamó "tormenta e ímpetu"

Hall percibía la vida emotiva del adolescente como una fluctuación entre varias tendencias contradictorias, energía, exaltación y actividad sobrehumana alternan con la indiferencia, el letargo y el desgano. La alegría exuberante, las risas y la euforia ceden lugar a la disforia, la lobreguez depresiva y la melancolía. El egoísmo, la vanidad y la presunción son tan característicos de ese periodo como el opacamiento, el sentimiento de humillación y la timidez. Se tienen restos de un egoísmo no inhibido y un creciente altruismo idealista, en ninguna otra etapa del desarrollo la bondad y la virtud se presentan en forma tan pura pero tampoco jamás la tentación domina tan poderosamente el pensamiento. El adolescente desea la soledad y el aislamiento pero al mismo tiempo se encuentra integrando grandes grupos y amistades, nunca sus compañeros ejercen tan grande influencia sobre él.

Por último, Hall creía que el adulto no debe interferir con el curso natural del desarrollo, controlado y determinado por las fuerzas interiores.

### ***Teoría de Freud Sigmund (1856-1939).***

La teoría psicoanalítica del desarrollo adolescente de Sigmund Freud y la Teoría Evolutiva de recapitulación de Stanley Hall, tienen una idea fundamental en común: ambas consideran a la adolescencia como un periodo filogenético.

Freud (1915-1917) sostiene que "el individuo repite experiencias anteriores del género humano en su desarrollo psicosexual". Según la Teoría Psicoanalítica las etapas del desarrollo psicosexual son genéticamente determinadas y relativamente independientes de factores ambientales.

Para Freud existen estrechas relaciones entre los cambios fisiológicos y procesos corporales por una parte y las alteraciones psicológicas y la auto imagen

por la otra. Durante la adolescencia los cambios de conducta tales como la agresividad y la torpeza están vinculados con alteraciones fisiológicas. Existen también cambios sociales somáticamente fundados, a la situación edípica, el establecimiento de relaciones homosexuales y más tarde el advenimiento de la relación heterosexual finalmente los cambios fisiológicos están relacionados con alteraciones emocionales especialmente con el acrecentamiento de emociones negativas tales como la depresión, la ansiedad, el desgano, la tensión y otras formas de comportamiento adolescente.

Esta Teoría de Freud del Desarrollo Psicosexual estimula la consideración del desarrollo de la personalidad en general y de la adolescencia en particular. El desarrollo de la personalidad se prolonga más allá de la situación edípica; "la formación de la personalidad se verifica durante la crisis de la pubertad y como producto de su resolución", pero son los primeros 5 años de edad los más importantes para la formación de la personalidad.

La Teoría del Desarrollo de Freud está subdividida en 5 etapas; la primera etapa llamada "Etapa oral", la cual se subdivide a su vez en: etapa oral pasiva donde el niño recibe estímulos autoeróticos agradables en la zona oral erógena y la sádico oral donde el niño manifiesta sus tendencias sádicas en la acción de morder. Al final del segundo año empieza la "Etapa Anal" donde la fuente de placer es la zona anal, el niño "retiene" y "larga" para lograr mayor placer y ejercer poder sobre sus padres. La tercera etapa "Fálica" se inicia con el interés en la manipulación de los órganos sexuales, la masturbación infantil y los impulsos de conocimiento e investigación. El desarrollo del Yo cambia totalmente la visión del mundo en el niño. El principio de realidad adquiere una importancia cada vez mayor, y se subordina al principio de placer a las funciones de investigación de la realidad que se van manifestando en el yo.

En la pubertad, los impulsos sexuales afloran y provocan la "subordinación de todos los instintos y componentes sexuales a la supremacía de la zona genital. Esta fase de desarrollo psicosexual es llamada "Etapa Genital" cuyo objetivo sexual es la reproducción, y se manifiesta de tres maneras diferentes; a) por la excitación externa de la zona erógena; b) por la tensión interior y la necesidad fisiológica de dar salida a los productos sexuales, condición que no se había presentado en la sexualidad infantil; c) por la excitación sexual psicológica, que podrá ser influida por los dos factores anteriores, consistente en una sensación de tensión peculiar y de carácter urgentísimo, llamado por Freud como "onanismo por necesidad".

El desarrollo pubescente no sólo despierta la sexualidad, sino que aumenta también enormemente la excitación nerviosa, la ansiedad, la fobia genital y las perturbaciones de la personalidad "debido al poder abrumador del dinamismo sexual y a la relativa imposibilidad de descubrir como hacer algo para remediarlo".

La madurez sexual influye sobre todo en el sistema nervioso; no sólo provoca el incremento de la excitabilidad, sino que al mismo tiempo disminuye la resistencia contra el desarrollo de síntomas histéricos y neuróticos. La tensión sexual acrecentada durante la adolescencia hace revivir muchos de los objetos incestuosos del periodo genital anterior y dirigir la libido hacia ellos.

Freud (1915) habla de una segunda situación Edípica durante la pubescencia, según la opinión de éste, durante la adolescencia, el primer objeto serio del amor de un muchacho será muy probablemente una mujer madura, y el de una niña, un hombre mayor; vale decir imágenes maternas y paternas.

Según Freud existe el peligro de que fuertes lazos de amistad entre jóvenes los ligen en forma exclusiva con individuos de su propio sexo, con lo que se establecería la posibilidad de una inversión de objeto sexual. En cuanto a su



situación edípica es tarea del adolescente liberarse de la dependencia que lo vincula a sus padres; tanto del apego libidinal del muchacho hacia la madre como de la dominación ejercida por el padre.

La tarea primordial del adolescente, tal como la concibe la teoría psicoanalítica, puede resumirse como el "logro de la primacía genital y la consumación definitiva del proceso de la búsqueda no incestuosa del objeto", lo cual no siempre se logra.

### ***Teoría de los Mecanismos de Defensa del adolescente, según Freud Ana***

Freud Ana (1895), se interesó más por la interpretación de la dinámica del desarrollo adolescente, concediendo a la pubertad como factor de la formación del carácter. En su estudio de la niñez y la pubescencia toma muy en cuenta las relaciones entre ello (compulsiones instintivas), el yo (gobernado por el principio de realidad) y el superyó (conciencia), para ella el proceso fisiológico de la maduración sexual influye directamente en la esfera psicológica, provocando un desequilibrio, así pues, uno de los aspectos a ser tomados en cuenta en el estudio de la pubescencia es la tentativa de recobrar el equilibrio interno.

Freud Ana (1897) afirma que hacia el comienzo de la pubescencia se produce un segundo complejo de Edipo, provocando el miedo a la castración en los varones y la envidia de posesión de pene en las niñas, igual que en la primera etapa edípica. Durante la pubescencia los impulsos edípicos, si es que llegan a la conciencia, suelen realizarse en el nivel de la fantasía. El superyó recientemente desarrollado interviene en el conflicto, produce ansiedad y pone en acción todos los métodos de defensa que el Yo tiene a su disposición; la represión, la negación y el desplazamiento. Esas defensas invierten los impulsos libidinales y los vuelven contra el sí mismo, ocasionando temores, ansiedad y síntomas neuróticos.

Entre los muchos mecanismos de defensa que el yo puede utilizar, son dos los que Freud Ana considera como típicos de la pubescencia: el ascetismo y la intelectualización. El ascetismo en un adolescente se debe a la desconfianza generalizada contra todos los deseos instintivos, esa desconfianza va mas allá de la sexualidad y abarca la comida, el sueño y los hábitos del vestido. El aumento de intereses intelectuales y el cambio de intereses concretos por otros abstractos se describen en términos de un mecanismo de defensa contra la libido.

*Freud Ana afirma que los factores implicados en los conflictos de la adolescencia son los siguientes:*

1. La fuerza de los impulsos del ello, determinada por procesos fisiológicos y endocrinológicos durante la pubescencia.
2. La capacidad del yo para superar a las fuerzas instintivas o para ceder ante ellas cuando no es posible lo primero, cosa que depende a su vez de la ejercitación del carácter y del desarrollo del superyó del niño durante el periodo de latencia.
3. La eficiencia y naturaleza de los mecanismos de defensa a disposición del yo.

### ***Teoría de Rank Otto (1884-1939)***

Rank enfocó el desarrollo humano desde un punto de vista más positivo: consideró la naturaleza humana no como reprimida y neurótica, sino como creadora y productiva (citado en Muss R. 1980)

El concepto nuclear de su teoría es la "voluntad" la cual define como: "una organización positiva de guía e integración del sí mismo que utiliza en forma

creadora los impulsos instintivos y al mismo tiempo los inhibe y los controla”, asignando mayor importancia a la elección y a la actividad. La sexualidad deja de ser el factor determinante, encontrando su contraparte en la “voluntad”, la cual puede controlar la sexualidad.

En la adolescencia se verifica el proceso más decisivo del desarrollo de la personalidad “el tránsito de la dependencia a la independencia”, el individuo sufre un cambio básico de actitud; empieza a oponerse a la dependencia, tanto al régimen de los factores ambientales externos (padres, maestros, códigos, etc.) como al de los deseos internos, los impulsos instintivos que acaban de despertar en él. El establecimiento de su independencia volitiva, cosa que la sociedad valoriza y exige, llega a ser una tarea importante pero difícil para el adolescente en desarrollo.

Debido a esa poderosa lucha por alcanzar la independencia, el individuo no es capaz de entablar vínculos emocionales fuertes, que volverían a someterlo a una *relación personal amorosa de dependencia*. El adolescente puede recurrir a dos tipos de mecanismos de defensa en su tentativa de conservar su independencia: *la promiscuidad o el ascetismo*. Si opta por la promiscuidad, satisface los apremios sexuales sin perder su recientemente adquirida independencia, ya que la gratificación sexual se cumple con prescindencia del amor genuino y de todo compromiso del yo. Si elige el ascetismo, tal y como lo expresa Freud Ana (1895), conserva asimismo su independencia, porque rechaza con un esfuerzo de voluntad toda clase de compromisos. En ambos casos, el adolescente evita la verdadera relación amorosa.

Rank (citado en Muss R. 1980), sostiene que el individuo tiene que atravesar varias etapas para desarrollar y fortalecer su voluntad; la primera de esas etapas consiste en liberar la voluntad tanto de las fuerzas exteriores como de las interiores que la dominan; la segunda etapa se caracteriza por la división de la

personalidad, existe una desunión entre la voluntad y la contravoluntad; la tercera etapa es la integración de la voluntad, la contravoluntad y la formación de ideales, el individuo ya no se halla en conflicto con las exigencias del mundo externo, se encuentra en armonía consigo mismo y con sus propios ideales, es consciente de su potencial y seguro de sí mismo.

### ***Teoría de Erikson Erik (1902)***

El concepto nuclear de su teoría del desarrollo del yo, lo constituye la adquisición de una identidad del yo, la cual se cumple de diferentes maneras en una cultura y otra.

En cada uno de los ocho pasos evolutivos descritos por Erikson (1950), surge un conflicto con dos desenlaces posibles: si el conflicto se elabora de una manera satisfactoria, la cualidad positiva se incorpora al yo, y puede producirse un desarrollo ulterior saludable; pero si el conflicto persiste o se resuelve de modo insatisfactorio, se perjudica el yo en desarrollo, porque se integra en él la cualidad negativa.

Las ocho etapas fundamentales son enumeradas a continuación en orden cronológico. Se indica cada solución positiva con su correspondiente contraparte negativa, cada etapa depende de la solución e integración de la etapa anterior.

1. Confianza VS Desconfianza
2. Autonomía VS Vergüenza y duda.
3. Iniciativa VS Culpa.
4. Laboriosidad VS Inferioridad.
5. Identidad VS Difusión del propio papel.
6. Intimidad VS Aislamiento.

7. Fecundidad VS Estancamiento.
8. Integridad del Yo VS aversión, desesperación.

Según Erikson (1965), la pubescencia se caracteriza por la rapidez del crecimiento físico, la madurez genital y la conciencia sexual. El joven se enfrenta con una "revolución fisiológica" dentro de sí mismo que amenaza a su imagen corporal y a su identidad del yo. Empieza a preocuparse por lo que "parece ser ante los ojos de los demás" en comparación con el sentimiento de sí mismo. La adolescencia es el periodo durante el cual ha de establecerse una identidad positiva dominante del yo.

El adolescente tiene que restablecer la identidad del yo a la luz de sus experiencias anteriores y aceptar que los nuevos cambios corporales y sentimientos libidinales son parte de sí mismo. Si la identidad del yo no se restablece satisfactoriamente en esa etapa, existe el riesgo de que el papel que ha de desempeñar como individuo se le aparezca difuso, cosa que pondrá en peligro el desarrollo ulterior del yo. "Cuando esto se basa en una profunda duda previa en torno de la propia identidad sexual, no son nada raros los incidentes delictuosos y psicóticos".

Para muchos adolescentes es de gran importancia la cuestión aún no resuelta de la identidad vocacional, en esta etapa se sobreidentificarán muchas veces con héroes de la pantalla, dirigentes de grupos, campeones de deportes, etc., y suelen hacerlo hasta el punto de perder toda identidad aparente con su propio yo. Pocas veces el joven se identifica con sus padres; por el contrario, se rebela contra el dominio, el sistema de valores y la intrusión de éstos en su vida privada, ya que necesita separar su identidad de la de ellos. Con todo, existe una necesidad desesperada de pertenecer socialmente a un grupo, sus compañeros, la pandilla, etc., ayudan al individuo a encontrar su propia identidad dentro del contexto social, incluso aspectos menores de lenguaje, gestos, y vestimenta

constituyen una "defensa necesaria" contra los peligros de autodifusión que existen durante ese periodo. El adolescente busca identificarse con sus compañeros a través de la estereotipia de sí mismo, de sus ideales y de sus adversarios, sobre todo durante la época en que la imagen corporal se modifica radicalmente, en que la madurez genital estimula la imaginación y la intimidad con el sexo opuesto aparece como una posibilidad tanto positiva como negativa.

En el enamoramiento el adolescente trata de proyectar en otra persona su propio yo, aún difuso e indiferenciado, con el fin de aclarar y descubrir el concepto de sí mismo y la propia identidad del yo.

Para Erikson (1963), la madurez empieza cuando la identidad ha sido establecida y ha surgido un individuo integrado e independiente, cuando ya no tiene que poner en tela de juicio, la propia identidad. La identidad del yo implica la integración total de ambiciones y aspiraciones vocacionales, junto con todas las cualidades adquiridas a través de identificaciones anteriores: imitación de los padres, enamoramientos, admiración de héroes, etc. Únicamente el logro de todos esos aspectos, de la identidad del yo en el adolescente – que podemos llamar integridad – permitirá al individuo la intimidad del amor sexual y afectivo, la amistad profunda y otras situaciones que requieren entregarse sin el temor de perder la identidad del yo en la etapa evolutiva siguiente.

### ***Teoría de Gesell A.***

El concepto de crecimiento, tanto mental como físico constituye el núcleo de la Teoría de Gesell. Consideraba que el crecimiento es un proceso que trae consigo cambios de forma y de función y cuyas estaciones están sujetas a leyes.

Gesell (1929) consideraba como Lewin, que la adolescencia es la *transición decisiva entre la niñez y la edad adulta*. Los primeros indicios de conducta adolescente aparecen aproximadamente a la edad de 11 años, y la madurez final se logra poco después de los veinte. La tarea central del adolescente *consiste en encontrarse a sí mismo*. El periodo tiene aproximadamente dos años menos para las niñas, porque éstas se desarrollan más rápidamente. Los cambios más importantes se producen durante los primeros cinco años de la adolescencia. Este es el periodo de tiempo que Gesell llamaba "juventud".

Gesell no distinguía sistemáticamente entre pubescencia y adolescencia, creía que la biología no sólo explica los cambios de crecimiento de secreción glandular y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, sino también las aptitudes y actitudes. No creía que la adolescencia deba necesariamente ser turbulenta, errática y atribulada, tal como Hall la pintaba en su concepto de "tormentas y tensiones", la consideraba en su totalidad como un proceso de maduración, aunque no exento de irregularidades.

Gesell rechazaba toda psicología puramente funcional y todo sistema evolutivo meramente teórico; se servía de perfiles de madurez para describir las características de cada nivel de vida, los conceptos e ideas presentado en el siguiente cuadro sinóptico están tomados de *Youth: The Years from Ten to Sixteen* (1956).

El niño de diez años.- Gesell lo describía como un individuo en estado de equilibrio. Capaz de aceptar la vida y el mundo con facilidad, apegado a su hogar, reconoce la autoridad, es confiado y obediente. Siente cariño hacia sus amigos y se une a equipos y organizaciones, su sociabilidad se limita a su propio sexo, posee un sentido de la justicia, la niñez llega al punto culminante de su subciclo y la adolescencia comienza a prepararse.

El niño de once años.- El terreno es nuevo, el organismo se halla en estado de cambio y hasta las funciones fisiológicas sufren una *reconstrucción* de gran alcance. Esto se muestra en forma de impulsividad y mal humor, enojo y entusiasmo, *negativismo* y espíritu de contradicción, peleas con los hermanos y rebelión contra los padres.

El niño de doce años.- Gran parte de la conducta turbulenta de los once ha desaparecido, es más responsable, mejor compañero, más sociable, predispuesto a ser positivo y entusiasta mas bien que negativo y reticente, no quiere que se le considere un bebé, logra cierta independencia del hogar y de los padres y se halla más bajo la influencia de los amigos. *Se demuestra la* integración de la personalidad sobre la base de la razón, la tolerancia y el buen humor. El muchacho está dispuesto a tomar sus propias iniciativas, es consciente de su aspecto exterior, desea vestir como viste la mayoría, se produce un cambio en las relaciones entre muchachos y niñas.

El joven de trece años.- Su característica principal es el retraimiento, es reflexivo, propenso a la autocrítica, concienzudo en demasía, sensible a las críticas, consciente del estado emocional de otros, se permite detalladas críticas de sus padres y busca la autovaloración y es más selectivo en sus amistades. Los grandes cambios estructurales y químicos que se operan en su cuerpo afectan su conducta en muchas *maneras: la postura, la coordinación motriz, el cambio de la voz, la expresión facial* y todas las tensiones y actitudes concomitantes, lo cual *incrementa su consciencia del hecho que está creciendo.*

El joven de catorce años.- Cambia ahora del retraimiento a un periodo de extroversión, caracterizado por la energía, la exuberancia y la expansividad. Alcanza una seguridad de sí mismo, que le permite sentirse contento y tranquilo. Su sociabilidad se expresa a través del gran interés en la gente y de la



comprensión de las diferencias que existen entre distintas personalidades, sus amistades se basan en intereses comunes y en la compatibilidad de rasgos personales.

El joven de quince años.- Tienen un creciente espíritu de independencia que se manifiesta por mayores tensiones, estallidos y hostilidad ocasional en las relaciones con los padres y en la vida escolar, trata de emanciparse del control paterno, quiere tener tiempo y elecciones libres y tenderá a mostrarse intransigente ante el control exterior. Cada vez es más perceptivo y consciente de sí mismo.

El joven de dieciséis años.- Es caracterizado por Gesell como adolescencia media y considerada como prototípica del preadulto. La conciencia de sí mismo, la autonomía y la adaptación social personal han llegado a un grado notable de equilibrio y de integración.

Las emociones suelen controlarse, es alegre, amistoso, abierto y bien adaptado, hay un sentido de la independencia basado en la autoconfianza; el adolescente ha perdido su componente de rebeldía y se orienta hacia el futuro. Hay mucho compañerismo entre varones y niñas, pero sin bases románticas.

El principio subyacente a estas descripciones de Gesell, parece ser el de que el desarrollo no se ajusta a una pauta rectilínea, gradual y continua, sino que implica fluctuaciones y oscilaciones.

### ***Teoría de Blos Peter***

Blos, Peter (1971), menciona que el desarrollo del adolescente no tiene un avance lineal, por lo cual es difícil dividirlo en fases bien determinadas. Sin

embargo, el desarrollo psicológico lleva una secuencia ordenada que permite separar la adolescencia en las siguientes fases:

- 1) Preadolescencia.- Comienza a darse un aumento en la cantidad de impulsos que marcan el inicio de esta etapa. El pensamiento y la fantasía se encuentran matizados de sexualidad y busca, para descargar dichos impulsos, todos aquellos canales libidinales o agresivos que le fueron gratificantes durante los primeros años de vida. Así mismo, el adolescente se siente culpable por la fuerza de sus instintos, por lo que utiliza la socialización como canal de descarga, es decir, a su grupo de amigos.
- 2) Adolescencia temprana.- Los jóvenes buscan relacionarse con personas que se encuentren fuera de su núcleo familiar, iniciando así el proceso de separación parental. El encuentro con la amistad es una característica importante durante esta etapa, el amigo del mismo sexo es idealizado y en él se aman todas aquellas cualidades que el adolescente quisiera tener. Esta representación idealizada se puede erotizar llevando al estado de homosexualidad.
- 3) Adolescencia.- Durante esta fase, la vida emocional es más intensa y profunda. Lo más importante en esta etapa es la formación de identidad sexual. El adolescente se mantiene aún en la posición bisexual, que tiene que ceder ante la relación heterosexual para lograr la culminación de la femineidad. Durante esta etapa, se devalúa a los padres y se sobrevalora a sí mismo lo cual desencadena actitudes de rebeldía y arrogancia ante las figuras de autoridad y las normas.
- 4) Adolescencia tardía.- Es la fase de consolidación que se caracteriza por la elaboración de lo siguiente: un arreglo estable e idiosincrático de

intereses; una posición sexual irreversible; relaciones estables; definición de la propia identidad. La consolidación no se obtiene totalmente debido a residuos que de etapas anteriores van dejando en la personalidad.

- 5) Postadolescencia.- Ya se ha elaborado el propio estilo de vida con fines específicos que van de acuerdo con los propios intereses en cuanto a roles y relaciones. El joven deberá ser capaz de aceptar su propia imagen y el reconocimiento social que se le otorgue. Se estabiliza la personalidad.

### ***Teoría de Hurlock Elizabeth***

Hurlock (1987) subdivide la pubertad en:

- 1) Etapa prepubescente.- En la que se suceden cambios corporales y comienza el desarrollo de las características sexuales secundarias, o sea, los rasgos físicos que distinguen a ambos sexos, pero todavía no se ha desarrollado la función reproductora.
- 2) Etapa pubescente.- Es un periodo de maduración donde se producen las células sexuales en los órganos de reproducción pero en el que aún no se han complementado los cambios corporales.
- 3) Etapa pospubescente.- Los órganos sexuales funcionan a la perfección, hay mayor madurez, el cuerpo ha alcanzado la altura y las proporciones debidas y las características sexuales secundarias están bien desarrolladas.

El tiempo necesario para la maduración sexual es variable para cada individuo, por lo que es imposible estimar en forma precisa su duración.

Los cambios del cuerpo que suceden durante la pubertad tienen repercusiones tanto psicológicas como físicas. Las transformaciones corporales se pueden acompañar de fatiga, aburrimiento, falta de ánimo y otros síntomas típicos de una salud deficiente, sin embargo, dado que en realidad el sujeto no está enfermo, los adultos e incluso sus amigos lo tratan con indiferencia, lo que hace sentirse al joven incomprendido.

### **2.3. Desarrollo Físico**

El comienzo de la adolescencia, se sitúa con el advenimiento de la pubertad, como se señaló previamente por diversos autores.

Hurlock E. (1987), afirma que los cambios físicos se producen a lo largo de los años adolescentes, pero la mayoría adviene al fin de la infancia y a principios de la adolescencia. Esto se conoce como la "fase de la pubertad".

La palabra pubertad proviene del latín *pubertas* que significa "edad de la virilidad". Se refiere al momento en que los órganos reproductores maduran y comienzan a funcionar.

Junto con las modificaciones de los órganos de reproducción aparecen cambios en el resto del cuerpo, éstos a su vez, originan alteraciones en los intereses, las actitudes y las conductas del sujeto.

Así mismo Hurlock E. (1987), elabora un cuadro donde resume las características sexuales secundarias del hombre y la mujer en la etapa adolescente o pubescencia, el cuál se transcribe a continuación:

VARONES	MUJERES
Ensanchamiento de los hombros, debido a la presencia de músculos pesados, lo que da al tronco una conformación triangular.	Ensanchamiento de los hombros e incremento en la amplitud y redondez de las caderas, quedando así limitada la cintura, que da al tronco una forma similar a la de un reloj de arena
Forma definida de brazos y piernas debido al desarrollo muscular.	Conformación definida de brazos y piernas debido principalmente al tejido adiposo.
Nudos o leves protuberancias alrededor de las tetillas.	Desarrollo del busto.
Vello púbico que se extiende hasta las piernas.	Vello púbico
Vello en las axilas.	Vello axilar.
Vello facial sobre el labio superior, a los costados y en la barbilla, y pelo en la región de la garganta.	Vello facial sobre el labio superior, en la parte inferior de las mejillas y al borde del mentón.
Pilosidad en los miembros, el pecho y los hombros.	Pilosidad en los miembros.
Cambios de voz.	Cambio de voz en una tonalidad aguda a otra grave.
Cambios en el color y la textura de la piel.	Cambio en el color y textura de la piel.

Los cambios físicos y trastornos son importantes porque colocan al individuo en una situación en que experimentan algo físico que antes no experimentaban. "Los cambios implican la búsqueda de una nueva identidad que sólo se logra cuando el adolescente acepta sus aspectos de niño y adulto y sus cambios corporales" (Aberastury, 1988)

Entre los trastornos de esta etapa, destacados por Freud, A. (1958), se encuentran con frecuencia verdaderos síntomas hipocondríacos, dado que

predomina un conocimiento exagerado de la propia sensación corporal, así mismo, la presencia de acné, desarrollo de percepciones del cuerpo, desarrollo de características sexuales secundarias, torpeza predominante por la falta de coordinación motora, pueden ser base de problemas psicológicos relacionados con el concepto del yo físico del individuo.

La imagen corporal es esencial por sus implicaciones dentro del desarrollo físico; es la "representación central de las partes del cuerpo como un todo" (Cameron, 1982). "Es la representación que nos tomamos mentalmente de nuestro propio cuerpo integrado por sensaciones" (Grinberg, 1980). Piéron la definió como "representación que cada uno se hace de su cuerpo y que le sirve de punto de referencia en el espacio, fundada en datos sensoriales múltiples propioceptivos y exteroceptivos" (citado en Monroy A., 1985)

En la juventud, la imagen del propio cuerpo es modificada por cómo uno cree que es visto por los otros, la imagen del yo físico, participa en las representaciones de la imagen del yo, papeles sociales y opinión que el individuo se formule sobre sí mismo y sobre los demás. "Con la maduración de los genitales y la apariencia de características sexuales secundarias en la pubertad, la concepción del cuerpo se revoluciona y la imagen es revisada radicalmente" (Blos, P., 1988).

El adolescente después del caos debe reintegrar las partes de su propio cuerpo en un contexto estable. Si el chico no lo logra, predominarán la inseguridad por un cuerpo familiar perdido, los miedos y nuevas sensaciones, ya que dicho cuerpo, se convierte en un símbolo, en que invierte sensaciones de seguridad, valor y competencia (Maddock, 1973)

El patrón de desarrollo y crecimiento no es uniforme en todo el cuerpo, ni coincide con la edad cronológica entre unos y otros adolescentes, existen

aceleraciones y retardos que producen una distribución desigual en todo el organismo. "La maduración precoz, retrasada o asimétrica, puede introducir perturbaciones severas en la imagen corporal" (Blos, P. 1971).

Frazier y Lisonbes (1950) investigaron una población de adolescentes desarrollados prematura o tardíamente, concluyendo que esta situación influye en estima que tienen de sí mismos. Se destacó que los chicos que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario quienes maduran tardíamente tienden a poseer autoconcepto negativo, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. (citado en Clemente A., 1988)

Al respecto Hurlock E. (1987) enlista los efectos generales de la alteración en el tiempo de la maduración sexual tanto para el hombre como para la mujer, los cuales se transcriben a continuación:

MADURACIÓN PRECOZ EN LOS HOMBRES	MADURACIÓN PRECOZ EN LA MUJER.
Reputación favorable fundada en una capacidad atlética superior.	Reputación desfavorable de estúpidas o alocadas, a causa de un gran desarrollo físico e intereses sociales prematuros.
Frecuente elección para cumplir roles dirigentes.	Sujeción a la envidia de otras chicas por su apariencia y su vestimenta adultas.
Popularidad con las muchachas a causa de intereses sociales, aptitudes y sofisticación.	Frecuente agresividad con los muchachos debido a un interés temprano en citas.
Confianza en sí mismo y autoconcepto favorable en razón de un trato social propicio.	Posibilidad de que las expectativas sociales sean demasiado pretenciosas debido a la apariencia madura.

MADURACIÓN TARDÍA EN EL HOMBRE.	MADURACIÓN TARDÍA EN LA MUJER.
Elección poco frecuente para cumplir roles dirigentes.	Popularidad entre sus pares y frecuente elección para desempeñarse como líderes.
Turbación, apocamiento y timidez causados por un físico poco desarrollado.	Resentimiento debido a que son tratadas como niñas.
Rechazo por las muchachas en las actividades sociales por falta de sofisticación.	Reputación de ser "agradables" en razón de su falta de agresividad social y sexual.
Autorrechazo debido a las actitudes sociales poco favorables.	Dudas continuas respecto de su condición normal.

Por lo que son muy importantes los cambios y su aceptación, para un adecuado desarrollo físico y psicológico.

#### 2.4. Aspectos de la sexualidad.

En la adolescencia la maduración sexual aparecerá como parte de un proceso de tipo físico, psicológico y social, que en sí abarca toda la vida. La sexualidad del adolescente es parte de su desarrollo físico y sexual y que trae emparejado otro tipo de consecuencias, como son la iniciación a la actividad sexual, y por ende una serie de consecuencias de tipo psicológico y social.

Books y Furstemberg (1989) indican que los factores cognitivos y sociales se volverán aspectos críticos a la hora de llevar a la práctica las conductas y decisiones respecto a su propia sexualidad.

Monroy, A en 1979 menciona que: "La identidad sexual es el aspecto psicológico de la sexualidad y comprende tres elementos individuales: La identidad del género, el rol del género y la orientación sexual. La identidad de



género es el sentirse hombre o mujer y manifestarlo externamente a través del rol de género que es todo lo que una persona hace o dice para indicar a los otros y así mismo el grado en que se es hombre o mujer e inclusive ambivalente”.

Los roles de género o roles sexuales que corresponden tanto a la mujer como al hombre, surgen de la educación que se recibe de los padres y de la sociedad en general. Según Neira, A. (1982) el rol sexual; es el comportamiento, palabras y acciones que manifiestan el grado de conformidad de la persona en su expresión social con lo que la cultura propia considera adecuado al sexo de asignación. Según el grado de conformidad con las pautas culturales respectivas será considerado masculino, femenino o ambivalente.

Durante el periodo de la adolescencia, el joven se encuentra constantemente preocupado por saber cuál es el patrón que debe seguir, de acuerdo a sus valores y a lo que le ha sido impuesto por la sociedad, principalmente en el área de sexualidad que es lo que más le ocasiona conflicto.

Para alcanzar la sexualidad adulta, el joven ha de adquirir conocimientos acerca del sexo y de los roles sexuales, para comportarse del modo aprobado por la sociedad, normalmente, la sexualidad adulta, significa heterosexualidad.

Aunque los tiempos han cambiado y la mayoría de los adolescentes adquieren información referente al sexo antes de alcanzar esta etapa, las nociones obtenidas son limitadas y probablemente falsas en algunas de sus partes; es típico que el adolescente se preocupe por la materia sexual, la discuta con sus amigos, intercambie información con compañeros, lea todo lo que pueda sobre el tema, explore distintas partes de su cuerpo con el objeto de saber qué sensaciones puede experimentar. Cuando los datos son proporcionados por los

progenitores, el contenido tiende a concentrarse en los métodos anticonceptivos y los peligros de las enfermedades venéreas (Schwartz, 1969)

En ocasiones los jóvenes podrían pensar que sus padres no pueden darles una instrucción sexual adecuada, considerando que el colegio sería la fuente de información más deseable debido a la facilidad que ésta brinda para llevar a cabo discusiones y conferencias.

En algunas escuelas se asume cada vez mayor responsabilidad sobre la educación sexual, ofreciendo instrucción especializada, con la ayuda de películas, debates, instrucción impartida por médicos, psicólogos y especialistas en cursos de índole científica.

Sorensen (1973) menciona que para ofrecer una instrucción sexual integral, se deben abarcar aspectos emocionales y físicos como serían: las funciones a cumplir por cada sexo, la masturbación, la prevención y tratamiento de enfermedades venéreas, la homosexualidad, los anticonceptivos, el estado de preñez, sus posibles complicaciones, el parto y sus riesgos potenciales. Además dar especial énfasis al desarrollo de valores para la selección de pareja y a la preparación para la solución de los problemas derivados del matrimonio y la paternidad (citado en Neira A. 1982).

Sería ideal que aquellos que están en una posición de instruir acepten que no todo lo saben, y que enseñen lo que sí conocen, con el objetivo de poder educar, no de adoctrinar. Esta meta es difícil de alcanzar ya que la mayoría de las personas han crecido dejando lagunas en su entendimiento de la sexualidad.

"Sería necesario que en la sociedad actual, se viviera una actitud comprensiva y abierta para superar los prejuicios y el fanatismo acerca de la sexualidad. Es importante estudiar las diferencias entre las culturas y entenderlas

así, como diferencias, y no anteponer juicios de valor a comportamientos sexuales que no son iguales a los nuestros" (Horrocks, 1986)

*Aunque el joven se encuentra casi maduro desde un punto de vista biológico, aún no alcanza la madurez psicológica y social necesaria para manifestar sus impulsos sexuales de una manera aceptada por la sociedad como lo es el matrimonio. Ante esto el joven tiene que seleccionar una o varias alternativas para expresar sus impulsos: masturbarse, abstenerse, recurrir a la prostitución, experimentar caricias sexuales sin llegar al coito, tener relaciones sexuales premaritales y casarse en forma prematura, entre otras. Su elección estará determinada por factores tales como; su edad, sexo, religión, nivel educativo, dinámica familiar en la cual esté inmerso y por la actitud y la información sexual que haya recibido hasta ese momento.*

Tratándose de sensaciones y sentimientos absolutamente nuevos para ellos a los que se une una forma de tensión ligada a un deseo sexual, los jóvenes, mediante la manipulación de sus genitales ha aprendido a liberar el apremio de los *impulsos sexuales, pero aún en este respecto, no siempre ha tenido la educación adecuada como sería: el que nadie le haya dicho que la masturbación representa un fenómeno evolutivo normal e importante en el desarrollo psicosexual, pase a la universalidad de esta práctica puede provocar en algunos jóvenes un vago sentimiento de culpa, preocupación y el sentimiento ya menos generalizado de que es una cosa "sucio". Es obvio que esta actitud es totalmente errónea y que, además puede provocar un estado de depresión y de aislamiento; estas actitudes negativas acerca de la masturbación no existiría si la educación sexual fuera completa, objetiva y serena (Rubin, 1969 en Palacio M, 1986)*

La masturbación es un regulador de tensión y portador de fantasías "la masturbación comprende una amplia gama de sensaciones; se extiende desde la sensación calmante y arrulladora, hasta la de un tipo orgásmico en la que hay un

aumento gradual de excitación y tensión usualmente escalonada" (Greenacre, en Blos, 1988)

Los argumentos en contra de la masturbación son numerosos, de los cuales podrían destacar los siguientes: sólo los individuos inmaduros se masturban; la masturbación es antisocial; la masturbación en exceso produce fatiga y debilidad física; las fantasías sexuales asociadas con la masturbación son emocionalmente malsanas; la masturbación es frustrante sexualmente hablando; médicos del siglo pasado afirmaban que la masturbación debilitaba las facultades mentales destruyendo a la persona y conduciéndola a la imbecilidad, a la demencia o a la locura (*El asesinato del alma de Morton Schatzman*).

La práctica de la masturbación sólo se podría convertir en un problema si el adolescente se aferrara a ella por miedo a evolucionar hacia formas de actividad social y sexual más maduras. El joven puede recurrir a la masturbación cuando se encuentra ante una situación de ansiedad, soledad, de frustración o de rechazo. Es decir, cada vez que se siente incompetente o inferior aunque sea por motivos no relacionados con la sexualidad.

Rattner en 1980, comenta que "la masturbación ha sido durante siglos objeto de convicciones morales y mágicas. En la Biblia la muerte de Onan como castigo por derramar su semen fuera de una mujer ha proporcionado el motivo para la concepción religiosa según la cual la masturbación es un pecado mortal. Aún ahora (2000), muchos individuos creen firmemente que la masturbación es vergonzosa y peligrosa porque causa enfermedades físicas y mentales.

Monroy, A. (1985) y Russel, A. (1984) comentan que la autoestimulación no ocasiona ningún daño físico ni mental para el adolescente y que es un proceso normal de crecimiento y de desarrollo psicosexual; afirman que

si existiera un efecto psicológico no es causado por la masturbación en sí misma, sino por el sentimiento de que es mala, pecaminosa y peligrosa.

En cuanto a la orientación sexual Monroy, A., en 1985, afirma que es la atracción, gusto o preferencia de la persona para elegir un compañero sexual.

Según Griner R, (1992) existen tres tipos de orientación sexual: heterosexual, homosexual y bisexual. "los conflictos bisexuales son parte del desarrollo adolescente del sujeto, pertenecen a una etapa de maduración donde el joven está probando su identidad sexual". La orientación homosexual se refiere a que el individuo inclina su capacidad exclusivamente a actividades sexuales genitales y/o afectivas con individuos pertenecientes morfológicamente a su mismo sexo.

Las actitudes homosexuales son muy frecuentes durante la adolescencia, sin embargo, no constituyen el inicio de una patología. Muchos adolescentes se preocupan en secreto por el hecho de sentir una intensa atracción física y emocional hacia miembros del mismo sexo durante el proceso de buscar identidad sexual propia. Le preocupa pensar que un ajuste satisfactorio requiere el que sienta atracción sexual sólo a los miembros del otro sexo.

Wister, R., (1976) y Brangenpen (1980), han encontrado que muchos jóvenes han participado alguna vez en alguna experiencia homosexual sin que éstas necesariamente interfieran a su desarrollo normal heterosexual. Al ir logrando una identidad más definida, la inclinación comienza a ser más heterosexual.

Genter (1982), dice que cuando un individuo se ha identificado completamente con su sexo morfológico y su rol sexual se inclina exclusivamente

a actividades sexogenitales y/o afectivas con individuos que pertenecen morfológicamente al otro sexo.

Es en este momento cuando los chicos comienzan a interesarse en las chicas y viceversa, en una orientación heterosexual, es cuando comienzan las llamadas "primeras citas" (Hurlock, E. 1987), éstas proporcionan diversas ventajas a los jóvenes como son:

- a) Atemperan las ideas en extremo románticas y faltas de realismo sobre el amor y los individuos del sexo opuesto.
- b) Proveen experiencias para la adaptación a otros en diferentes situaciones.
- c) Ayudan a desarrollar el aplomo, la autoconfianza y el equilibrio emocional.
- d) El encuentro y la asociación con miembros del otro sexo reducen la tensión emocional.
- e) Brindan oportunidades para divertirse.
- f) Amplían el círculo de amistades entre las cuales puede seleccionarse eventualmente la pareja definitiva.
- g) Definen los roles de individuos de ambos sexos y la relación varón mujer.
- h) Dan al adolescente reconocimiento y prestigio dentro de su propio grupo y, de ese modo lo ayudan a establecer su status con él.

Después de esto, vendrá la selección de una pareja y comenzará un "noviazgo", según Hurlock E. (1987), el noviazgo da ciertas ventajas y desventajas al adolescentes, como son:

Ventajas.- Proporciona seguridad porque las citas están aseguradas, hace que el adolescente se sienta popular, permite que se conozca mejor a la

persona y que se determine si el vínculo responde a un amor verdadero y por último hace que los padres se sientan seguros porque conocen a la persona con quien el hijo se cita.

Desventajas.- Puede aislar al adolescente de otros amigos, ocasiona fricciones familiares si los padres piensan que la relación asume contornos demasiado serios, elimina la posibilidad de conocer a otras personas que podrían satisfacer mejor sus necesidades y por último hace difícil que la persona “se ponga de nuevo en circulación” si se quiebra la relación entre la pareja.

En sí pasar por un enamoramiento ayuda al adolescente joven en dos de las tareas evolutivas que todo individuo debe dominar:

- 1) Obtener la independencia
- 2) Decir que clase de persona es o quiere ser, esto es formar su propia identidad (citado en Hurlock, E. 1987)

Con mucha frecuencia los jóvenes deciden iniciar su vida sexual antes de casarse, aún en contra de lo que sus padres les enseñaron y a pesar del sentimiento reprobatorio que hace la sociedad o la religión al respecto. La permisividad de las relaciones sexuales premaritales con afecto cuenta ya con un apoyo considerable por parte de los mexicanos de ambos sexos. Al respecto López, L. (1982) expresa que las relaciones sexuales entre jóvenes no casados pero unidos afectivamente, aún cuando siguen estando en contra de las formas morales que elige la sociedad, son cada día más frecuentes. Hass en 1981 menciona que mientras los hombres gozan de mayor permisividad social para expresar su sexualidad en formas de relación con poco compromiso de pareja, en las mujeres la sociedad promueve a que estén unidas sentimentalmente sólo a un compañero (citado en Resnik, 1992)

El coito premarital es un tema muy controvertido, y con frecuencia surgen polémicas que condenan o defienden esta práctica. La "revolución" sexual ha conducido a una mayor libertad sexual y a una menor hipocresía que en tiempos donde la palabra "sexo" era un tabú, ¿pero esta revolución ha conducido también a una mayor conciencia y responsabilidad? Parece que no, si se toma en cuenta la ignorancia, la falta de información y la actitud indolente que muestran muchos jóvenes, demostrándose en el alto número de embarazos y abortos entre adolescentes.

Sanderowitz, J. y Colab. (1985) afirman que muchas de las actitudes que conducen a los adolescentes a la actividad sexual van a la par con las características del periodo por el que están atravesando, además frecuentemente la actividad sexual es precipitada por causas que son más psicológicas y sociales, entre otras la necesidad de aceptación de la pareja y el sentimiento de que el amor perdurará y por el reconocimiento del grupo social de adolescentes al que pertenece.

Para los jóvenes la actividad sexual puede ser un evento que los ayuda a definirse y entender quiénes son, a separarse de su infancia y de "sus padres" como pareja afectiva para buscar su propia pareja. En otros casos tener relaciones sexuales puede implicar sólo una experiencia de diversión; a veces los adolescentes prefieren esperarse hasta el matrimonio o bien dentro de sus fantasías la relación sexual se puede considerar como algo sucio y pecaminoso.

En México, un problema importante de salud pública, es el embarazo no deseado en la adolescencia. En el año de 1990, el número total de mujeres menores de 19 años que ya tienen hijos ascendía a la cantidad de 524,362 (INEGI), lo cual corresponde a un porcentaje del 10.43% de la población adolescente en México. A su vez la CONAPO ha registrado cada año 390,000



nacimientos de madres adolescentes, lo que corresponde al 17% del total de nacimientos al año en México.

El uso y la propaganda de todo tipo de anticonceptivos para la juventud, no se hubiera pensado hace casi dos décadas, pero el aumento de jóvenes embarazadas, el temor ante el SIDA y otras enfermedades de Transmisión sexual, han abierto el debate sobre qué hacer acerca de la actividad sexual precoz. Lo que antes era una cuestión moral ahora se ha convertido en un problema de salud pública.

En el año de 1992, el porcentaje de uso de cualquier método anticonceptivo fue tan solo del 40.2% de la población total femenina tanto adulta como adolescente (CONAPO), mientras que el porcentaje de uso de anticonceptivos entre mujeres adolescentes al año de 1995 fue de tan sólo el 36.1% de todas las adolescentes mexicanas (PRONAM)

La mayoría de los profesionales de la Salud Pública, no conciben a la adolescencia "lejos del sexo", el Doctor Sheldon Landesman, investigador de SIDA en Nueva York, afirma que después del alimento y el sueño, el sexo es una necesidad de gran importancia y en el adolescente se suma a la presión ejercida por su grupo de pares para satisfacerla (Kantrowitz, 1987)

## **2.5. El adolescente y la familia.**

La familia desempeña un papel vital desde que el niño nace, por ser la estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo), por ser el modelo natural de interacción grupal y por ser la fuente de identificaciones más importantes para el niño.

La influencia familiar en el adolescente dependerá de las imágenes que éste se haya formado de ella, para satisfacer sus necesidades personales por medio de moldes de comportamiento que lo preparen para la vida adulta.

Puede ser que durante la niñez la situación familiar haya sido estable y libre de conflictos graves, sin embargo la entrada al periodo adolescente es dolorosa, tanto para los padres como para el joven mismo, por varias razones que se suscitan en la brecha generacional.

En primer lugar, para los padres es difícil aceptar los procesos conflictivos regresivos y progresivos del hijo, ya que ambas partes se encuentran ante un contexto donde no saben cómo comportarse.

En segundo lugar, este cambio del hijo suele producir angustia y ansiedad por la incipiente genitalidad y expansión de la personalidad del adolescente, puede suceder que les remueva o les reedite a los progenitores aspectos de su propia evolución, problemas pasados, que no elaboraron o superaron satisfactoriamente, o bien el temor a que los hijos cubran o no lo que se espera de ellos.

En tercer lugar, cuesta mucho trabajo aceptar que los hijos pequeños y manejables hasta hace poco, ahora se convierten en seres con deseos de autonomía y libre expresión de palabra y acción, capaces de pensar y actuar, por lo que los padres deben elaborar la separación progresiva imprescindible para ambas partes.

Si los padres comprenden el cambio y lo viven sin miedo, conservando la firmeza sin autoridad ni tiranía, la situación será favorable para que el chico se establezca en su anhelada independencia mediante la potencialización de un yo claramente diferenciado.

Por otro lado el adolescente aleja a su familia también por varias razones, entre ellas, la necesidad y lucha vivida para lograr independencia, pues se siente que está prisionero dentro de las normas impuestas por el grupo primario,

También la reactivación del complejo edípico aleja al chico de su familia, pues siente culpa y angustia ante este hecho, de aquí, gira hacia su grupo de coetáneos para tener nuevas identificaciones.

La calidad de los vínculos familiares determinan las ulteriores relaciones, por lo tanto las actitudes de la familia (padres, hermanos), será decisiva para facilitar u obstaculizar la madurez del individuo. Cuando la relación entre los padres no es buena, o haya alguna situación de separación o divorcio, o ausencia de alguno de los padres, se crean tensiones emocionales que afectarán el equilibrio de todos sus miembros, lleva a una gran inestabilidad e inseguridad que afectará sus siguientes elecciones y relaciones de pareja.

La estructura familiar débil produce la insatisfacción de las necesidades afectuosas y de seguridad e infunde sentimientos de inseguridad, soledad y vacío emocional.

En cuanto a la educación y papel de los padres en la familia, existen padres autoritarios y permisivos, los primeros dirigen y restringen totalmente al joven, los segundos son despreocupados y negligentes, dan demasiada libertad, lo cual puede ser vivido por el adolescente como olvido (Aberastury, A., 1988)

Cuando los padres ejercen un poder legítimo (democrático) y explican la razón de sus peticiones, éstos tienden a imitar la conducta de sus padres, son

independientes y confiados en sí mismos, con grandes motivaciones en todos los ámbitos (Elder, 1963 en Bassas & Tomas 1996)

## **2.6. El adolescente y su grupo de pares.**

El adolescente va adquiriendo una mayor independencia cuando los vínculos con sus padres se vuelven más elásticos y las relaciones con sus compañeros son más significativas.

Se ejerce una fuerte influencia por el grupo de pares al cual pertenece o desea pertenecer. Las metas del grupo las hace propias, su conducta se enfoca a alcanzar las expectativas que el grupo espera de él, cuanto más fuerte es su deseo de aceptación, mayor será su nivel de aspiraciones. Cronbach en 1963, con relación a esto expuso:

“La norma impuesta por el grupo afecta los objetivos del individuo. La persona que se considere miembro normal de un grupo se esforzará por alcanzar los logros característicos de éste... Es influido sobre todo por el individuo con quien se identifica o por el grupo al cual cree que pertenece... Marchar al paso del propio grupo es necesario para respetarse a sí mismo”.

Cuando el muchacho no encuentra un grupo satisfactorio al cual afiliarse, es común que sus aspiraciones sean influenciadas por otras personas “significativas”, las que gozan de prestigio ya sea por “cualidades” que en esos momentos son valoradas por el joven o bien porque esté “de moda”.

En ocasiones es difícil que los padres comprendan el porqué es tan importante para sus hijos vestir una marca específica de ropa, escuchar únicamente cierta clase de música, usar peinados “estrafalarios”, tener un lenguaje especial, bailes, pasatiempos, etc. Para el adolescente constituyen un

"símbolo de posesión", todo lo cual establece una clara diferencia entre él y los adultos.

Estas manifestaciones por ser diferentes pueden ser una forma de canalizar su lucha por la independencia y lograr una identidad, cuando existe una buena relación entre padres e hijo adolescente, la influencia de los primeros sobre los valores básicos, creencias y objetivos en la vida será mayor que la influencia ejercida por el grupo de pares, la cual se limitará a las modas actuales, elección de música, lenguaje, vestido, etc. (Poal G., 1987)

En esta edad el círculo social se va incrementando, aparece un grupo de amigos más cercano "la pandilla", que es más íntima, así como las amistades individuales. En el primer grupo se realizan actividades sociales organizadas y en la segunda relación hay mayor cohesión, proporcionando por lo tanto seguridad y compañía. El grupo se basa en la atracción mutua y es donde se comparten sueños, preocupaciones y se planean las actividades de la pandilla.

Las amistades individuales ocupan un lugar especial, aquí las relaciones son más íntimas, honestas y abiertas; los jóvenes se muestran menos defensivos y no tienen la necesidad de fingir para obtener mayor popularidad y aceptación, no hay temor a la traición ya que el adolescente espera que sus amigos le sean leales. El amigo sería como "el hermano ideal", se imitan mutuamente en lo referente a gustos, vestimenta y sentimientos respecto al grupo familiar (Lehalle H., 1990).

Estas relaciones permiten la expresión libre y el manejo de emociones complejas, evitando sentimientos reprimidos de enfado y ansiedad. Además le dan la oportunidad de apreciar que todo lo que a él (ella) le pasa, también les sucede a otros compañeros.

Las relaciones amistosas son muy intensas y tienen grandes exigencias por lo que pueden fracasar con mayor facilidad que las de los adultos. Paradójicamente los jóvenes con más problemas personales tienen la necesidad de un mayor número de amigos íntimos, pero tienen menos habilidad para conservarlos ya que sus sentimientos y necesidades cambian con mucha rapidez y no coinciden con los de sus compañeros.

Según Grinder (1992) conforme van avanzando en su desarrollo, gradualmente varía su preferencia hacia amistades del sexo contrario, y para el final de la adolescencia cuenta con mayor número de amigos del sexo opuesto.

## **2.7. Aspectos sociales**

La integración de los valores éticos y morales son muy importantes en el propio desarrollo del adolescente ya que son factores motivacionales de la propia conducta de éste.

Según Clemente (1988), el impulso que motiva al adolescente a realizar o a evitar ciertas conductas son de tal importancia, que en el mismo se ve implicado tanto su sistema nervioso autónomo como el central, en donde sus reacciones generan emociones inmediatas de miedo y angustia ante la posible transgresión de efectos relacionados con experiencias pasadas, en las cuales la situación se relaciona con castigo, situaciones aversivas o actos delictivos para los ojos de la sociedad. Lo cual podría ser considerado como la conciencia moral que se establece en esta etapa de la vida y que sus bases continúan actuando en etapas posteriores.

Para la formación de la conducta social y moral del adolescente es importante tomar en cuenta los procesos de aprendizaje social, en donde se da un proceso simbólico mediante el cual se capta el significado de las actividades

modelo, y en donde se espera que dichas conductas se incrementen en la persona, lo cual se aprende a partir de los procesos de socialización que se dan desde la infancia. Esto es muy importante para la adquisición de la identidad del adolescente.

Kohlberg (citado en Clemente, 1988) propone que el individuo además de interiorizar las reglas sociales, es capaz de construir nuevas estructuras de su propio razonamiento moral a partir de las situaciones o contexto social al que se enfrenta, no a una cultura en general, sino al contexto en concreto al que pertenece dentro de una cultura, lo cual le permite construir una jerarquía de sus propios valores y aplicarlos.

Según el autor existen tres niveles de moralidad:

- 1) Preconvencional.- Aquel en donde los sujetos se comportan en función de las reglas sociales externas y de acuerdo a las expectativas de los demás sobre su conducta, pero dichas reglas ni las comprenden ni tiene ningún significado real para la persona.
- 2) Convencional.- Este nivel es en donde la persona ya comprende las reglas sociales, las expectativas que los demás tienen sobre él mismo, las convencionalidades que la sociedad impone y que debe de asumir. Este nivel es el que maneja la mayoría de las personas y que las utiliza como su medio para adecuarse y vivir aceptablemente en la sociedad.
- 3) Postconvencional.- Aquí ya no se basa en lo convencional, sino de los valores que asume el propio sujeto y que en caso necesario es capaz de prescindir de la norma social impuesta. Este es el grado más alto de moralidad.

Los factores ambientales que rodean al adolescente durante el periodo de búsqueda de la propia identidad, son iguales o tal vez más importantes que la propia estructuración que se da en la niñez; ya que el adolescente es moldeado por lo favorecedor o adverso que se presente su medio ambiente.

Durante la adolescencia se da un proceso de aislamiento y pertenencia a su grupo social, que le es muy importante para llegar a ser él mismo, lo cual se refiere al momento en que el adolescente se vincula con otros grupos, se trata de apartar un poco de la familia, buscando obtener su propia identidad, adoptando nuevas actitudes y patrones de conducta, que no siempre van de acuerdo a lo establecido en su contexto familiar, lo cual representa para la sociedad un individuo en transición, un ser en rebeldía, aquello que no encaja con lo establecido; ya que el adolescente además de enfrentarse a sus propios cambios, se enfrenta a la gran barrera de los valores del adulto.

Al respecto Freud, A. (1990) afirma que el adolescente rechaza a sus padres y todo lo que estos le enseñaron, toma varios caminos para llenar el vacío que su camino a la independencia le produce. Así mismo, Blos, P. (1988) dice que el grupo tiene una gran importancia en la vida del adolescente, dado que le ayuda a modificarse así mismo y lograr unidad interior. Esto se debe a que a través de los amigos exterioriza su situación ambivalente. Por otra parte el hecho de acercarse a medios distintos a la familia, permite al joven probar nuevos roles, de manera que le sea más fácil saber cuál de ellos es el que desea adoptar.

Los valores humanos se basan en el prestigio impuesto por la sociedad como una norma de vida, en donde se culpa a los padres por las anomalías y patologías vividas por los adolescentes, olvidándose que la sociedad así como la cultura son factores que contribuyen a esta problemática (Solorzano, 1972).



Tanto en el medio familiar como educativo, el adolescente mexicano se encuentra viviendo dobles valoraciones, es decir, una cosa se manifiesta verbalmente y otra muy diferente se vive en la conducta. (Fitzgerald & Fitzgerald, 1987). "Los valores del adolescente Mexicano reflejan necesariamente la cultura que les ha dado origen" (Solorzano, 1972)

Otro de los determinante y limitantes en el desarrollo del adolescente es el factor socioeconómico; ya que la relación entre un medio ambiente socioeconómico determinado y el adolescente, lo llevan a condicionar sus propios procesos de desarrollo y su propia cultura.

El desarrollo corporal sirve como estímulo para el cambio de conducta, es decir, que es más fácil que se le dé una mayor libertad para relacionarse con hombres y mujeres que poseen una maduración física y sexual precoz, que aquellas que se desarrollan más tarde, aquí entran en juego otro tipo de factores como los sociales, que dan la pauta hacia ciertas conductas como tomar, fumar o tener relaciones sexuales.

## CAPÍTULO 3

### SIDA

#### 3.1. Historia natural de la infección por VIH

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida o como se le conoce más comúnmente, SIDA, es causada por un virus de inmunodeficiencia humana o VIH. El crédito del descubrimiento de este virus lo comparten investigadores franceses y estadounidenses, aunque fue el grupo del Instituto Pasteur en París, a cargo del Dr. Luc Montagnier, quien primero anunció su descubrimiento al inicio de 1983 (Moya Juan, 1997)

Estos Investigadores llamaron al virus LAV (del inglés lymphadenopathy associated virus), o virus relacionado con linfadenopatía. El grupo estadounidense, a cargo del Dr. Robert Gallo, lo denominó virus HTLV-3 (del inglés human T-cell lymphotropic virus type 3), o virus linfotrópico de células T humanas tipo 3. Para simplificar, los investigadores han acordado utilizar el término VIH.

##### 3.1.1. ¿Qué significa VIH/ SIDA?

<b>V</b>	Virus
<b>I</b>	Inmunodeficiencia
<b>H</b>	Humana
<b>S</b>	Síndrome
<b>I</b>	<i>Inmuno-</i>
<b>D</b>	deficiencia
<b>A</b>	Adquirida

Un **Síndrome** es un grupo de problemas de salud que constituyen una enfermedad, un conjunto de síntomas y signos derivados de ...

... Una **Deficiencia Inmunológica**, que es una debilidad en el sistema del cuerpo que combate las enfermedades, es decir, del sistema inmunitario.

**Adquirida** significa adquirido por el enfermo durante su vida, que no es congénito.

### 3.1.2. ¿Qué es el VIH?

Los virus son miembros de un grupo de microorganismos extremadamente pequeños que sólo pueden vivir dentro de las células u otras criaturas vivas. El VIH ataca el sistema inmunológico del cuerpo. Una vez que se ha deteriorado el cuerpo, el organismo es vulnerable a infecciones y cánceres. Estas enfermedades se denominan en ocasiones "infecciones oportunistas", porque aprovechan la oportunidad ofrecida por la inmunidad debilitada del organismo para dañarlo.

Los virus del SIDA pertenecen a una familia de animales, los retrovirus. Una característica importante del VIH es su extremada variabilidad genética por lo que el VIH-1 forma parte de una población viral heterogénea que dificulta la comprensión de algunos de los mecanismos de interacción entre el virus y su huésped.

En unas condiciones idóneas, académicas, se considera que el VIH es una partícula esférica con un diámetro entre 80 y 110 nanómetros. Esta partícula presente tres capas concéntricas: la capa interna contiene una especie de nucleoide con forma de cono truncado constituido por el ARN del virus y la nucleoproteína con las enzimas; la capa intermedia es la nucleocápside

icosahédrica; la capa externa o envoltura es una bicapa lipídica derivada de la célula huésped; está constituida por la inserción de glucoproteínas del virus constituidas por trímeros de gp120 formando 72 proyecciones y por una alta concentración de proteínas celulares entre las que destacan antígenos de histocompatibilidad de clases I y II (Von Eloff A, 1988)

Se piensa que la vida libre de los viriones es muy corta, aproximadamente de 8 a 12 horas, y que en 2.6 días se realiza un ciclo viral completo, con salida desde la célula infectada, infección productiva, vida libre, infección de otro linfocito, replicación intracelular y salida de nuevos viriones.

### **3.1.3. Ciclo vital del VIH-1**

El VIH deteriora progresivamente el sistema inmunológico. Lo lleva a cabo atacando y matando a un grupo particular de glóbulos blancos conocidos como células T colaboradoras. Normalmente, estas células (también conocidas como células T4) tienen un papel muy importante en la prevención de infecciones. Cuando ocurre una infección, se multiplican con rapidez, indicando a otras partes inmunológicas del cuerpo que ha habido una infección. Como resultado, el organismo produce anticuerpos que atacan y, afortunadamente, destruyen bacterias y virus perjudiciales (Richardson D., 1990)

Además de movilizar los sistemas de defensa del cuerpo para limitar una infección, las células T colaboradoras también señalan a otro grupo de glóbulos blancos, conocidos como células T supresoras o T8, el momento en que el sistema inmunológico debe suprimir su ataque.

Normalmente, hay más células T colaboradoras en la sangre que células T supresoras; cuando el sistema inmunológico funciona adecuadamente la proporción es de casi dos a uno, una persona saludable tiene entre 500 y 1500,

células  $CD4^+$  por mililitro de sangre. En personas con SIDA se invierte esta relación y las T supresoras superan en número a las T colaboradoras. Como resultado, las personas con SIDA no sólo tienen menos células colaboradoras disponibles para combatir la infección, sino también un exceso de células supresoras que actúan contra las colaboradoras que llevan a cabo su trabajo, cuando el conteo de células  $CD4^+$  baja, podría empezar a tener señales de enfermedad del VIH, como fiebres, sudores nocturnos, diarrea o nodos de la linfa hinchados, y éstos durarán más de unos días, más bien varias semanas.

Además de saber que mata a las células T colaboradoras, también se sabe que, a diferencia de la mayor parte de los otros virus, VIH cambia la estructura de las células que ataca. Lo lleva a cabo incorporando su propio código genético en el material genético de las células que infecta. El resultado es que la célula infectada se transforma en una fábrica para producir virus VIH que salen al torrente sanguíneo y pueden infectar otras células T colaboradoras. Este proceso se repite una y otra vez (Richardson D., 1990)

Los virus que funcionan en esta forma se denominan retrovirus. Lo que los hace más difíciles de combatir que a otros virus es que, como se constituyen en parte integrante de la estructura genética de las células que infectan, no hay forma de eliminarlos. Ello significa que las personas infectadas con el virus probablemente queden así de por vida. Desafortunadamente, también significa que una persona infectada con VIH puede ser infecciosa toda su vida.

No se comprende plenamente la forma en que el virus destruye la función del sistema inmunológico. Una teoría actual, pero no comprobada, es que la destrucción del sistema inmunológico que ocurre en personas con SIDA pueda deberse a que el cuerpo reconoce sus propias células T colaboradoras infectadas, como "el enemigo". Si sucede así, lo que pueden hacer entonces los mecanismos de defensa del cuerpo es comenzar a producir anticuerpos contra las células T

infectadas para captarlas y destruirlas. Sin embargo, los anticuerpos también se producirán contra células T colaboradoras no infectadas, tal vez destruyéndolas así mismo o haciéndolas incapaces de funcionar de manera adecuada. En esta forma, VIH destruiría el sistema inmunológico, no simplemente al matar células T, sino engañando el cuerpo para que ataque a sus propios mecanismo de defensa (Moya Juan, 1997)

El VIH no sólo ataca el sistema inmunológico del cuerpo. Las investigaciones han demostrado que el virus también puede dañar el cerebro y el sistema nervioso central. Necropsias en cerebros de pacientes que murieron de SIDA han revelado que el virus puede causar una pérdida masiva del tejido cerebral.

### ***Metáfora del tren***

La variabilidad en la rapidez de la progresión de la infección VIH se ha explicado aludiendo a la metáfora de un tren (Coffin, 1997).

En ella la infección VIH es el propio tren, la cantidad de virus que existe (carga viral) es la velocidad que lleva el tren y los raíles que componen el trayecto son los linfocitos CD4 que tiene el paciente. La estación final es el desarrollo del SIDA hacia la que el tren avanza, pero va a necesitar un tiempo para recorrer el trayecto.

A similitud de linfocitos CD4, el tiempo va a depender de la cantidad de virus (velocidad) y por lo tanto cuanto más baja sea más tiempo tardará en recorrerlo; si la carga viral es indetectable, la velocidad del tren será prácticamente nula, pero por lo que hasta hoy se conoce el tren no se para del todo, parece como si existiese una ligerísima pendiente hacia abajo, por lo que no se llega a frenar.

Si el sistema inmunitario está conservado, el trayecto es muy largo, le costará más tiempo llegar al destino; por el contrario, conforme la cifra de CD4 cae, el recorrido es menor y a igual velocidad el tiempo empleado en recorrerlo será menor.

El punto de partida de este tren lo constituye la primoinfección; si ésta es sintomática por lo general se piensa que los valores de viremia serán moderadamente elevados y se mantendrán en los períodos posteriores en ausencia de tratamiento.

Si se acepta esta metáfora del tren, se puede comprender las guías actuales del tratamiento antirretroviral: Tratar lo más pronto posible y lo más duro posible. Con ello reducir la replicación viral a niveles bajos a la vez que se preserva el sistema inmunitario (en la metáfora, si se disminuye la velocidad del tren y se aumenta el trayecto a recorrer, queda por saber si se llegará a una infección crónica, a la curación o qué puede pasar en estaciones intermedias).

### **3.1.4. Variabilidad del VIH**

#### **3.1.4.1. VIH-1 Y VIH-2**

Se han conocido dos tipos de virus que se han identificado como los agentes etiológicos del SIDA y que se han denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); estos dos tipos de virus son genética y antigénicamente diferentes y se han llamado VIH-1 y VIH-2.

Mientras que el primero se considera que es el responsable de la pandemia (epidemia a nivel mundial) el segundo es endémico del Africa Oriental y es sumamente raro fuera de esta región.

El VIH-2 se diferencia del VIH-1, en que la enfermedad que produce es menos agresiva, parece evolucionar más lentamente hacia la destrucción del sistema inmunitario, su transmisión vertical (madre-hijo) parece ser más difícil y existe variación en la regulación del virus a nivel genético; los genomas del VIH-1 y VIH-2 tienen una similitud de sólo el 40-50% y el VIH-2 presenta una homología del 75% con el virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIV).

Una de las características fundamentales que se atribuyen al VIH-1 es su variabilidad genética, lo que está contribuyendo a dificultar el conocimiento íntimo de los mecanismos por los que el virus es capaz de producir el SIDA y que necesariamente influye en el desarrollo de pruebas diagnósticas, el conocimiento de su epidemiología molecular en cuanto a sus mecanismos de transmisión y sus posibilidades de prevención, el desarrollo de tratamientos y vacunas eficaces o la aparición de resistencias. En un mismo sujeto infectado ha sido posible observar entre un 1 y un 6% de variación vírica por lo que algunas veces se habla de que en un paciente existen 'cuasiespecies' (es decir, virus muy estrechamente relacionados pero diferentes) del virus. (Daniels V., 1987)

Dentro del VIH-1 se conoce un grupo mayor (grupo M) en el que, de momento, se conocen 10 subtipos que se han denominado por las letras mayúsculas según su orden de descripción (del A al J), también se conocen al menos 5 subtipos del VIH-2.

La diferencia principal de los subtipos es su composición genética, presumiblemente por errores de la transcripción inversa, con divergencias del orden del 30% en la sucesión de aminoácidos en la zona ENV y grados variables de diferencias en las proteínas estructurales y reguladoras.



### **3.1.4.2. Seropositividad.**

Cuando una persona presenta anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana se dice que es seropositiva, frente a dicho virus.

La Seropositividad indica que:

- El sujeto ha entrado en contacto con el VIH y
- Está infectado por el VIH y
- Debe considerarse portador del virus, y por lo tanto lo puede transmitir a otras personas.

Sin embargo, la Seropositividad no indica que se padezca de SIDA, ni predice la evolución hacia la enfermedad (Miller D., 1989).

Todo sujeto seropositivo permanece infectado, probablemente de por vida, por ello debe tomar precauciones que disminuyan los riesgos de evolución hacia SIDA y eviten que otras personas se expongan y se contagien por el virus.

Una persona seropositiva puede infectar a otras a través de su sangre y secreciones sexuales por lo que debe adoptar medidas eficaces para evitar el contagio del SIDA a otros.

#### ***¿ Cómo se puede evitar?***

- No donando sangre, órganos, tejidos ni semen.
- Informando a las parejas sexuales de su estado de seropositividad y en caso de mantener relaciones sexuales, evitando la penetración y si hay penetración utilizando preservativos de látex.
- No compartiendo utensilios de preparación e inyección de drogas.

- Informando a los médicos, dentistas, acupuntores, etc. para que utilicen elementos desechables, esterilicen su material y tomen las medidas de protección adecuadas.
- Evitando el embarazo ya que existe riesgo de transmisión al feto.
- Limpiando todas las superficies manchadas de sangre con lejía (1 parte de lejía por 9 de agua: dejar actuar al menos 30 minutos).
- Lavando la ropa manchada de sangre o secreciones sexuales a alta temperatura, en seco o con lejía.
- No compartiendo los utensilios de aseo personal que puedan entrar en contacto con sangre, como cepillo dental, hojas y maquinillas de afeitar, tijeras y demás objetos cortantes.
- Cubriendo las heridas y rasguños con un apósito hasta que curen.

Fuera de los mecanismos de transmisión conocidos el sujeto seropositivo no puede de ninguna forma transmitir el VIH.

En las relaciones familiares los contactos cotidianos no transmiten el VIH y fuera de la transmisión sexual o la transmisión madre-feto no se debe temer infectar a los familiares.

En las relaciones laborales normales no existe ningún riesgo de transmisión del VIH por lo que no existe ninguna razón para excluir a una persona seropositiva de su trabajo, siempre que mantenga una actitud responsable frente a los demás, ya que es suficiente con tomar medidas de higiene general. El uso común de los aseos, duchas, vestuarios o comedores no constituyen por sí solos una situación de riesgo; tampoco el compartir herramientas, teléfonos, asientos, máquinas, etc.

### ***Disminuir el riesgo de evolucionar a SIDA***

La evolución hacia las formas sintomáticas de la infección o hacia el SIDA se ve favorecida por ciertos factores como pueden ser:

1. Reinfección por VIH.
2. Infecciones por otros gérmenes, de cualquier tipo.
3. Consumo de drogas.
4. Una deficiente higiene.

Cuando se evitan estos factores favorecedores disminuye el riesgo de evolución hacia el SIDA

#### **3.1.5. ¿De dónde viene el VIH?**

No se sabe con absoluta certeza. Queda la hipótesis de que un virus circunscrito en un lugar aislado se hubiese diseminado como consecuencia de los cambios de vida (viajes internacionales, liberación sexual, acceso generalizado a las transfusiones sanguíneas, uso compartido de agujas y jeringas) y quizás, se hubiese vuelto más activo (Cardin A., 1991)

Según un estudio publicado en febrero de 1998 en la revista *Nature*, la muestra documentada más antigua del virus causante del SIDA procede de un análisis de sangre realizado en 1959, y podría tratarse de un antepasado común del VIH-1; los autores del estudio señalan que el análisis genético sugieren que dos de los principales subtipos del VIH-1, y posiblemente todos ellos, se desarrollaron a partir de una familia única que afectó a la población africana. Señalan también que el VIH-1 infectó por primera vez al ser humano, casi con toda seguridad, en la década de 1940, unos 10 o 20 años antes de los que se había pensado con anterioridad (Citado en ONUSIDA, 1999)

El VIH-1 es probable que provenga del chimpancé y podría haber existido hace largo tiempo en poblaciones que lo toleraban relativamente bien. Según un estudio publicado en la revista Nature en febrero de 1999, puede haberse identificado la fuente original del VIH-1 en una subespecie de chimpancé que habita el oeste de Africa ecuatorial. El estudio teoriza que el VIH-1 puede haberse introducido en humanos cuando cazadores de chimpancés se expusieron a sangre de chimpancés infectada; además señalan que los humanos pueden encontrarse aún en riesgo de transmisión de diferentes virus desde los chimpancés, dado que la caza de estos animales, para destinar la carne al consumo humano, es una práctica habitual en el oeste de Africa ecuatorial.

El VIH-2 es un pariente próximo del virus de los monos africanos. El VIH-2 causa también SIDA pero su transmisión es más difícil y causa la enfermedad con menor frecuencia y menor rapidez que el VIH-1.

### **3.2. ¿Cómo se transmite el virus del SIDA?**

La sangre, el fluido vaginal, el semen y la leche materna de las personas infectada con VIH, tienen bastante virus para infectar a otras personas. Puede contraer el VIH de cualquier persona que esté infectada, aun cuando ellos no parecen enfermos, o no han salido positivos (todavía).

En la práctica existen tres tipos fundamentales de transmisión del VIH (Jill, P, 1987):

- Transmisión sexual
- Transmisión Parenteral (por el uso compartido de agujas o jeringas, instrumentos contaminados, transfusión sanguínea, etc.)
- Transmisión vertical (de la madre al feto)

A ellos se unen unas condiciones que modifican la transmisión:

El virus del SIDA es débil y sobrevive mal fuera del cuerpo, por lo que debe penetrar en el interior del organismo. Parece que la transmisión requiere una cantidad mínima de virus por debajo de la cual el organismo podría liberarse del VIH y explicaría el por qué algunos líquidos orgánicos que contienen el virus no lo transmiten.

### **3.2.1. Transmisión sexual**

La vía más importante de transmisión del VIH en el mundo es la sexual, tanto homosexual como heterosexual. En general, el riesgo de transmisión sexual depende de la prevalencia de la infección en la población sexualmente activa.

Las prácticas homosexuales son las que se asocian con mayor riesgo de padecer la infección sobre todo las relaciones ano-genitales siendo el compañero receptivo el más expuesto. En las prácticas heterosexuales el riesgo es bidireccional pero la probabilidad de transmisión hombre-mujer podría ser hasta 20 veces mayor que la de transmisión mujer-hombre. En todos los casos el riesgo se incrementa cuando se padece alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS) y cuando existen múltiples parejas (ONUSIDA, 1999)

En la prostitución se suman estos factores y en muchos casos su relación con la drogodependencia, también son comportamientos de riesgo el turismo sexual y los 'ligues' de bares, discotecas, etc.

Los contactos oro-genitales (contacto boca-órgano genital) pueden transmitir el VIH si hay lesiones en cualquiera de las dos zonas.

- Todas las prácticas sexuales que favorecen las lesiones y las irritaciones aumentan el riesgo de transmisión.
- Las relaciones anales son las más infecciosas porque son las más traumáticas y la mucosa anal es más frágil que la mucosa vaginal.
- El riesgo de infección aumenta con el número de relaciones sexuales, pero una sola puede ser suficiente.
- El riesgo de transmisión es mayor en el sentido hombre-mujer que en el contrario, mujer-hombre.
- El riesgo aumenta si la mujer tiene la regla (a causa del flujo de sangre)
- La transmisión puede producirse fundamentalmente de hombre a mujer, de hombre a hombre y de mujer a hombre, aunque se han documentado casos de transmisión de mujer a mujer.

El riesgo de transmisión sexual decrece cuando:

- Existen prácticas sexuales seguras o teóricamente seguras.
- Se evita la promiscuidad y las relaciones sexuales con desconocidos.

### **3.2.2. Transmisión sanguínea y/o parenteral.**

La transmisión del VIH por la sangre es, en la actualidad, el principal modo de transmisión del SIDA en Europa, ya que la mayoría de portadores de anticuerpos VIH son usuarios de drogas vía parenteral. Las jeringas y agujas contaminadas que son compartidas pueden transmitir el VIH; además los objetos que se utilizan para la preparación de la droga también pueden estar contaminados.

La transmisión del VIH por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es, en la actualidad, prácticamente nula, ya que existe la obligatoriedad de detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre

desde 1987 y para estos fines sólo se utilizan muestras seronegativas (ONUSIDA, 1999)

Toda persona que piense que ha tenido un comportamiento de riesgo en los últimos meses debe abstenerse de dar sangre u órganos. Los elementos de cuidado corporal (tijeras, hojas de afeitar, cepillo dental, etc.) presentan un riesgo teórico de transmisión del VIH ya que pueden entrar en contacto con la sangre. Su empleo exige la limpieza con una solución desinfectante o su calentamiento.

### **3.2.3. Transmisión vertical (madre-hijo)**

Puede producirse durante el embarazo, a través de la placenta, o en el momento del parto.

- Se desaconseja a la mujer seropositiva que se quede embarazada.
- Amamantar el recién nacido es una potencial vía de transmisión; por lo tanto también se desaconseja la lactancia materna cuando la madre es seropositiva.

### **3.2.4. ¿Hay otros modos de transmisión?**

Muchos piensan que es posible adquirir el SIDA a través del contacto diario normal con una persona infectada. No sucede así, no se puede adquirir VIH simplemente por estar cerca de una persona infectada, comer con ella o tocarla. Tampoco se contagia tocando los objetos utilizados por alguien que tiene el virus.

El VIH se ha encontrado en diferentes líquidos corporales como saliva, lágrimas, orina, pero su presencia, quizá por su baja cantidad, no ha permitido constatar que permitan la transmisión del virus del SIDA, por lo que los besos, vasos, cucharas, agua, ropa interior, etc., no suponen una fuente de transmisión del VIH (ONUSIDA, 1999)

Por lo tanto la saliva, el sudor, las lágrimas y los utensilios no transmiten el virus del SIDA.

Del mismo modo tampoco se transmite por picaduras de mosquitos, ni de otros insectos y tampoco es transmitido por los animales domésticos, ya que no son portadores del virus.

Los besos profundos y la masturbación entre la pareja no transmiten el SIDA siempre que no existan lesiones sangrantes que puedan poner en contacto sangre contaminada con lesiones del eventual receptor.

Cuando se toman precauciones de higiene básica, el virus del SIDA no puede transmitirse por las agujas de acupuntura, los instrumentos de cuidados dentales, los utensilios de tatuaje, las perforaciones de las orejas, el instrumental de las barberías y peluquerías o el instrumental médico. Todos ellos deben ser estériles y si es posible de un solo uso.

Todas las pruebas demuestran que es perfectamente seguro trabajar, jugar, ir a la escuela y vivir con personas que padecen SIDA.

### **3.3. Clasificaciones**

Desde el momento que se produce la infección por el VIH el paciente puede estar asintomático o presentar una gran variedad de cuadros clínicos. Con fines epidemiológicos es útil la clasificación más sencilla de pacientes portadores o pacientes con SIDA.

Sin embargo, con fines a establecer comparaciones que permitan evaluar los ensayos clínicos de diferentes tratamientos, establecer el valor



pronóstico de determinados marcadores o conocer la historia natural de la infección, se ha hecho necesario la creación de clasificaciones más complejas.

Entre 1986 y 1987 los Centers for Disease Control elaboraron una clasificación de la infección por VIH-1 y la definición de caso de SIDA en adultos y en niños menores de 13 años que fue sustituida por otra a principios de 1993. De un modo parejo la Organización Mundial de la Salud establece en 1985 la definición de caso de SIDA en Africa.

### **3.3.1. Clasificación CDC (Centers for Disease Control)1986**

#### Adultos

Comprende 4 grupos (de I a IV) mutuamente excluyentes y progresivos de evolución de la infección.

**Grupo I:** Infección aguda demostrada por seroconversión

**Grupo II:** Infección asintomática

**Grupo III:** Adenopatías generalizadas persistentes, clínicamente asintomáticos.

**Grupo IV:** Otras enfermedades: Manifestaciones clínicas de la infección VIH.

A su vez son posibles subclasificaciones en los grupos II y III atendiendo a la presencia o ausencia de determinados marcadores biológicos (cifra linfocitos CD4, B2 microglobulina, niveles de antígeno p24, cifra de plaquetas).

En el grupo IV Existen varios subgrupos (de A a E) que no son excluyentes entre sí (se puede clasificar al paciente en varios de estos subgrupos en función de sus síntomas).

Los subgrupos del grupo IV se pueden esquematizar en:

**Subgrupo A:** Enfermedad constitucional

**Subgrupo B:** Trastornos neurológicos

**Subgrupo C:** Enfermedades infecciosas asociados al VIH-1

**Subgrupo D:** Neoplasias asociadas al VIH-1

**Subgrupo E:** Otras enfermedades asociadas con el VIH-1 y no incluidas en los anteriores grupos.

### Menores de 13 años

Es similar a la de los adultos y comprende tres clases principales (P0, P1 y P2)

**La clase P0** comprende los hijos de madres infectadas que no presentan evidencia cierta de estar ellos infectados. Las otras dos clases son excluyentes entre sí.

**La clase P1** comprende los niños infectados asintomáticos y se divide en tres subclases atendiendo al estado de su función inmunológica (subclases A-C).

**La clase P2** incluye a los menores de 13 años infectados y con síntomas y se divide en varias subclases (A-F)

### 3.3.2. Clasificación CDC (Center for Disease Control) 1993

Es la que sustituye a la clasificación de 1986 y a la definición de caso de SIDA de 1987. Se basa fundamentalmente en el recuento de linfocitos CD4. Añade nuevas categorías clínicas a las aceptadas con anterioridad. Como en la anterior, las categorías son excluyentes y el enfermo debe clasificarse en la más avanzada de ellas.

Categorías según la cifra de linfocitos CD4 ( o porcentaje respecto a los linfocitos totales)

**Categoría 1:** Más de 500 / microlitro (mayor al 28%) Categorías clínicas: A1, B1 y C1.

**Categoría 2:** Entre 499 y 200 / microlitro (28-14%) Categorías clínicas: A2, B2 y C2.

**Categoría 3:** Menos de 199 / microlitro (menor al 14%) Categorías clínicas: A3, B3 y C3.

La **categoría clínica A** se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente.

La **categoría clínica B** se aplica a los pacientes que han presentado *síntomas relacionados con la infección por el VIH* pero que no se encuadren dentro de la categoría clínica C.

La **categoría clínica C** se aplica a los pacientes que han presentado alguno de los cuadros incluidos en la definición de SIDA de 1987, más otros tres nuevos.

Los pacientes incluidos en las categorías C1, C2, C3, A3 y B3 se consideran afectados de SIDA. Las dos últimas categorías, basadas en el recuento de CD4, no se aceptan por la OMS para Europa.

### **3.3.3. Lista oficial CDC de Infecciones Oportunistas, clasificadas como SIDA.**

La enfermedad del VIH se vuelve SIDA cuando su sistema inmunológico está tan dañado que tiene menos de 200 células CD4+ o es atacado por una infección oportunista. Hay una lista oficial de éstas infecciones oportunistas, publicada por el Centro de Control de Enfermedades (Centers for Disease Control, o CDC), éstas se aceptan cuando existe una infección por VIH bien documentada y no existe otra causa de inmunodeficiencia.

01. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
02. Candidiasis esofágica.
03. Coccidioidomicosis generalizada.
04. Criptococosis extrapulmonar.
05. Criptosporidiasis con diarrea de más de 1 mes.
06. Infección por citomegalovirus de un órgano diferente al hígado, bazo o ganglios linfáticos.
07. Retinitis por citomegalovirus.
08. Encefalopatía por VIH
09. Infección por el virus del herpes simple que cause úlcera mucocutánea de más de 1 mes de evolución o bronquitis, neumonitis o esofagitis.
10. Histoplasmosis diseminada.
11. Isosporidiasis crónica.
12. Sarcoma de kaposi.

13. Linfoma de Burkitt o equivalente.
14. Linfoma inmunoblástico o equivalente.
15. Linfoma cerebral primario.
16. Infección por MAI o M kansasii diseminada o extrapulmonar.
17. Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
18. Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar,
19. Neumonía por P carinii
20. Leucoencefalopatía multifocal progresiva
21. Sepsis recurrente por especies de Salmonella que no sean Styphi
22. Toxoplasmosis cerebral
23. Wasting syndrome (síndrome de desgaste)
24. Carcinoma de cervix invasivo
25. Tuberculosis pulmonar
26. Neumonía recurrente.

Las infecciones por citomegalovirus, herpes simple y toxoplasma si se producen en pacientes con edad superior al mes. Ninguna de estas infecciones o neoplasias son indicativas de SIDA si no están asociadas a una seropositividad VIH demostrada; además debe demostrarse por histología, citología y/o cultivo.

#### **3.3.4. Clasificación de la OMS**

##### *Criterios mayores*

- Pérdida de al menos el 10% del peso corporal
- Diarrea crónica de más de un mes de evolución
- Fiebre intermitente o constante de más de un mes de evolución
- Astenia y debilidad corporal.

*Criterios menores*

- Tos persistente de más de un mes de evolución
- Dermatitis extensa y pruriginosa
- Herpes Zoster recurrente durante los últimos 5 años
- Candidiasis orofaríngea
- Herpes simple crónico diseminado
- Linfadenopatía generalizada

La presencia de sarcoma de Kaposi o de meningitis por *criptococo* son suficientes por sí solos para aceptar el diagnóstico de SIDA.

Se deben cumplir al menos dos criterios mayores y uno menor en ausencia de cualquier otra causa de inmunosupresión; Neoplasias, malnutrición severa u otros factores.

**3.4. Manifestaciones clínicas.**

Después de la exposición al VIH cerca de la mitad de los pacientes que se infectan desarrollan en las primeras semanas de infección (10-30 días) un cuadro pseudogripal que se conoce como síndrome retroviral agudo y que corresponde a las manifestaciones clínicas de la primoinfección. Aunque después de la infección el primer marcador serológico que se detecta en algunos pacientes es al antígeno p24, algunas semanas después aparecen los anticuerpos que se dirigen frente al VIH y se pueden detectar por las técnicas de cribado actuales en la mayoría de los pacientes infectados antes de transcurridos tres meses de la exposición al virus (Jill P., 1987).

Dentro de los 6 meses de la infección por VIH más del 95% de las personas infectadas presentan seroconversión (paso de seronegatividad a

seropositividad) por estas técnicas. Sin embargo el tiempo que transcurre entre la infección y la detección de la seropositividad, que también se denomina 'periodo ventana', es variable de unos sujetos a otros y también dependiente de la vía de transmisión por la que se ha adquirido el VIH; así se ha visto que los sujetos que se han infectado a partir de la recepción de sangre contaminada por medio de transfusiones pueden tener anticuerpos detectables en la mayoría de los casos en 3-6 semanas, mientras que los sujetos infectados por vía sexual el periodo de seroconversión es algo más largo.

En general las técnicas que son más sensibles para la detección de anticuerpos dirigidos frente al core del VIH se pueden positivizar antes, al igual que las que detectan anticuerpos de la clase IgM, si bien este tipo de anticuerpos no son específicos solamente de la primoinfección y pueden aparecer en etapas posteriores del desarrollo de la infección. De este modo los primeros anticuerpos que se suelen positivizar son los anti-p24 y anti-gp160, mientras que el resto de los anticuerpos van apareciendo de modo progresivo en las semanas siguientes. Con el desarrollo de la infección y conforme se acerca la transición a SIDA algunos anticuerpos dejan de ser detectables y en casos excepcionales se ha descrito en adultos la completa negativización (serorreversión) si bien los casos no han sido completamente documentados. También en casos de rápida evolución de la infección se ha observado que los anticuerpos se han desarrollado tardíamente (Richardson D. 1990).

A diferencia de otras enfermedades infecciosas, en las que la detección de anticuerpos refleja usualmente una exposición previa al agente patógeno y su erradicación en un tiempo pasado, en la infección VIH/SIDA la presencia de anticuerpos expresa un estado de portador del virus, y por consiguiente la posibilidad de transmitirlo a otros, aún en ausencia de manifestaciones clínicas de la infección.

Las enfermedades más comunes en personas con SIDA son una forma rara de neumonía, conocida como Neumonía por *Pneumocystis Carinii* (NPC) y un tipo raro de cáncer en la piel llamado Sarcoma de Kaposi. Los cánceres y las infecciones oportunistas son los que causan la muerte, que suele ocurrir en el transcurso de dos a tres años del diagnóstico de SIDA. Las personas con Sarcoma de Kaposi tienen mayor posibilidad de sobrevivir que quienes padecen infecciones oportunistas. Sin embargo, no se sabe de nadie que se haya recuperado plenamente de SIDA (Jill, P., 1987)

El hecho de estar infectado con el virus del SIDA y no padecer SIDA es algo que confunde a muchas personas. De hecho, el virus del VIH puede causar una variedad de trastornos, de los cuales el SIDA es el peor.

Muchos de los síntomas del SIDA son similares a los que ocurren en enfermedades comunes, como resfríos, bronquitis y molestias gástricas. Sin embargo, en el SIDA estos síntomas suelen ser más intensos y duran mucho tiempo.

***Los síntomas generales del SIDA pueden incluir:***

- Fatiga intensa, que dura semanas sin causa obvia.
- Fiebre inexplicable, escalofrío o sudación nocturna intensa, más de varias semanas.
- Pérdida inesperada de peso, más de 5 kg. en menos de dos meses.
- Ganglios tumefactos, en especial en cuello o axilas.
- Algodoncillo (Cándida) manchas o úlceras de color blanco cremoso en boca o garganta. El algodoncillo es una infección vaginal común, que causa un exudado irritante (La Candidiasis vaginal no se relaciona con el SIDA) En varones, el algodoncillo puede presentarse como manchas



blancas irritantes en el extremo del pene o un exudado blanco por el recto.

- **Diarrea persistente.**
- **Acortamiento de la respiración, que empeora de manera gradual en varias semanas acompañada de tos seca, irritante, que no es causada por tabaquismo y que ha durado más de lo que correspondería simplemente a un resfrío.**
- **Nuevas manchas de color rosa o morado, planas o elevadas (por lo general indoloras) en cualquier parte de la piel, incluyendo la boca o los párpados. En muchos casos las lesiones también pueden encontrarse internamente, por ejemplo, en la mucosa de pulmones, intestinos o recto. Al inicio pueden parecer ampollas o magullones, pero no palidecen a la presión ni desaparecen. Suelen ser más duras que la piel que las rodea. Es una forma de cáncer de la piel conocida como Sarcoma de Kaposi. Por razones que aún no se comprenden bien, no es un síntoma común en mujeres.**

Si una persona tiene alguno de estos síntomas, no debe alarmarse, no significa que tenga SIDA. Puede haber muchísimas otras razones para casi cualquiera de estos síntomas, pero si piensa que es posible que pudiera estar infectada con el virus, debe acudir a un médico, de preferencia alguien familiarizado con el SIDA para hacer las pruebas pertinentes.

### **3.4.1. Pruebas serológicas de cribado y confirmación**

La investigación de anticuerpos específicos frente al VIH-1 es la metodología más ampliamente utilizada para detectar a las personas infectadas por este virus. Aunque la muestra que se puede analizar puede ser de diferente naturaleza, en la actualidad lo más frecuente es el empleo del suero o del plasma obtenido de una extracción sanguínea del sujeto; pero también pueden emplearse

diferentes líquidos orgánicos, especialmente orina y saliva, con los que también pueden realizarse pruebas confirmatorias, y que pueden ser útiles en cribados de amplios grupos poblacionales, en los sujetos que no desean someterse a una extracción de sangre, además de que no suponen un riesgo adicional para el sujeto que realiza la extracción (*punción accidental*).

### ***Pruebas de cribado (screening)***

Existen diferentes métodos para la realización de las pruebas de cribado para la detección de anticuerpos específicos frente al VIH. Entre ellos las técnicas ELISA (enzyme-linked immunoabsorbent assay), pruebas de aglutinación y análisis dot-blot son las más utilizadas, especialmente el ELISA que también se denomina análisis inmunoenzimático (abreviado, EIA).

### **Los ELISA o EIA**

La comercialización de las técnicas EIA para la detección de anticuerpos anti VIH arranca en 1985 y en la actualidad se usan de un modo rutinario en todos los laboratorios de Microbiología Clínica y en los Bancos de Sangre o Centros de Transfusiones. En ellas el antígeno puede proceder del lisado viral de un cultivo (como en los primeros EIA disponibles que se llamaron de 1ª generación) o bien de proteínas recombinantes o péptidos sintéticos de 10-50 aminoácidos específicos del VIH (que se han calificado como EIA de 2ª. y de 3ª. generación).

Según su diseño para reconocer la presencia de anticuerpos se habla fundamentalmente de cuatro tipos de EIA diferentes: *indirecto*, *competitivo*, *tipo sandwich* y *de captura*. Los dos últimos suelen ser los más sensibles y específicos.

Durante los últimos años se han desarrollado técnicas mixtas que permiten detectar simultáneamente anticuerpos frente al VIH-1 y frente al VIH-2, e incluso frente a otros retrovirus, y se utilizan rutinariamente en la mayoría de los centros de nuestro país. Más recientemente se han desarrollado técnicas duales que permiten la detección simultánea de antígeno y de anticuerpos frente al VIH-1. (ONUSIDA, 1999)

Las técnicas EIA, por lo general muy sensibles, detectan mínimas cantidades de anticuerpos por lo que pequeñas interferencias de sustancias similares podrían conducir a un resultado positivo falso. La probabilidad de un resultado falsamente positivo es mayor cuanto más baja es la prevalencia de la infección en la población estudiada. En contraposición y en la actualidad también son técnicas muy específicas, pero la práctica habitual de los centros que obtienen resultados positivos es utilizar al menos otra técnica ELISA para reafirmar la positividad, a ser posible con un diseño de reconocimiento de anticuerpos diferente; cuando la positividad se repite con un segundo EIA se confirman los resultados con otras técnicas de alta especificidad, usualmente con técnicas de inmunoblot o IFI. Además se suele solicitar siempre una segunda muestra del paciente para evitar posibles equivocaciones en la manipulación de los sueros con lo que la probabilidad de emitir resultados erróneos queda muy reducida (Daniels V., 1987)

### **Otras técnicas de cribado.**

Las **técnicas de aglutinación** suelen emplear péptidos sintéticos o proteínas recombinantes del VIH como fuente de antígeno y se realizan con partículas de látex o hematías entre otros. Por lo general son técnicas menos complejas metodológicamente que los EIA, más rápidas y baratas por lo que en algunas situaciones, como países en desarrollo, pueden ser una alternativa válida a pesar de que también su sensibilidad y especificidad son menores.

Las **técnicas de inmunoadherencia** suelen ser de fácil y rápida realización técnica por lo que se han empleado algunas veces en procedimientos de urgencia ya que poseen una sensibilidad alta. Sin embargo en muchos centros se han desplazado por técnicas EIA que se pueden realizar con aparatos automatizados y que permiten obtener resultados en poco menos de una hora (Richardson D., 1990)

### **Prueba de confirmación Western Blot.**

Las pruebas llamadas de confirmación tienen como objeto verificar (confirmar) que los resultados obtenidos con las pruebas de cribado son correctos.

El fundamento de la principal prueba confirmatoria de la actualidad, o Western Blot (WB), es una discriminación de los antígenos del VIH frente a los que se dirigen los anticuerpos presentes en la muestra.

Básicamente se basa en la separación de las proteínas (antígenos) obtenidas del VIH-1 procedentes del lisado del cultivo del virus y purificadas por centrifugación. La proteína viral así obtenida se coloca en un gel de poliacrilamida en forma de láminas delgadas y luego se efectúa una electroforesis con la que las proteínas de menor peso molecular (p17, p24) emigran más lejos en el gel mientras que las de mayor peso molecular se mantienen cerca de su lugar de depósito. Después se transfieren a una tira de nitrocelulosa y se cortan en tiras de unos 5 mm de ancho. Estas son las tiras que se exponen al suero humano diluido, después de una incubación se lavan y se vuelven a incubar con una IgG antihumana marcada con una enzima que con la exposición a un revelador enzimático producirá una banda coloreada en las zonas correspondientes a los anticuerpos específicos que contenga la muestra.

Las principales bandas del WB son:

Denominación	Proteína	Gen
gp160	Precursora de la envoltura.	Envoltura
gp120	Glucoproteína externa.	Envoltura
gp41	Glucoproteína transmembrana	Envoltura
p55	Precursora del core	Core
p40	Precursora del core	Core
p24	Proteína principal	Core
p17	Proteína de la matriz	Core
p66	Transcriptasa inversa	Pol / core
p51	Transcriptasa inversa	Pol / core
p31	Endonucleasa	Pol / core

Los criterios mínimos de validación del Western Blot según la CDC (Centers for Disease Control) son; Al menos dos bandas: p24, gp41 y gp160/120.

Mientras que para la OMS (Organización Mundial de la Salud) son; al menos dos bandas de envoltura, esto es, gp160, gp120 y gp41.

En conjunto se considera que es una prueba altamente específica con menos de 1 falso positivo.

### 3.5. Tratamiento

Los antirretrovirales son sustancias que interfieren con el crecimiento y la reproducción de virus. Un problema con estos fármacos ha sido que con frecuencia no diferencia entre células infectadas y sanas. Para que sea eficaz un antiviral sólo debe atacar células infectadas, sin dañar a las sanas. Otro problema

es que el VIH es capaz de infectar células en el cerebro y otras partes del sistema nervioso central, si un antiviral no es capaz de pasar al líquido cefalorraquídeo o al cerebro, y la mayor parte no lo hace, es posible que estas células infectadas continúen produciendo cada vez más virus (Helman S., 1990)

Además de los antirretrovirales estudiados, se investigan fármacos que actúan en el sistema inmunológico. Algunos son medicamentos que refuerzan la inmunidad, como el interferón. Otros como, la ciclosporina, actúan suprimiendo el sistema inmunológico también podría retrasarse o detenerse este proceso de autodestrucción inmunológica. También se investiga la posibilidad de que los trasplantes de médula ósea (aunados al tratamiento con antirretrovirales) restablezcan en algunos pacientes con SIDA la función inmunológica.

El SIDA no tiene curación, pero la infección y los cánceres relacionados con él pueden tratarse con grados variables de éxito. Estos tratamientos incluyen antibióticos, quimioterapia, radioterapia y técnicas experimentales. Desafortunadamente, muchos tienen efectos secundarios. Así mismo, como no hay forma de corregir la deficiencia inmunológica subyacente, cuando se trata y cura la infección de una persona, no significa que no enfermará nuevamente. Aún tiene SIDA y será sensible a otras infecciones o cánceres oportunistas (ONUSIDA 1997)

Una de las enfermedades más comunes en personas con SIDA es la neumonía por *Pneumocystis Carinii* (NPC). Si se atiende temprano, puede tratarse con eficacia con antibióticos. El tratamiento estándar de esta enfermedad es con Septra o Pentamidina. Estos medicamentos producen con frecuencia efectos secundarios que incluyen fatiga y náuseas. Algunas personas responden bien al tratamiento en tanto que otras pueden sentirse enfermas por los medicamentos y tardar más en recuperarse.

Otro síntoma común de SIDA, en especial en varones, es el Sarcoma de Kaposi. Su tratamiento incluye radio y quimioterapia. Si bien en algunos casos es eficaz, puede haber efectos secundarios, como pérdida del pelo, vómitos y náuseas. Un problema más con uno de los medicamentos utilizados para tratar el Sarcoma de Kaposi, la Vinblastina, es que suprime el sistema inmunológico. Como resultado, aunque puede tratarse el cáncer, es posible que se disminuya más aún la inmunidad del organismo a infecciones permitiendo que se contraigan otras que ponen en peligro la vida, como la neumonía por *Pneumocystis* (Richardson D., 1990)

La mayoría de las personas mueren en el transcurso de dos a tres años del diagnóstico. Afrontando este hecho, algunas personas con SIDA u otra enfermedad relacionada con VIH han rechazado los tratamientos médicos convencionales y decidido intentar un enfoque holístico, diferente. Éste tiene como fin tratar a la "persona en conjunto" física, emocional, espiritual y mentalmente, haciendo que el cuerpo utilice fuerzas naturales para curarse él mismo. El tratamiento holístico del SIDA se enfoca en la causa subyacente de la enfermedad, la destrucción de los sistemas naturales de defensa del cuerpo, y busca restablecer el sistema inmunológico a través de tratamientos alternativos que incluyen suficiente descanso; ejercicio regular; una dieta sana suprimiendo cosas como azúcar, cafeína y alcohol; acupuntura; vitaminoterapia; disminución del estrés y aprender a pensar positivamente (Cardin A., 1991)

Las personas con SIDA que siguen tratamientos holísticos experimentan el mismo resultado final triste que quien se somete a la terapéutica tradicional, un debilitamiento gradual del organismo y por último la muerte. Sin embargo, algunas personas piensan que la terapéutica holística les permite conservar su salud y una calidad de vida alta por más tiempo de lo que sucedería si sólo recibieran quimioterapia u otros tratamientos médicos.

Otro objetivo en el tratamiento del SIDA es desarrollar una vacuna que induzca inmunidad duradera a VIH y evite así el SIDA. Aunque se está procediendo a desarrollar esta vacuna, se afrontan grandes obstáculos. Cuando se inyecta una vacuna en el torrente sanguíneo, se libera una pequeña cantidad de una bacteria o virus (en este caso VIH) que hace que el organismo produzca anticuerpos. Estos permanecen en la sangre listos para detener cualquier futura infección que ocurra. Lo llevan a cabo fijándose en la cubierta externa de microorganismos infectantes haciéndolos inofensivos. Una de las características del VIH es que muta constantemente y produce diferentes cepas con distintas cubiertas externas. Si los anticuerpos que se produjeron ya no se ajustan más para fijarse en la cubierta externa del virus no podrán llevar a cabo su función. En consecuencia, incluso si se produjera una vacuna, no ofrecería la última solución. El hecho de que el virus continúa cambiando podría significar que la vacuna sería ineficaz con rapidez contra nuevas cepas de VIH. Un problema más para encontrar una vacuna y una curación, es que los anticuerpos a VIH no matan en realidad al virus. Normalmente los anticuerpos destruyen virus y una de las características poco comunes de VIH, y algo que los investigadores no pueden explicar en la actualidad, es que los anticuerpos parecen ineficaces (ONUSIDA, 1999)

### ***Tratamientos aprobados para el VIH/SIDA e Infecciones Oportunistas Asociadas.***

Los principales grupos de antirretrovirales se dividen en:

- Inhibidores de la proteasa
- Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos.
- Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos



La FDA ha aprobado 40 fármacos para el tratamiento del VIH/SIDA. Catorce productos están indicados para el tratamiento de la infección por VIH, en tanto que los restantes 26 están indicados para el tratamiento de enfermedades asociadas al VIH/SIDA (ONUSIDA, 1999).

### **3.5.1. Resistencias a los antirretrovirales.**

De un modo general, la resistencia a un grupo determinado de antirretrovirales se asocia con la presencia de mutaciones en el gen sobre el que actúa; por lo tanto las principales resistencias a los antirretrovirales actuales se han descrito sobre la transcriptasa inversa o sobre la proteasa. Las mutaciones que se producen en el VIH se van acumulando con la transcripción inversa a ADN ya que en los sistemas ARN no existe la posibilidad de corregir los errores producidos. Dado que en la replicación del VIH se estima, en la actualidad, que del orden de 10.000 millones de partículas del virus se producen y destruyen a diario, en un solo día se ha valorado que se podrían producir entre 10.000 y 100.000 mutaciones puntuales de las que algunas podrían estar implicadas en los mecanismos de resistencia del VIH a los antivíricos (Hellman S., 1990)

Se ha observado la aparición de cepas de VIH-1 resistentes a un determinado fármaco en pacientes que nunca lo habían tomado antes; esta resistencia se ha atribuido a la infección por una cepa resistente que procedería de una persona que ya había tomado antes el medicamento; esto lleva implícito que la resistencia se adquiere con el contacto VIH y antivírico. Sin embargo desde hace tres años se conoce que existe también lo que se ha llamado 'resistencia natural' y que equivale a la aparición espontánea de cepas resistentes como consecuencia, probablemente, de la variabilidad genética del VIH-1. Este hecho reviste una particular importancia ya que la existencia de cepas con resistencia natural en una población vírica podría conducir a la posibilidad de su selección sin necesidad de entrar en contacto con el antivírico; además en condiciones de

niveles subóptimos de éste se ha demostrado que la selección de mutantes resistentes es más eficaz y conduciría a una replicación del virus por encima de la supresión considerada normal para el antiviral en cuestión.

### **3.6. Prevención**

La prevención es el único medio de lucha contra la propagación del SIDA y seguirá siéndolo a pesar de que se encuentre tratamiento o vacuna eficaz (ONUSIDA 1999)

#### **3.6.1. Prevención de la transmisión sexual**

No existe ningún signo exterior que permita conocer si una persona es seropositiva o no, por lo tanto ante personas no conocidas, con las que se vaya a establecer una relación sexual, puede ser positivo valorar las consecuencias que puede tener esa relación.

##### ***¿Qué se puede tener en cuenta?***

- Una relación ocasional, un solo contacto, puede transmitir VIH
- Debería tomarse tiempo para conocer a la pareja e intimar, preguntarse sobre comportamientos pasados y actuales.
- Las relaciones sexuales, homo o heterosexuales, comportan un alto riesgo de transmisión del virus del SIDA.
- La presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, lesiones genitales, favorece la transmisión del virus.
- La mayoría de las personas infectadas lo han sido en una relación sexual.
- El contacto de la boca con el esperma o las secreciones vaginas suponen un riesgo de transmisión cuando existen lesiones en la boca.
- La penetración anal es la que supone mayor riesgo

Ni la marcha atrás, ni la ducha vaginal, ni los espermicidas, ni los anticonceptivos ni el diafragma protegen de la transmisión del VIH.

### **3.6.1.1. El preservativo**

Los condones de látex son un medio altamente efectivo para reducir el riesgo de transmisión sexual del VIH. En la promoción de relaciones sexuales más seguras no basta con que las personas sepan simplemente que los condones pueden prevenir la transmisión del VIH. Deben poder adquirirlos si los necesitan; deben saber cómo usarlos; y no deben sentirse avergonzados por ello.

Aunque los condones no son perfectos, su impacto favorable está documentado, tan es así, que en estadísticas proporcionadas por CONASIDA al año de 1997, el porcentaje de rupturas del condón durante su uso es de tan solo del .5% al 13%, mientras que su efectividad para la prevención de ETS y transmisión del SIDA en el laboratorio es del 99%.

Estar infectado (a) por el VIH no implica abstenerse de tener una vida sexual satisfactoria, ni limitar la sexualidad, pero se deben adoptar medidas necesarias para proteger a la pareja; siempre que se tengan relaciones sexuales, se debe hacer uso del preservativo y usarlo correctamente, la penetración vaginal sin condón es aún más peligrosa durante la menstruación y por último la pareja del seropositivo debe estar consciente de la enfermedad (Miller D., 1989)

#### *El preservativo masculino*

1. Comprar preservativos homologados por las autoridades sanitarias.
2. Almacenar el condón en un lugar fresco, seco y al abrigo del sol o la luz.

3. Comprobar su fecha de caducidad y retirarlo de su envoltorio con precaución de no deteriorarlo (rasgarlo con las uñas, dientes, anillos, etc.)
4. Colocárselo en el pene en erección antes de cualquier penetración, para evitar la exposición a fluidos que puedan contener agentes infecciosos.
5. Si carece de depósito, crearlo dejando un espacio de 2 cm a lo largo de la punta del pene y apretar la punta del depósito para expulsar el aire.
6. *Desenrollar el preservativo hasta la base del pene.*
7. Usar el condón durante toda la penetración.
8. Para evitar que el esperma se derrame hay que retirarse y retirar el preservativo sujetándolo por la base antes de que el pene se quede flácido.
9. El preservativo se debe utilizar sólo una vez y tirarlo a la basura con cuidado.
10. Evitar utilizar lubricantes de base grasa, como la vaselina, ya que pueden deteriorar el látex.

### *El preservativo femenino*

Consiste en una fina bolsita plástica con un anillo flexible en sus extremos; el anillo más pequeño se introduce en la vagina apretándolo para darle una forma alargada y con un dedo se empuja hacia el interior con el fin de adherirlo al cuello del útero. El otro anillo queda fuera de la vagina (Von Efff A, 1988)

Al igual que el preservativo masculino sólo debe utilizarse una vez.

### **3.6.2. Prevención de la transmisión parenteral.**

La forma más importante en la actualidad de transmisión del SIDA por la sangre es el uso compartido de los objetos que se utilizan para preparar e inyectarse drogas.

## **¿Qué hacer?**

1. Abandonar las drogas o en su defecto su uso por vía parenteral (inyectadas).
2. Si a pesar del riesgo de transmisión del VIH se sigue siendo UDVP se debería:
  - No compartir nunca los objetos utilizados para preparar e inyectarse la droga.
  - Utilizar agujas y jeringas desechables y en su defecto desinfectar las usadas mediante alguno de los siguientes:
    - Introducir jeringa y aguja varias veces en lejía y enjuagarla después con agua.
    - Hervir jeringuilla y aguja en agua durante al menos 15 minutos.
    - Enjuagar aguja y jeringuilla en agua e introducirlas en lejía diluida al menor 15 minutos.
3. No recibir ninguna sesión de acupuntura, ni realizarse ningún tatuaje si las condiciones de esterilidad del material empleado, ofrecen pocas garantías.
4. No utilizar objetos de aseo personal de personas desconocidas.
5. No donar sangre si en los tres meses anteriores se ha estado expuesto a un comportamiento o situación de riesgo (Cahn P., 1992)

### **3.6.3. Prevención de la transmisión vertical (madre – hijo).**

Al menos una quinta parte de los hijos de madres seropositivas pueden presentar riesgo de transmisión del SIDA.

1. Debería desaconsejarse el embarazo si alguno de los padres es seropositivo.
2. Se debería solicitar la prueba de detección en todos los embarazos especialmente cuando los padres han tenido o tienen comportamientos de riesgo.

3. En caso de estar embarazada y ser seropositiva se puede acoger a los supuestos interrupción voluntaria del embarazo (aborto).
4. Si a pesar de todo se decide tener un hijo se debe buscar consejo y cuidados médicos.

Los hallazgos del protocolo ACTG 076 indican que el tratamiento de las embarazadas seropositivas con antirretrovirales reduce el riesgo de transmisión del VIH de la madre al feto. Por lo tanto, se aconseja que todas las embarazadas sean informadas y se solicite su consentimiento para realizarle la prueba de detección de anticuerpos ante VIH.

#### **3.6.4. Prevención en el personal sanitario**

El peligro fundamental que afronta el personal sanitario es el desconocimiento que a priori se tiene del estado que, frente a la infección VIH, tiene el paciente al que atiende. En consecuencia lo más prudente es actuar como si todos los sujetos fuesen seropositivos: debe adoptar precauciones universales que en el caso de la infección VIH exigen la máxima precaución con el manejo de la sangre, sobre todo en su extracción y maniobras asociadas, y líquidos orgánicos.

Se pueden requerir medidas adicionales en alguno de los siguientes:

- Práctica de técnicas invasoras.
- Práctica de autopsias o servicios mortuorios.
- Práctica de diálisis.
- Trabajo en laboratorios.

Es indispensable el empleo de guantes para el manejo de cualquier muestra biológica que contenga sangre así como el empleo de mascarilla, gafas y bata para todos aquellos procedimientos en los que puedan ocurrir salpicaduras de líquidos orgánicos.

Iguales precauciones deben adoptarse en la limpieza y desecho de material. Se deben desechar todas las agujas sin recapuchar, sin desmontar de la jeringuilla y sin otras manipulaciones, en un recipiente adecuado. Se debe ser cauto al manejar instrumentos cortantes o punzantes en las diferentes técnicas.

Se debe lavar rápidamente cualquier salpicadura corporal y las manos inmediatamente después de quitarse los guantes. Para el lavado de las manos es suficiente el agua templada y jabón y debe realizarse aunque los guantes que se quiten estén intactos.

Si se presentan lesiones cutáneas se deben proteger con un apósito; si existen lesiones exudativas es aconsejable no entrar en contacto con sujetos seropositivos, o el material que estos generen, hasta que se resuelvan las lesiones.

### **3.6.5. Pinchazo accidental.**

Si una persona recibe un pinchazo con alguna jeringuilla o algún otro instrumento, debe de:

- Acudir a los servicios municipales de sanidad, a su médico de cabecera o a las consultas externas de un hospital y exponer su caso.
- Si la aguja o jeringa contiene sangre, recogerla, aunque lo más probable es que no sirva para nada, pero en algunos casos podría realizarse la prueba de detección con la sangre existente.

- Solicitar que realicen una valoración clínico-serológica, e informarse de todo lo que desee conocer.
- Tener presente que puede requerir recuerdo, o vacunación, antitetánico y que la hepatitis B se transmite con mucha más facilidad que el SIDA.
- Informar a su médico de cualquier episodio febril o quebranto de su estado general que sufra en los próximos meses.
- Tal vez desee solicitar que le administren una **pauta profiláctica** de antirretrovirales. Bajo asesoramiento médico.
- Puede requerir seguimiento durante 12-24 meses.
- Comportarse como seropositivo: absteniéndose de donar sangre, órganos o tejidos y manteniendo relaciones sexuales protegidas (ONUSIDA 1999).



## **CAPÍTULO 4**

### **SOCIEDAD, CULTURA Y RELIGION FRENTE AL SIDA**

#### **4.1 Aspectos Sociales y Culturales**

El SIDA se ha convertido en un problema social con serias implicaciones y repercusiones económicas y políticas. En 15 años se ha logrado un avance en la percepción del problema, se ha pasado de una idea de optimismo derivado del aislamiento del virus y los tratamientos, a una visión más pesimista al ver que se trata de un problema muy complicado para el que no se ha encontrado ni vacuna ni tratamiento efectivo (Revista CONASIDA, 1998).

También se ha llegado a una etapa realista donde se ha comprendido que el SIDA es un problema crónico que requiere de un enfoque y manejo entre la sociedad organizada. (CONASIDA, 1996). Una de las expresiones más claras del problema del SIDA ha sido la negación de la atención médica, la prueba de detección obligatoria, la violación de la confidencialidad, los despidos injustificados, el maltrato por la ofensa a la dignidad de los afectados y de los seres cercanos.

Para combatir efectivamente el SIDA se requiere un cambio de actitud social que permita mayor tolerancia frente a las diferencias de pensamiento, creencias, comportamiento sexual o condición social. Pero los obstáculos con los que se enfrenta para lograr modificar conductas son las resistencias culturales y sociales que obstaculizan la tarea de prevención, así como los medios masivos de *comunicación, la información y la educación integral.*

Algunas normas sociales disuaden a las personas de seguir comportamientos que transmiten el VIH, en tanto que otras pueden alentar el comportamiento de alto riesgo o desalentar la adopción de una conducta más prudente. Es posible que el VIH se disemine de modo más amplio en los lugares donde las parejas múltiples y simultáneas son la norma. Por ejemplo en algunas zonas urbanas de África ha evolucionado en diversas modalidades de matrimonios formales e informales y de uniones ocasionales que a menudo son simultáneas y por largo tiempo. Las normas sociales y las presiones de compañeros y amigos que estimulan a los varones a buscar los servicios de prostitutas o a tener en alta estima a los hombres con muchas "conquistas femeninas", a pesar de que conceden enorme valor a la castidad de la mujer, generan situaciones que posibilitan una epidemia muy grande y repentina del VIH.

En encuestas recientes indican diferencias impresionantes en las experiencias premaritales de jóvenes solteros en diferentes países, e incluso en una misma región. También se ha encontrado una enorme disparidad entre lo que se considera aceptable para las mujeres y para los hombres. El desafío que enfrentan las autoridades de países con patrones sociales que facilitan la propagación del VIH consiste en promover comportamientos más prudentes, pero sin estigmatizar a quienes tienen conductas riesgosas a manera de no dificultar que las intervenciones de salud pública lleguen a estas personas. (documento informativo, Morris 1996).

Si bien el conservadurismo en materia sexual quizá constituya uno de los elementos mejores de protección contra el VIH en el ámbito social, el cumplimiento de normas nunca es total. El conservadurismo puede imponer estigmas a las personas infectadas, en ocasiones los líderes religiosos y políticos estigmatizan el uso de preservativos calificándolo de inmoral; de ese modo erigen barreras sociales e imponen costos adicionales para el comportamiento más seguro y responsable.

Estos obstáculos están muy ligados con la sexualidad y lo sexual, ya que es un tema muy complejo dependiendo de cada sociedad o cultura. También es mórbido, ya que es una enfermedad venérea y a quien padece este mal se le atribuye una vida sexual desordenada, se les clasifica en grupos socialmente desacreditados (homosexualidad, prostitución, drogadicción e infidelidad). Así, todos estos núcleos se encuentran fuera de las formas socialmente aceptadas, pero "la sociedad debe asumir el problema como suyo y encontrar las formas de combatirlo sin afectar los derechos de otros. Se deben tomar en cuenta aspectos fundamentales como la ética, el respeto a la dignidad y a la libertad sexual de los individuos, la confidencialidad sobre los afectados, la actitud de la sociedad para con éstos y la responsabilidad con que los enfermos asuman su problema frente a ella" (SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD en México, 1988).

La aparición del SIDA y su expansión posterior como fenómeno epidémico ha producido en la sociedad una multifacética reacción. El SIDA es un fenómeno nuevo como enfermedad, pero viejo como la peste. Lo mismo si se trata de nuevos males que de viejas e incurables enfermedades, las sociedades han experimentado a lo largo de la historia de la humanidad reacciones muy diversas y en más de un sentido contradictorias. La amenaza de una enfermedad que se desconoce o que es considerada como irremediable propició en Occidente la invención de la peste como categoría cultural. En presencia de un mal de carácter mortal, cuya posibilidad de enfrentamiento está más allá de los medio individuales, la sociedad puede apelar a los poderes públicos, instancia de donde deben surgir las acciones contra la amenaza, así como la responsabilidad de gran parte de su éxito o fracaso (Pescador J.J. 1988)

El SIDA ha venido a desafiar espacios públicos y privados de la vida humana, ha planteado dilemas lo mismo en el orden de la salud pública, que de la psicología, el derecho y la moral; se ha constituido una sombría y mortal amenaza,

ha relativizado los triunfos que la medicina logró durante más de dos siglos frente a las enfermedades infecciosas, ha cuestionado las maneras en que una comunidad concibe y organiza sus relaciones con el proceso salud-enfermedad, y ha suscitado reacciones semejantes a las antepasadas en esferas sociales, políticas y científicas.

La sociedad responde ante esta enfermedad con una actitud de miedo al contagio y con un rechazo hacia los infectados. Las personas son marginadas de instituciones educativas, sociales, laborales y de servicio que aparentemente pretenden dar solución al problema, pero esto es sólo un aislamiento para evitar que el mal se propague. Las personas infectadas y enfermas de SIDA son rechazadas además por sus amigos y familiares, como producto de la desinformación acerca de la enfermedad, de las formas de contagio y del tratamiento adecuado.

Es de esperar que la enfermedad y muerte por SIDA se incrementen en los próximos años, y considerando el número de individuos que involucra, los modos en que se transmite, el impacto que tienen y las reacciones que provoca, bien podría ser llamada una "enfermedad social". (SOCIEDAD Y SIDA Bronfman, M.N.)

Ahí ante la letalidad del mal, el difícil control del contagio y la imposibilidad inmediata de detenerlo o extinguirlo, el miedo, la incertidumbre y la ansiedad han puesto en marcha los mecanismos irracionales, por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables a través de la exacerbación de prejuicios existentes. La búsqueda se encontró en los homosexuales a los nuevos anormales para culpar a ellos la nueva enfermedad, y se le publicó como "Castigo divino contra la sodomía, el libertinaje y las desviaciones aberrantes de hombres y mujeres ..." (Moral y sexualidad, 1989)

La epidemia ha crecido bajo formas que ahondan las brechas sociales, afecta más aquellos cuya dignidad y derechos humanos son menos respetados. Aquellas personas que antes de la llegada del VIH/SIDA eran ya marginadas, estigmatizadas y discriminadas se volvieron de más alto riesgo de infección por VIH.

La difusión de prejuicios se convierte en una aliada más a la enfermedad, en la medida en que produce reacciones antisociales que van desde la indiferencia ante los causantes del mal, hasta la abierta hostilidad hacia tales grupos (incluidos drogadictos y prostitutas), que se traduce en exigencias y presiones a las autoridades públicas para que apliquen medidas muy estrictas. La culpabilización del enfermo, no es el único responsable del padecimiento, sino que también se les adjudican conductas destructivas "sidosos violan niños". (Herrera S., 1998)

El SIDA se convierte en un evocador de culpa, la impureza, en un alto concentrador de contaminación física y moral y en un elemento de disgregación social, entorpeciendo de esta manera cualquier intento por detener y erradicar la enfermedad. "La marginación de los nuevos sidosos en los nuevos leprosaños, lazaretos para sidosos, tiene firmes raíces en ideas tan antiguas como erróneas: separar al apestado equivale a separar la enfermedad; toda vez que hayan sido separados los culpables, la muerte acabará tanto con el enfermo como con la enfermedad.." (UAM, El Sida en México, 1988).

No existe un marco conceptual común y coherente para describir y analizar la naturaleza de los factores sociales básicos y tampoco hay un consenso respecto a la orientación del cambio social que se requiere para reducir la vulnerabilidad al VIH o SIDA. Como resultado, el enfoque actual es táctico y no estratégico, es una colección de esfuerzos aislados y no un movimiento de salud

pública. El reto es crear y recrear las condiciones para que se vuelva en un movimiento global.

La necesidad de prevenir efectivamente el contagio de SIDA y sobre todo por vía sexual, ha hecho que tanto gobiernos como la sociedad manifiesten mayor disposición a reconocer los cambios que se han dado en las conductas sexuales. Aspirar a una educación sexual adecuada y exenta de tabúes, que se imparta desde la niñez, se está volviendo una necesidad y que atañe a la salud pública.

En el congreso sobre el SIDA realizado en 1987, se fomentaron lanzar oportunamente la información sobre el SIDA, esta tendría que ser directa y simple, haciendo hincapié en que el uso de condones impide el contagio y por lo tanto la enfermedad. Si esto se hubiera hecho antes, se habría salvado la vida de muchas personas, algunas de las cuales todavía ni saben que serán víctimas de la enfermedad. Por lo que dentro de las cosas que se deben fomentar son cuatro premisas básicas que todos deberían conocer que son:

- 1) el SIDA podemos contraerlo todos
- 2) se transmite únicamente por sexo o sangre
- 3) es incurable y mortal y,
- 4) solamente es posible prevenirlo.

La claridad y la precisión de estos conceptos para combatir los mitos que giran alrededor del SIDA, se ve empañada por la insistencia de la monogamia. A pesar de que el lema será "disfruta del amor, hazlo con responsabilidad", los mensajes cambian a "haz el amor solo con tu pareja" (Moral y Sexualidad, 1989).

La sociedad en general, pero en particular los grupos se ven amenazados mayormente por el SIDA y por el prejuicio, deberán insistir en que las

campañas a este respecto tomen en cuenta tres objetivos distintos pero igual de importantes.

- proteger a la población de la enfermedad
- proteger a los enfermos, a los infectados y a los miembros de los que se dio en llamar "grupos de riesgo" contra la persecución y la discriminación y,
- proteger la libertad y la felicidad sexual de las persona, y que no es admisible sacrificar a ninguno de ellos.

Es decir, debe empezar a haber reformas y educación de la forma como se trata al enfermo hasta la prevención, pero dicha información o educación que se dé, tendrá que ser libre de prejuicios moralista que pesan sobre la sexualidad y en particular sobre la homosexualidad, además de otras cosas como lo es la sangre, las drogas y la castidad. Por ello la capacidad de los mensajes para modificar las conductas se ve limitada, tanto en la adopción de medidas preventivas como en la preservación de los derechos individuales.

También se debe demandar la emisión y aplicación de normatividad precisa para la protección jurídica, lo que es pruebas de seropositividad, confidencialidad sobre los resultados, e impedir la discriminación laboral. Los tiempos siguen cambiando y la respuesta al SIDA tendrá que ser "función de nuestro propio tiempo, de nuestra propia cultura y de nuestra propia ciencia". (Herrera Solís, 1998)

Las políticas de salud deben alentar y coordinar los esfuerzos de la sociedad civil por participar activamente y por responsabilizarse y asumir como tarea colectiva la prevención, el control y la erradicación del SIDA, pues el éxito de la medidas de salud y educación pública depende necesariamente de la cooperación de la sociedad en conjunto. Todo basado en análisis razonados y

decisiones respaldadas por el conocimiento científico, de modo que no de pie a improvisaciones, producto de la presión y el miedo y la irracionalidad. De acuerdo con Bellinghausen, serán los teóricos de la salud pública y las autoridades sanitarias quienes determinen los rumbos que debe de seguir el manejo colectivo (publicitario, higiénico, legal) de la enfermedad.

Las políticas de salud deben garantizar el respeto a los derechos humanos de los enfermos y de la población en general, sin dejar de atender al público. Es importante también insistir en informar y educar, en especial a los enfermos de manera que las reacciones antisociales no influyan en ellos. Enseñar a la sociedad en general a inhibir las ideas y actitudes que tienden a parcializar el fenómeno del SIDA, al considerarlo como enfermedad privativa de un grupo, o como enfermedad que únicamente compete resolver a las autoridades sanitarias.

La estricta dependencia del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida, en específicas formas de comportamiento por su transmisión tiene una gran significancia en el contexto de la diversidad cultural. Para dar un ejemplo muy claro, las relaciones anales esta claro que son la más actual variación de la relación sexual que está contagiando el virus de parejas infectadas a las no infectadas. A este hecho se han estudiado varios casos y se ha documentado el estudio de las parejas de hombres homosexuales como una forma fundamental para prevenir y llamarlo educación al sexo seguro. De algún modo, esta elección está sólo encaminada únicamente a parejas homosexuales masculinas, muchos bisexuales hombres que se piensan o creen como heterosexuales pero que tienen sexo intermitente con su mismo sexo pueden entonces perder el mensaje y permanecer en el peligro.

Mientras que la homosexualidad se afronta con cierta hostilidad, relaciones con el mismo sexo algunas veces es relativamente común, y el lenguaje usado para describir dicha interacción puede ser poco discriminativa.



Pero las dificultades a las que en verdad se está afrontando es la educación de prevención contra el SIDA, y ésta es tan pobre o muy improvisada por la gente.

Las consideraciones que se deberían tener y afrontar es una educación multicultural y eso es tratar a los comportamientos "no aceptados". Es conocer a las diferentes situaciones, por ejemplo "homosexualidad no es una esencia, ni una condición, es una forma de existencia del individuo histórico que acepta la definición sexual para reconocerse y formarse". (el SIDA en México, 1988).

"Es necesario educar a la familia mexicana para evitar que se margine y se discrimine a los homosexuales, pues ello permite que se cometan más actos sexuales indebidos" (La jornada, diciembre 1987)

#### **4.1.1. Principales resistencias culturales.**

Los obstáculos culturales que presentan una resistencia más difícil de vencer son ideologías de la misma sociedad, es decir ésta acepta una sola forma de pareja, la monogámica. A esto se le vincula la fidelidad como valor que convalida ciertas prácticas e inhibe otras como parte de una elección moral. Esta diada monogamia/fidelidad, en la medida que contribuye a negar la existencia de otras formas de vínculo y de ejercicio de la sexualidad deja desprotegida una parte de la población.

Se considera importante la prevención del contagio de SIDA para hacer posible un modelo cuantitativo del comportamiento, se discute la importancia del empleo claro de teorías del cambio de comportamiento y cargando un proceso de evaluación, para dar un acercamiento a la investigación del comportamiento para la salud pública. Dentro de los factores que han arrojado las investigaciones de contagio de SIDA por falta de protección son:

- Falta de conocimiento de las formas de infección de HIV, falta de conocimiento de la utilización del condón como prevención, creencias de que el condón falla, mal uso del condón, creencias religiosas, variables demográficas.
- Habilidad y acceso a los condones, habilidad del uso del condón, costo del condón. Se necesita reforzamiento en trabajo de la reacción y miedo, experiencias malas en el momento del uso del condón, noticias en los medios, alcohol y abuso de drogas

La persistencia de mitos sobre las formas de transmisión del virus es muy posible que esté más asociada a querer creer que existen otras formas de transmisión, que a la mera ignorancia.

Existe una distancia entre lo afectivo como en lo cronológico, entre el momento del contagio y el momento en que la aparición de síntomas le da concreción a la enfermedad. Puesto que una sola relación sexual desprotegida puede ocasionar el contagio, y en cambio las relaciones sexuales con la precaución debida entrañan un riesgo menor, los valores de juicio morales, como la frecuencia de las relaciones, el número de parejas o la referencia sexual no deberían ser de la incumbencia de quienes hacen prevención de la enfermedad.

#### **4.2 Aspectos Religiosos.**

Desde un principio la Iglesia percibe a la sexualidad de cada persona como un origen biológico y tiene en la genitalidad una de sus máximas expresiones, no se circunscribe ni se agota en ésta, ni a ella puede el hombre someter sus demás manifestaciones sino que es gobernada, en conformidad con la naturaleza humana integral, por el dictamen de la recta razón. La sexualidad orientada, elevada e integrada por el amor adquiere verdadera calidad humana. En el cuadro del desarrollo biológico y psíquico crecer armónicamente y sólo se

realiza en sentido pleno con la conquista de la madurez afectiva que se manifiesta en el amor desinteresado y en la donación total de sí.

En conjunto con los demás componentes de la persona, la sexualidad ha de ser prudente, positiva y progresivamente educada para que llegue a ser floración exquisita de la persona misma, y no tirano que la sojuzgue y esclavice al sólo sexo genital y a sus pasiones sin freno.

Con esta ideología que se trata de fomentar, también es sabida la alarmante desintegración de la sexualidad que preocupa muy seriamente. Se ve como se va minando la íntima vinculación entre la sexualidad y los valores éticos del amor, la fidelidad y el compromiso total de la persona, y cómo avanzan el hedonismo materialista, la erotización de la sociedad y el indiferentismo moral, a merced del consumismo que materializa de diversas maneras la sexualidad y la misma dimensión erótica de la persona.

Para la Iglesia Católica, la inquietud se acrecienta por la manera como al lado de saludables providencias frente al llamado mal del siglo SIDA, se va tomando el camino fácil del recurso a medios anticonceptivos y esterilizantes que, si pueden evitar hasta cierto punto contagio, disgregan los elementos que integran la sexualidad humana total y proporcionan una incalculable disolución social. Esto obviamente afecta de manera muy honda la conducta moral tanto individual como la conducta comunitaria (Laertes (1985), SIDA, Maldición Bíblica o enfermedad letal).

#### **4.2.1 Sexualidad y Religión**

La sexualidad orientada, elevada e integrada por el amor adquiere verdadera calidad humana. En el cuadro del desarrollo biológico y psíquico crece armónicamente y sólo se realiza en sentido pleno con la conquista de la madurez

afectiva que se manifiesta en el amor desinteresado y en la donación total de sí. Así con todos los componentes de la persona, la sexualidad ha de ser prudente, positiva y progresivamente educada para que llegue a ser algo único de la persona misma, y no tirano que lo sojuzgue y esclavice al sólo sexo genital y a sus pasiones sin freno. (Moral y sexualidad, 1989)

El encuentro sexual entre hombre y mujer (excluyendo lo antinatural, relación homosexual) es algo pretendido y querido por Dios, puesto que dotó al uno y a la otra de todo un conjunto de órganos y funciones tanto corporales como psicológicas y espirituales encaminadas al encuentro pleno y total como expresión de amor (Laertes (1985), SIDA, Maldición Bíblica o enfermedad letal). Fusión, que no se circunscribe ni se termina en el sólo sexo biológico, sino que trasciende y hace vibrar al unísono las dimensiones psicológicas, afectiva, espiritual y aun sobrenatural de la persona. Una inherente satisfacción, como estímulo y recompensa de aquéllas se le denominará placer.

Pero la moralidad del placer derivado de las diversas acciones, y que puede ser buscado con ellas, dependerá de la moralidad de las acciones mismas de sus circunstancias y del modo como el hombre se lo procura y goza con él.

Al ser estímulo y recompensa en la consecución de un bien, tiene el carácter de medio, no de fin en sí mismo. Será pues moralmente bueno cuando es impulso o resultado de una acción buena; indebido cuando acompaña o resulta de una mala. O bien, cuando como efecto de una acción buena en sí y en sus fines, se le busca o disfruta fuera del orden debido, en forma antinatural, desmedida, totalizándolo y convirtiéndolo en motivo y criterio exclusivo o principal de la conducta.

De aquí que la búsqueda del placer por el placer mismo excluyendo deliberadamente la finalidad y el orden debido de la acción o rescindiendo del recto fin y del orden natural, sea intrínsecamente, malo e inmoral.

Por otro lado, la forma de utilizar los medios anticonceptivos como las píldoras, inyecciones, los dispositivos, preservativos y demás, son utilizados deliberada e intencionalmente para los efectos naturales del encuentro sexual, no pretende la religión señalarlo como malo o inmoral, sino señalarlos como algo que atenta con la misma naturaleza. Esto conlleva a un libertinaje sexual dentro de los adolescentes, en donde la consciencia moral no está bien formada y fácilmente es engañada por propagandas (Laertes, 1985, SIDA, Maldición Bíblica o enfermedad letal), respecto a los avances del SIDA es mejor integrar una honesta planificación familiar con una auténtica educación de la sexualidad y con una paternidad responsable y así consolidar la base de moral individual y familiar.

#### **4.2.2 La enfermedad y la Religión.**

La enfermedad según se entiende en la Biblia es consecuencia del pecado y por lo tanto de la alteración del orden de la creación.

En el Antiguo Testamento la enfermedad se interpreta como castigo de los pecados colectivos o individuales (Dt 28:15-61) Las personas que padecen de alguna enfermedad de carácter impuro no pueden participar en el culto (Lv 13:46). En el marco de este esquema de representación del judaísmo se intenta determinar la relación existente entre la enfermedad y el pecado. La enfermedad, al igual que el sufrimiento del justo se entiende en parte como castigo.

La enfermedad junto con sus sufrimientos plantea un problema a todos los hombres de todos los tiempos. En el antiguo Oriente se miraba a la

enfermedad como una plaga causada por espíritus o enviada por dioses irritados por alguna falta en el culto.

La salud supone cierta plenitud de fuerza vital. La enfermedad se concibe ante todo como un estado de flaqueza y debilidad.(Sal 38:11) las observaciones médicas de ese entonces, se limitan a lo que se ve: afecciones de la piel, heridas, fracturas, fiebre y agitación. La clasificación de las diversas afecciones es muy somera ya que las causas naturales de las enfermedades ni siquiera se buscan, salvo las que son ocasionadas como las heridas (2Sa 4:4). En un mundo donde todo depende de la causalidad divina la enfermedad no es excepción, con ella Dios hiere al hombre (Ex 4:6; Job 16:12 ss; 19-21; Sal 93:11s)

En el sentido religioso, el hombre establece un nexo entre la enfermedad y el pecado. La revelación bíblica no la contradice, únicamente precisa las condiciones que se dan. Dios creó al hombre para la felicidad (Gen 2). La enfermedad como todos los otros males humanos es contraria a esta intención de Dios. La enfermedad entró en el mundo como consecuencia del pecado (Gen 3: 16-19)

La enfermedad del SIDA, hasta el momento incurable se interpreta como un "azote de Dios", como un castigo al comportamiento sexual desenfrenado. En la Teología Medieval, Tomás de Aquino ya afirmaba que el hombre que se rebela contra el orden moral natural se castiga a sí mismo. La experiencia enseña que los comportamientos arbitrarios a la larga se vuelve contra los mismos que lo practicaron (Herrera S. 1998).

Sería equivocado suponer que los enfermos de SIDA han tenido comportamientos inmorales o que pertenezcan a los llamados grupos de riesgo. Para el creyente, la enfermedad es la expresión de la vida amenazada en un

mundo todavía irredento, signo de una situación de peligro, así como de dependencia con respecto a Dios.

*La enfermedad es un símbolo del estado en el que se encuentra el hombre pecador. Espiritualmente es ciego, sordo, paralítico, leproso, enfermo de SIDA. Sanar al enfermo es pues también un símbolo que representa la curación espiritual que Jesús viene a operar en los hombres; Jesús vino como médico de los pecadores (Mc 2:17) y participa de la condición de la humanidad para liberarla de sus males, y rompe con la explicación teológica de la enfermedad como castigo divino.*

La Teología ilumina el destino de la existencia cristiana, pues el acontecimiento de Cristo hace sensible la autocomunicación de Dios y su clemencia para las personas enfermas de SIDA, como respuesta a la interpelación sensible de Dios hacia el hombre. Por tanto, el hombre debe amar a los que Dios ama: *el cristiano ama a las personas, por amor de Dios, ya que la persona "está en Dios y Dios en ella".* La misión pastoral es un camino de entrega a los demás, creando comunidad con Dios.

El problema del SIDA, como enfermedad y como fenómeno de marginación, se presenta a los cristianos no sólo como un reto médico y social, sino un reto a la fe de un Dios, ver si se trabaja a favor de la vida o de la muerte de los seres en desgracia. *La actitud del cristiano ante los enfermos de SIDA debe ser de solidaridad, y no permanecer distantes e indiferentes ante ellos, sino estar unidos, se debe ofrecer ayuda en el sufrimiento sin distinción de clase social.*

La actitud pastoral y solidaria, así como del amor cristiano al prójimo *formarán un marco de vida social y de relaciones interpersonales las cuales combatirán las diversas formas del odio, violencia, crueldad y desprecio, y la insensibilidad e indiferencia hacia estas personas con su sufrimiento. Ellos*

necesitan de modo particular comprensión, independientemente de si la infección fue causada por comportamientos dignos o no de aprobación. Se debe brindar asistencia a quien sufre como parte importante de su vida misma, no abandonando a los que sufren de SIDA. Brindar cuidados y participar en todo aquello que ayude al bienestar tanto temporal como espiritual de los enfermos de SIDA. Ante la amenaza de que muchos hombres mueran por causa del SIDA, es necesario que se pongan en acción ciertos medios de prevención para los que están más en peligro de contagio, como los *drogadictos* o *aquellos que mantienen un comportamiento sexual riesgoso*. Hay que entender la información masiva sobre los peligros de contagio, así como la propagación del uso del condón. Esto vale en primer lugar para la información en las escuelas, también pertenece a la información indicar que se tiene la tarea de tratar las necesidades instintivas de un modo responsable y consciente.

No se debe pasar por alto que el uso del condón suscita desconfianza en las relaciones humanas íntimas, incluyendo las matrimoniales. Un encuentro sexual con el uso del preservativo por largo tiempo influye en la vida afectiva y en la *seriedad de las relaciones*, por lo que la estabilidad y la fidelidad conyugal muestran ser el camino más recomendable. Esto es solo una visión y valoración del comportamiento humano en su conjunto y orientarse no sólo contra la degradación corporal sino también contra sus causas espirituales y los prejuicios que hay en el fondo. Esto es válido tanto para los comportamientos sexuales como *para el consumo de drogas* y sobre todo es válido para los modelos de vida prevalentes en la sociedad y para unos valores que han caído en descrédito (Laertes (1985), SIDA, Maldición Bíblica o enfermedad letal).



## **CAPÍTULO 5**

### **CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO Y PROGRAMA**

#### **5.1 Construcción del instrumento, características generales.**

Debido a que no existe algún instrumento que mida la actitud del adolescente hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA, se tuvo que construir un instrumento que midiera tales rasgos, para ello se tuvo que definir la finalidad del instrumento, sus características generales, el tipo de instrumento que se elaboraría, etc., lo que a continuación se redacta:

Este instrumento pretende medir la predisposición que tienen los adolescentes hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA.

Entendiendo por actitud positiva aquella en la cual el adolescente acepta el uso del condón y su importancia en la prevención del SIDA, estaría dispuesto a usarlo y a recomendar su uso en las relaciones sexuales.

Y por actitud negativa aquella en la cual el adolescente, no reconoce la utilidad del condón en la prevención del SIDA, no estaría dispuesto a usarlo y no recomendaría su uso en las relaciones sexuales.

Dentro de las generalidades de construcción del instrumento se encuentran diversos y múltiples aspectos que se deben cumplir, como son los siguientes.

⇒ *Construcción.*- elaboración del instrumento mismo.

- ⇒ *Normalización*.- creación de parámetros de comparación para medir o evaluar a un individuo en comparación al grupo que pertenece.
- ⇒ *Adaptación*.- Traducción del instrumento en relación al lenguaje o idioma que se utilizó.
- ⇒ *Estandarización*.- Homogeneización de criterios tanto de situación de prueba como de instrucciones de aplicación, clasificación e interpretación.

Este instrumento pertenece al tipo Predictivo, es decir que se da a partir del aquí y del ahora y que se puede tener la certeza de lo que va a suceder en el futuro.

El formato quedó estructurado de la siguiente forma:

- ⇒ *De ejecución típica*.- El sujeto responde de manera habitual, no hay tiempo de contestación.
- ⇒ *No proyectivo*.- La respuesta es limitativa y no acepta respuestas múltiples.
- ⇒ *No factorial*.- No tienen correlación con ningún otro test y la validez depende de la estandarización que del mismo se haga.
- ⇒ *Estructurado*.- Se compone de la forma de aplicación, instrucciones, reactivos, calificación e interpretación. Da las indicaciones, la introducción, pero la interpretación puede ser más subjetiva.

En cuanto a la aplicación se requiere tanto de la forma oral, es decir de la expresión verbal, como de la escrita, comúnmente llamada de lápiz y papel, se puede administrar de manera mixta, se puede aplicar tanto de forma individual como a nivel grupal.

Este instrumento se encuentra dentro del área de la personalidad, ya que mide aspectos conativos, afectivos y conductuales, está enfocado a personas cuya edad oscila entre los 12 a los 17 años de edad, estudiantes de Secundaria, sexo y vida sexual indistinta.

Por último la finalidad de este instrumento es de carácter cualitativo (se determina la ausencia o presencia de un aspecto determinado), cuantitativo (se cuantifica la presencia cualitativa) y de diagnóstico (se refiere al grado de desarrollo del individuo en el momento del test).

Una vez establecida la finalidad del instrumento, el formato y las características generales, se procedió a la construcción del Banco de reactivos.

### **5.1.1 Construcción del Banco de reactivos.**

Para la prueba piloto se elaboraron 72 ítems, 24 de cada una de las áreas para medir la actitud, es decir, afectivos, cognitivos y conductuales, y en cada una de éstas áreas hay tanto ítems positivos como negativos en misma medida.

Se formularon los ítems de manera clara, sencilla, precisa, que trataran del tema y que fueran entendibles a la población adolescente. El tipo de ítem que se eligió fue el de elección forzada, es decir, sólo había una alternativa a escoger **SÍ o NO**.

Los ítems elaborados fueron los siguientes:

### **AFECTIVOS POSITIVOS**

1. Yo me sentiría más seguro (a) utilizando condón, en mis relaciones sexuales.
2. Me da coraje que nuestros padres no nos hablen de sexualidad.
3. Siento que el SIDA le puede dar a cualquiera.
4. Me gustaría tener la confianza de hablar de SIDA con mi pareja.
5. Me agrada informarme sobre sexualidad.
6. Me da miedo contagiarme de SIDA.
7. Siento que es igual de satisfactorio el sexo con condón, que sin condón.
8. Me da tristeza enterarme que los adolescentes no nos protegemos de las enfermedades de transmisión sexual.
9. Me gustaría que nos informaran sobre las enfermedades de transmisión sexual.
10. Me da miedo tener relaciones sexuales sin condón.
11. Me enoja que la gente les tenga miedo a las personas infectadas de SIDA.
12. Me agrada que las personas con SIDA defiendan sus derechos.

### **AFECTIVOS NEGATIVOS.**

13. Me daría pena pedirle a mi pareja que utilicemos condón.
14. Siento que si usáramos condón, sería como no tenernos confianza.
15. Me avergonzaría ir a comprar un condón a la farmacia.
16. Siento que si realmente amas a alguien, debes tener relaciones sexuales sin condón.
17. Si a mi pareja le molestara usar condón, no la obligaría a usarlo.
18. Siento que mis amigos pueden orientarme sobre como cuidarme de las enfermedades de transmisión sexual.

19. Me da coraje tener que usar condón y más si me lo exigen.
20. Me sentiría triste si mi pareja pone como condición para tener relaciones, el uso del condón.
21. Me apena hablar de enfermedades de transmisión sexual con mi pareja.
22. Me da coraje que por mis borracheras luego ya no me acuerdo si utilice o no condón.
23. Temo que se rompa el condón cuando tenga relaciones sexuales.
24. Si mi pareja trae un condón consigo me sentiría usado (a) y ofendido (a)

### **COGNITIVOS POSITIVOS.**

25. Los elementos de cuidado corporal como tijeras, hojas de afeitar, cepillo dental, etc, presentan un riesgo de transmisión del VIH.
26. Yo pienso que el condón no es sólo para evitar embarazos, si no para protegerte de las enfermedades de transmisión sexual.
27. Yo pienso que la prueba del SIDA te la debes de hacer cada tres meses, después de haber tenido una relación sexual riesgosa.
28. El SIDA se transmite por jeringas sin esterilizar que hayan sido usadas por un enfermo de SIDA.
29. Todas las prácticas sexuales aumentan el riesgo de transmisión del SIDA.
30. El riesgo aumenta si la mujer está reglando.
31. El riesgo de infección aumenta con el número de relaciones sexuales, pero una sola puede ser suficiente.
32. El SIDA se puede transmitir de mujer a mujer.
33. Yo pienso que el único método de prevención del SIDA es el condón, o la abstinencia.
34. Algunos de los síntomas generales del SIDA son fatiga intensa, fiebre inexplicable, escalofríos, sudoración intensa, pérdida de peso, diarrea.

35. Hay un riesgo posible de contagio de SIDA en las relaciones buco-genitales u orales.
36. Se recomienda a la mujer seropositivo que no quede embarazada y menos amamantar al recién nacido.

### **COGNITIVOS NEGATIVOS**

37. Se ha encontrado VIH en diferentes líquidos corporales, como saliva, lágrimas y orina, por lo que te pueden transmitir el SIDA, al contacto con alguno de ellos.
38. Yo creo que el SIDA solo les da a las personas adictas al sexo, no a jóvenes como nosotros
39. Hay riesgo muy alto de contraer el VIH si mantienes masturbación con una persona infectada de SIDA.
40. Sólo si tienes relaciones sexuales con sexoservidores te puedes contagiar de SIDA.
41. Los seropositivo no te contagian de SIDA.
42. El SIDA es una enfermedad de homosexuales.
43. Sólo en las relaciones anales te puedes contagiar de SIDA.
44. El VIH puede atravesar la membrana del latex con que están hechos los condones.
45. Para mayor protección le puedes poner al condón vaselina.
46. Yo pienso que es más común que el hombre contagie de SIDA que la mujer.
47. El síntoma más importante del SIDA es la aparición de manchas de color negro, como lunares.
48. El condón es un método anticonceptivo, no un método de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

**CONDUCTUALES POSITIVOS**

49. Antes de tener relaciones con mi pareja, le pediría que nos hiciéramos la prueba del SIDA
50. Si tuviera relaciones sexuales, sería con alguien que conozco bien y utilizando condón.
51. Antes de tener relaciones debo informarme bien sobre los métodos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
52. Tener relaciones sexuales responsablemente, implica utilizar condón.
53. Platico con mi pareja sobre la importancia de cuidarnos de las enfermedades de transmisión sexual.
54. Al tener relaciones sexuales, tanto el hombre como la mujer deben exigir el uso del condón.
55. Cambiar de pareja constantemente aumenta el riesgo de contagiarse de una enfermedad de transmisión sexual.
56. Aunque en una fiesta me guste mucho una persona, no tengo relaciones sexuales sin condón.
57. La compra de condones no es exclusiva del hombre.
58. Si la mujer no exige el uso del condón en las relaciones sexuales, entonces el hombre no lo utiliza.
59. Me haría la prueba de SIDA aunque sólo haya tenido relaciones sexuales una sola vez.
60. Aconsejo a mis amigos utilizar condón en sus relaciones sexuales.

**CONDUCTUALES NEGATIVOS.**

61. Estaría dispuesto (a) a tener relaciones sexuales sin condón por amor.
62. Tener relaciones sexuales con condón, es como cuando te pones guantes, no se siente nada.

63. Sólo los que han tenido muchas relaciones sexuales son los que se deben hacer la prueba del SIDA.
64. Si tuviera una enfermedad sexual como el SIDA, no se lo diría a mi pareja para que no se aleje.
65. Para qué tener relaciones sexuales con condón, si el condón también puede fallar.
66. Es muy difícil que a un chavo de nuestra edad le de SIDA.
67. Sólo voy a utilizar condón cuando tenga relaciones sexuales con alguien que no conozca.
68. Utilizo el condón sólo para evitar un embarazo.
69. El condón es para utilizarlo cuando tengas relaciones sexuales con sexo-servidores.
70. Si alguien tiene SIDA ni le hablo, no me vaya a salpicar saliva y me contagie.
71. Si tienes muchas ganas de tener relaciones sexuales, y no llevas condón, no debes de aguantarte las ganas.
72. Por una vez que tengas relaciones sexuales sin condón, no te contagias de SIDA.

### **5.1.2 Estructuración formal del instrumento.**

Se le dio la impresión formal del instrumento para lo cual, los investigadores elaboraron papelitos numerados del 1 al 72, para escoger azarosamente el orden en el que quedaron impresos. Así mismo se elaboraron las instrucciones que quedaron al principio del cuestionario y la hoja de respuestas adjunta, quedando de la siguiente manera la prueba piloto:



El objetivo de este instrumento, es evaluar algunos conocimientos sobre el SIDA y el uso del condón.

La información que proporcionas será manejada confidencialmente y utilizada para fines científicos, por lo que te solicitamos contestes sinceramente. Recuerda que no hay respuestas correctas, únicamente nos interesa tu opinión, no importando si has tenido o no relaciones sexuales.

Para cada una de las frases siguientes, hay dos tipos de respuesta SI (si consideras que es cierto) o NO (si consideras que es falso), las cuales debes contestar en la hoja de respuestas adjunta, que se encuentra numerada del 1 al 72. Cada número tiene dos recuadros, uno correspondiente a SI y otro correspondiente a NO, donde sólo debes tachar con una X (equis) la que corresponda a tu respuesta.

1. Me agrada que las personas con SIDA defiendan sus derechos.
2. Se recomienda a la mujer seropositivo que no quede embarazada y menos amamantar al recién nacido.
3. Me sentiría triste si mi pareja pone como condición para tener relaciones, el uso del condón.
4. Algunos de los síntomas generales del SIDA son fatiga intensa, fiebre inexplicable, escalofríos, sudoración intensa, pérdida de peso, diarrea.

5. Cambiar de pareja constantemente aumenta el riesgo de contagiarse de una enfermedad de transmisión sexual
6. Sólo en las relaciones anales te puedes contagiar de SIDA
7. Se ha encontrado VIH en diferentes líquidos corporales, como saliva, lágrimas y orina, por lo que te pueden transmitir el SIDA, al contacto con alguno de ellos.
8. Me da miedo tener relaciones sexuales sin condón.
9. Si alguien tiene SIDA ni le hablo, no me vaya a salpicar saliva y me contagie.
10. Me enoja que la gente les tenga miedo a las personas infectadas de SIDA.
11. Si tuviera relaciones sexuales, sería con alguien que conozco bien y utilizando condón.
12. Yo pienso que el único método de prevención del SIDA es el condón, o la abstinencia.
13. Platico con mi pareja sobre la importancia de cuidarnos de las enfermedades de transmisión sexual.
14. Si mi pareja trae un condón consigo me sentiría usado (a) y ofendido (a)
15. Aconsejo a mis amigos utilizar condón en sus relaciones sexuales.
16. El condón es un método anticonceptivo, no un método de prevención de enfermedades de transmisión sexual.
17. La compra de condones no es exclusiva del hombre
18. Yo me sentiría más seguro (a) utilizando condón, en mis relaciones sexuales.
19. El riesgo de infección aumenta con el número de relaciones sexuales, pero una sola puede ser suficiente.

20. Me da coraje tener que usar condón y más si me lo exigen.
21. Los seropositivo no te contagian de SIDA.
22. Sólo si tienes relaciones sexuales con sexoservidores te puedes contagiar de SIDA
23. Por una vez que tengas relaciones sexuales sin condón, no te contagias de SIDA.
24. Me avergonzaría ir a comprar un condón a la farmacia.
25. Si tienes muchas ganas de tener relaciones sexuales, y no llevas condón, no debes de aguantarte las ganas.
26. Me da coraje que nuestros padres no nos hablen de sexualidad.
27. Me da coraje que por mis borracheras luego ya no me acuerdo si utilice o no condón.
28. Para mayor protección le puedes poner al condón vaselina.
29. Es muy difícil que a un chavo de nuestra edad le de SIDA.
30. Yo pienso que el condón no es sólo para evitar embarazos, si no para protegerte de las enfermedades de transmisión sexual.
31. Si a mi pareja le molestara usar condón, no la obligaría a usarlo.
32. Sólo voy a utilizar condón cuando tenga relaciones sexuales con alguien que no conozca.
33. Tener relaciones sexuales con condón, es como cuando te pones guantes, no se siente nada.
34. Me gustaría tener la confianza de hablar de SIDA con mi pareja.

35. Hay riesgo muy alto de contraer el VIH si mantienes masturbación con una persona infectada de SIDA
36. Me da tristeza enterarme que los adolescentes no nos protegemos de las enfermedades de transmisión sexual.
37. El riesgo aumenta si la mujer está reglando.
38. Siento que el SIDA le puede dar a cualquiera.
39. El VIH puede atravesar la membrana del latex con que están hechos los condones.
40. Siento que si usáramos condón, sería como no tenernos confianza.
41. El SIDA es una enfermedad de homosexuales.
42. Los elementos de cuidado corporal como tijeras, hojas de afeitar, cepillo dental, etc, presentan un riesgo de transmisión del VIH.
43. Siento que es igual de satisfactorio el sexo con condón, que sin condón
44. Me agrada informarme sobre sexualidad.
45. Tener relaciones sexuales responsablemente, implica utilizar condón.
46. El condón es para utilizarlo cuando tengas relaciones sexuales con sexo-servidores.
47. Antes de tener relaciones con mi pareja, le pediría que nos hiciéramos la prueba del SIDA
48. Siento que mis amigos pueden orientarme sobre como cuidarme de las enfermedades de transmisión sexual.
49. Me apena hablar de enfermedades de transmisión sexual con mi pareja.

50. Hay un riesgo posible de contagio de SIDA en las relaciones buco-genitales u orales.
51. Antes de tener relaciones debo informarme bien sobre los métodos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual
52. Me da miedo contagiarme de SIDA.
53. Sólo los que han tenido muchas relaciones sexuales son los que se deben hacer la prueba del SIDA.
54. El SIDA se puede transmitir de mujer a mujer.
55. Me daría pena pedirle a mi pareja que utilicemos condón.
56. Yo pienso que es más común que el hombre contagie de SIDA que la mujer.
57. Si tuviera una enfermedad sexual como el SIDA, no se lo diría a mi pareja para que no se aleje.
58. Utilizo el condón sólo para evitar un embarazo.
59. Si la mujer no exige el uso del condón en las relaciones sexuales, entonces el hombre no lo utiliza.
60. Todas las prácticas sexuales aumentan el riesgo de transmisión del SIDA.
61. Al tener relaciones sexuales, tanto el hombre como la mujer deben exigir el uso del condón.
62. Para qué tener relaciones sexuales con condón, si el condón también puede faltar.
63. El SIDA se transmite por jeringas sin esterilizar que hayan sido usadas por un enfermo de SIDA.

64. Me haría la prueba de SIDA aunque sólo haya tenido relaciones sexuales una sola vez.
65. Me gustaría que nos informaran sobre las enfermedades de transmisión sexual.
66. Siento que si realmente amas a alguien, debes tener relaciones sexuales sin condón.
67. Yo creo que el SIDA solo les da a las personas adictas al sexo, no a jóvenes como nosotros.
68. Temo que se rompa el condón cuando tenga relaciones sexuales.
69. Estaría dispuesto (a) a tener relaciones sexuales sin condón por amor.
70. Yo pienso que la prueba del SIDA te la debes de hacer cada tres meses, después de haber tenido una relación sexual riesgosa.
71. Aunque en una fiesta me guste mucho una persona, no tengo relaciones sexuales sin condón.
72. El síntoma más importante del SIDA es la aparición de manchas de color negro, como lunares.

FECHA \_\_\_\_\_

## HOJA DE RESPUESTAS

SIGLAS: \_\_\_\_\_

EDAD:

 AÑOS  MESES

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SEXO:

 MASC.  FEM.  ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_
VIDA  
SEXUAL
 ACTIVA  INACTIVA

PREFERENCIA SEXUAL:

 HETEROSEXUAL  
 HOMOSEXUAL  
 BISEXUAL

1	SI	NO	37	SI	NO
2	SI	NO	38	SI	NO
3	SI	NO	39	SI	NO
4	SI	NO	40	SI	NO
5	SI	NO	41	SI	NO
6	SI	NO	42	SI	NO
7	SI	NO	43	SI	NO
8	SI	NO	44	SI	NO
9	SI	NO	45	SI	NO
10	SI	NO	46	SI	NO
11	SI	NO	47	SI	NO
12	SI	NO	48	SI	NO
13	SI	NO	49	SI	NO
14	SI	NO	50	SI	NO
15	SI	NO	51	SI	NO
16	SI	NO	52	SI	NO
17	SI	NO	53	SI	NO
18	SI	NO	54	SI	NO
19	SI	NO	55	SI	NO
20	SI	NO	56	SI	NO
21	SI	NO	57	SI	NO
22	SI	NO	58	SI	NO
23	SI	NO	59	SI	NO
24	SI	NO	60	SI	NO
25	SI	NO	61	SI	NO
26	SI	NO	62	SI	NO
27	SI	NO	63	SI	NO
28	SI	NO	64	SI	NO
29	SI	NO	65	SI	NO
30	SI	NO	66	SI	NO
31	SI	NO	67	SI	NO
32	SI	NO	68	SI	NO
33	SI	NO	69	SI	NO
34	SI	NO	70	SI	NO
35	SI	NO	71	SI	NO
36	SI	NO	72	SI	NO

FECHA

## PLANTILLA DE RESPUESTAS

SIGLAS:

EDAD:  AÑOS  MESES      FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SEXO:  MASC.  FEM.      ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

VIDA SEXUAL:  ACTIVA  INACTIVA      PREFERENCIA SEXUAL:  HETEROSEXUAL.  
 HOMOSEXUAL  
 BISEXUAL

1	SI	NO
2	SI	NO
3	SI	NO
4	SI	NO
5	SI	NO
6	SI	NO
7	SI	NO
8	SI	NO
9	SI	NO
10	SI	NO
11	SI	NO
12	SI	NO
13	SI	NO
14	SI	NO
15	SI	NO
16	SI	NO
17	SI	NO
18	SI	NO
19	SI	NO
20	SI	NO
21	SI	NO
22	SI	NO
23	SI	NO
24	SI	NO
25	SI	NO
26	SI	NO
27	SI	NO
28	SI	NO
29	SI	NO
30	SI	NO
31	SI	NO
32	SI	NO
33	SI	NO
34	SI	NO
35	SI	NO
36	SI	NO

37	SI	NO
38	SI	NO
39	SI	NO
40	SI	NO
41	SI	NO
42	SI	NO
43	SI	NO
44	SI	NO
45	SI	NO
46	SI	NO
47	SI	NO
48	SI	NO
49	SI	NO
50	SI	NO
51	SI	NO
52	SI	NO
53	SI	NO
54	SI	NO
55	SI	NO
56	SI	NO
57	SI	NO
58	SI	NO
59	SI	NO
60	SI	NO
61	SI	NO
62	SI	NO
63	SI	NO
64	SI	NO
65	SI	NO
66	SI	NO
67	SI	NO
68	SI	NO
69	SI	NO
70	SI	NO
71	SI	NO
72	SI	NO



### 5.1.3 Análisis de ítems.

A partir de la aplicación de la prueba piloto a una muestra de 50 adolescentes, estudiantes de Secundaria Técnica en el Distrito Federal, que consta de 25 hombres y 25 mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 12 y los 17 años de edad, se calificaron las hojas de respuestas dando valores de 1 ó 0, de la siguiente manera:

	SI	NO	
<b>Items positivos</b>	1	0	<i>Valor asignado</i>
<b>Items Negativos</b>	0	1	<i>Valor asignado</i>

A partir de las calificaciones de la prueba se analizaron los ítems. Quarret (1987) propuso una forma muy sencilla de poder tener los 2 poderes que debe tener el instrumento “el índice de discriminación y el índice de dificultad”, los cuales se obtienen con las siguientes fórmulas:

$$\text{Índice de dificultad} = \frac{\text{Sujetos que contestaron acertadamente}}{\text{Total de sujetos evaluados.}}$$

$$\text{Índice de discriminación} = \frac{\text{Calificaciones altas} - \text{calificaciones bajas}}{\text{Total de evaluados.}}$$

Esto se hizo ítem por ítem, para discernir los ítems que quedaron en el instrumento final de acuerdo a la puntuación que hayan obtenido en cada uno de ellos.

En este caso, el índice de dificultad salió en la mayoría de los ítems por arriba del 0.5, por lo que se decidió basarse en el índice de discriminación, donde sólo 35 reactivos alcanzaban un índice de discriminación superior al 0.5, quedando el instrumento final conformado por 35 reactivos.



ITEM	I.DIF.	I.DISC.	I.FINAL
1	0.9	0.8	1*
2	0.5	0	
3	0.9	0.7	2n
4	0.7	0.4	
5	0.9	0.8	3*
6	0.7	0.5	4n
7	0.6	0.3	
8	0.6	0.3	
9	0.8	0.6	5n
10	0.8	0.5	6*
11	0.9	0.8	7*
12	0.7	0.3	
13	0.8	0.6	8*
14	0.8	0.6	9n
15	0.8	0.5	10*
16	0.6	0.1	
17	0.3	0	
18	1	0.9	11*
19	0.8	0.7	12*
20	0.9	0.8	13n
21	0.4	0	
22	0.8	0.5	14n
23	0.6	0.2	
24	0.6	0.3	
25	0.3	0	
26	0.4	0	
27	0.3	0	
28	0.7	0.3	
29	0.8	0.6	15n
30	0.9	0.8	16*
31	0.4	0	
32	0.7	0.5	17n
33	0.6	0.3	
34	0.9	0.8	18*
35	0.4	0	
36	0.8	0.5	19*
37	0.5	0.1	
38	0.9	0.7	20*
39	0.4	0	
40	0.8	0.6	21n
41	0.9	0.7	22n
42	0.7	0.4	
43	0.5	0	
44	0.9	0.8	23*
45	0.7	0.4	
46	0.7	0.3	
47	0.8	0.5	24*
48	0.6	0.1	
49	0.8	0.6	25n
50	0.7	0.3	
51	1	1	26*
52	0.9	0.8	27*
53	0.7	0.3	
54	0.6	0.2	
55	0.6	0.6	28n
56	0.6	0.2	
57	0.6	0.2	
58	0.7	0.4	
59	0.3	0	
60	0.8	0.7	29*
61	0.8	0.7	30*
62	0.5	0	
63	0.9	0.8	31*
64	0.9	0.7	32*
65	1	0.9	33*
66	0.8	0.7	34n
67	0.8	0.6	35n
68	0.3	0	
69	0.7	0.3	
70	0.7	0.4	
71	0.4	0	
72	0.6	0.2	

## Tabla de Resultados del Índice de Dificultad e Índice de Discriminación

Los ítems quedaron acomodados como lo indica la última columna de la tabla anterior, donde “ \* ” significa que es un ítem positivo y “ n ” que es un ítem negativo y el número que antecede al signo corresponde al lugar que ocupará en el instrumento final.

#### 5.1.4 Estructuración de la forma final del instrumento de medición.

El objetivo de este instrumento, es evaluar algunos conocimientos sobre el SIDA y el uso del condón.

La información que proporciones será manejada confidencialmente y utilizada para fines científicos, por lo que te solicitamos contestes sinceramente. Recuerda que no hay respuestas correctas, únicamente nos interesa tu opinión, no importando si has tenido o no relaciones sexuales.

Para cada una de las frases siguientes, hay dos tipos de respuesta SI (si consideras que es cierto) o NO (si consideras que es falso), las cuales debes contestar en la hoja de respuestas adjunta, que se encuentra numerada del 1 al 35. Cada número tiene dos recuadros, uno correspondiente a SI y otro correspondiente a NO, donde sólo debes tachar con una X (equis) la que corresponda a tu respuesta.

1. Me agrada que las personas con SIDA defiendan sus derechos.
2. Me sentiría triste si mi pareja pone como condición para tener relaciones, el uso del condón.
3. Cambiar de pareja constantemente aumenta el riesgo de contagiarse de una enfermedad de transmisión sexual
4. Sólo en las relaciones anales te puedes contagiar de SIDA
5. Si alguien tiene SIDA ni le hablo, no me vaya a salpicar saliva y me contagie.
6. Me enoja que la gente les tenga miedo a las personas infectadas de SIDA.
7. Si tuviera relaciones sexuales, sería con alguien que conozco bien y utilizando condón.
8. Platico con mi pareja sobre la importancia de cuidarnos de las enfermedades de transmisión sexual.
9. Si mi pareja trae un condón consigo me sentiría usado (a) y ofendido (a)

10. Aconsejo a mis amigos utilizar condón en sus relaciones sexuales.
11. Yo me sentiría más seguro (a) utilizando condón, en mis relaciones sexuales.
12. El riesgo de infección aumenta con el número de relaciones sexuales, pero una sola puede ser suficiente.
13. Me da coraje tener que usar condón y más si me lo exigen.
14. Sólo si tienes relaciones sexuales con sexoservidores te puedes contagiar de SIDA
15. Es muy difícil que a un chavo de nuestra edad le de SIDA.
16. Yo pienso que el condón no es sólo para evitar embarazos, si no para protegerte de las enfermedades de transmisión sexual.
17. Sólo voy a utilizar condón cuando tenga relaciones sexuales con alguien que no conozca.
18. Me gustaría tener la confianza de hablar de SIDA con mi pareja.
19. Me da tristeza enterarme que los adolescentes no nos protegemos de las enfermedades de transmisión sexual.
20. Siento que el SIDA le puede dar a cualquiera.
21. Siento que si usáramos condón, sería como no tenernos confianza.
22. El SIDA es una enfermedad de homosexuales.
23. Me agrada informarme sobre sexualidad.
24. Antes de tener relaciones con mi pareja, le pediría que nos hiciéramos la prueba del SIDA
25. Me apena hablar de enfermedades de transmisión sexual con mi pareja.
26. Antes de tener relaciones debo informarme bien sobre los métodos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual
27. Me da miedo contagiarme de SIDA.
28. Me daría pena pedirle a mi pareja que utilicemos condón.
29. Todas las prácticas sexuales aumentan el riesgo de transmisión del SIDA.
30. Al tener relaciones sexuales, tanto el hombre como la mujer deben exigir el uso del condón.

31. El SIDA se transmite por jeringas sin esterilizar que hayan sido usadas por un enfermo de SIDA.
32. Me haría la prueba de SIDA aunque sólo haya tenido relaciones sexuales una sola vez.
33. *Me gustaría que nos informaran sobre las enfermedades de transmisión sexual.*
34. Siento que si realmente amas a alguien, debes tener relaciones sexuales sin condón.
35. Yo creo que el SIDA solo les da a las personas adictas al sexo, no a jóvenes como nosotros.

FECHA \_\_\_\_\_

**HOJA DE  
RESPUESTAS**

SIGLAS: \_\_\_\_\_

EDAD:  AÑOS  MESES      FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_SEXO:  MASC.  FEM.      ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_VIDA SEXUAL:  ACTIVA  INACTIVA      PREFERENCIA SEXUAL:  HETEROSEXUAL  
 HOMOSEXUAL  
 BISEXUAL

1	SI	NO
2	SI	NO
3	SI	NO
4	SI	NO
5	SI	NO
6	SI	NO
7	SI	NO
8	SI	NO
9	SI	NO
10	SI	NO
11	SI	NO
12	SI	NO
13	SI	NO
14	SI	NO
15	SI	NO
16	SI	NO
17	SI	NO
18	SI	NO
19	SI	NO
20	SI	NO
21	SI	NO
22	SI	NO
23	SI	NO
24	SI	NO
25	SI	NO
26	SI	NO
27	SI	NO
28	SI	NO
29	SI	NO
30	SI	NO
31	SI	NO
32	SI	NO
33	SI	NO
34	SI	NO
35	SI	NO



FECHA \_\_\_\_\_

## PLANTILLA DE RESPUESTAS

SIGLAS: \_\_\_\_\_

EDAD:  AÑOS  MESES      FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SEXO:  MASC.  FEM.      ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

VIDA SEXUAL:  ACTIVA  INACTIVA      PREFERENCIA SEXUAL:  HETEROSEXUAL  
 HOMOSEXUAL  
 BISEXUAL

1	SI	NO
2	SI	NO
3	SI	NO
4	SI	NO
5	SI	NO
6	SI	NO
7	SI	NO
8	SI	NO
9	SI	NO
10	SI	NO
11	SI	NO
12	SI	NO
13	SI	NO
14	SI	NO
15	SI	NO
16	SI	NO
17	SI	NO
18	SI	NO
19	SI	NO
20	SI	NO
21	SI	NO
22	SI	NO
23	SI	NO
24	SI	NO
25	SI	NO
26	SI	NO
27	SI	NO
28	SI	NO
29	SI	NO
30	SI	NO
31	SI	NO
32	SI	NO
33	SI	NO
34	SI	NO
35	SI	NO

### 5.1.5 Análisis técnico

a) **Confiabilidad.**- Exactitud y precisión de un aprueba y se puede comprender en 4 aspectos:

1. **Congruencia.**- Que las variables y los indicadores midan la misma cosa.
2. **Precisión.**- Que al reproducir varias veces la misma prueba en una investigación se deben obtener los mismos resultados.
3. **Objetividad.**- Que cuando varios investigadores utilizan el mismo instrumento pueden llegar a las mismas conclusiones.
4. **Constancia.**- Ya que la forma de medición del objeto no debe alterar los resultados.

Existen varias técnicas empleadas en el cálculo de coeficientes de confiabilidad. En este caso se utilizó el método de semipartición, debido a que una ventaja de éste método es que sólo se requiere una prueba para el cálculo del coeficiente de confiabilidad.

#### **Método de semipartición**

Los exámenes son calificados de manera que de cada uno se tengan dos calificaciones. Esto generalmente se hace contando el número de aciertos con número impar, y el número de aciertos con número par. Cada examen tiene ahora una calificación par y una impar, u otros tipos de calificaciones, dependiendo del tipo de división realizada. De nuevo se calcula el coeficiente de correlación, momento de Pearson entre las dos series de calificaciones. Este tipo de

coeficiente de confiabilidad suele denominarse coeficiente de consistencia inherente.

De este modo la confiabilidad de una prueba se relaciona directamente con la extensión de la misma. Cuando se califica la prueba con base en impar-par, realmente se reduce la extensión de la prueba original a la mitad. El coeficiente de confiabilidad que se ha calculado es, entonces, el equivalente de uno para una prueba de la mitad del tamaño de la prueba original . Por esto se hace una corrección utilizando lo que se conoce como fórmula Spearman Brown (Downie, 1986), como sigue:

$$R_{tt} = \frac{2 r_{oe}}{1 + r_{oe}}$$

donde  $r_{tt}$  = la confiabilidad de la prueba original

$r_{oe}$  = el coeficiente de confiabilidad obtenido al correlacionar las calificaciones de las preguntas de número impar con las calificaciones de las preguntas de número par.

Para obtener el coeficiente de confiabilidad, se obtuvieron las calificaciones pares e impares de cada sujeto, y se enlistaron para obtener el coeficiente de consistencia inherente, donde:

**X= calificaciones pares.**

**Y= calificaciones impares.**

	x	y	x2	y2	xy
1	21	14	441	196	294
2	19	19	361	361	361
3	21	28	441	784	588
4	32	28	1024	784	896
5	13	25	169	625	325
6	23	22	529	484	506
7	19	21	361	441	399
8	18	20	324	400	360
9	27	30	729	900	810
10	25	24	625	576	600
11	21	20	441	400	420
12	23	20	529	400	460
13	27	26	729	676	702
14	26	23	676	529	598
15	26	31	676	961	806
16	25	25	625	625	625
17	21	20	441	400	420
18	21	19	441	361	399
19	25	25	625	625	625
20	20	20	400	400	400
21	20	20	400	400	400
22	22	23	484	529	506
23	20	25	400	625	500
24	27	27	729	729	729
25	23	26	529	676	598
26	22	28	484	784	616
27	23	30	529	900	690
28	31	28	961	784	868
29	24	28	576	784	672
30	29	31	841	961	899
31	26	26	676	676	676
32	25	24	625	576	600
33	26	26	676	676	676
34	27	30	729	900	810
35	23	28	529	784	644
36	26	28	676	784	728
37	30	30	900	900	900
38	27	29	729	841	783
39	26	30	676	900	780
40	28	32	784	1024	896
41	30	31	900	961	930
42	23	23	529	529	529
43	24	29	576	841	696
44	24	24	576	576	576
45	28	32	784	1024	896
46	24	29	576	841	696
47	25	30	625	900	750
48	26	28	676	784	728
49	23	20	529	400	460
50	23	22	529	484	506
<b>1208</b>	<b>1277</b>	<b>29820</b>	<b>33501</b>	<b>31332</b>	

Donde la fórmula para el cálculo del Coeficiente de Correlación  $r$  de Spearman es la siguiente:

$$r = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{[\sum x^2 - (\sum x)^2] [\sum y^2 - (\sum y)^2]}$$

Al sustituir en fórmula:

$$r = \frac{50 (31,332) - (1208) (1277)}{[50 (29,820) - (1208)^2] [50 (33,501) - (1277)^2]}$$

$$r = .64$$

Por último se sustituyó en la fórmula Spearman Brown, para obtener el coeficiente de la prueba original.

$$R_{tt} = \frac{2 r_{oe}}{1 + r_{oe}}$$

$$R_{tt} = \frac{2 (0.64)}{1 + (0.64)}$$

$$R_{tt} = 0.78$$

Lo cual arrojó un coeficiente de confiabilidad de **0.78**, considerado un **coeficiente de confiabilidad alto**.

b) **Validez.**- Es la extensión con la que la prueba debe medir, el grado hasta el cual el test mide lo que se propone medir.

Primeramente hay dos tipos de validez: a) *Subjetiva o aparente.*- quien va a utilizar la prueba haga una revisión para ver si el instrumento le puede servir. Se puede utilizar el auxilio de otros jueces, es muy superficial y no tienen cuestión técnica y b) *Objetiva.*- Lleva ciertas éticas y procedimientos.

### **Validez de constructo**

Este tipo de validez se determina investigando los rasgos que mide el test, es decir, lo que las puntuaciones del test dicen acerca de una persona, requiere de la acumulación gradual de datos de muchas fuentes diferentes, precisa una combinación de exámenes lógicos y empíricos, básicamente los estudios de validez de constructo se hacen para verificar la teoría real en que se funda el test.

Cronbach y Meehl (en Downie 1986), recomiendan investigarla "cuando no se acepte ningún criterio o universo de contenido como enteramente adecuado para definir la cualidad que se vaya a medir" agregan que la determinación de constructos psicológicos que explican la ejecución en un test es una buena práctica para casi cualquiera de éstos.

Una de las técnicas usada para determinar la validez de constructo es el Análisis factorial: este procedimiento estadístico es de particular importancia para la validez de constructo, básicamente el análisis factorial es una técnica usada para analizar las interpretaciones de datos psicológicos. Su propósito principal es el de simplificar la descripción conductual reduciendo el número de categorías partiendo de una multiplicidad de variables de medición hasta obtener unos cuantos rasgos.

En este caso el instrumento abarca tres áreas ó constructos, la cognitiva, conductual y afectivo, por lo que se obtuvieron las calificaciones para cada sujeto de, cada una de las áreas, es decir, se desmenuzaron las calificaciones dependiendo del tipo de ítem ya fueran los conductuales, afectivos o cognitivos y se sacó la sumatoria de cada uno de ellas, quedando cada sujeto con tres calificaciones, y éstas se correlacionaron con la calificación total, mediante el coeficiente de Correlación  $r$  de Pearson.

“Los coeficientes de validez tienden a ser mucho menores que los coeficientes de confiabilidad . Un examen de la investigación durante varios años mostrará que tienden a caer dentro de la banda de 0.4 – 0.6, con un valor mediano de casi 0.5. ” (Downie, 1986).

Los resultados obtenidos indican que el instrumento tiene un coeficiente de validez de constructo dentro de la norma, es decir, al correlacionar las áreas entre sí se obtuvieron coeficientes de 0.43 entre el área afectiva y la cognitiva, 0.45 entre el área afectiva y la conductual y 0.50 entre el área conductual y la cognitiva, lo cual según Downie (1986), este instrumento posee validez de constructo, mostrando mayor correlación entre el área conductual y la cognitiva.

Aún así, se correlacionó cada área con la calificación total de cada uno de los sujetos, para demostrar si el instrumento es consistente en cada una de sus partes, los índices obtenidos fueron de 0.74 en el área afectiva, 0.82 en el área Cognitiva y 0.84 en el área conductual, lo cual indica que el instrumento es consistente en cada una de sus áreas, y una vez más se demuestra que el instrumento posee validez.

Dichos resultados se pueden analizar en las tablas siguientes:

	Afec	Cog	x2	y2	xy
1	10	10	100	100	100
2	14	12	196	144	168
3	18	15	324	225	270
4	19	20	361	400	380
5	14	18	196	324	252
6	17	14	289	196	238
7	18	10	324	100	180
8	12	11	144	121	132
9	20	17	400	289	340
10	19	12	361	144	228
11	16	15	256	225	240
12	17	14	289	196	238
13	19	15	361	225	285
14	18	14	324	196	252
15	20	19	400	361	380
16	17	17	289	289	289
17	18	12	324	144	216
18	14	13	196	169	182
19	19	14	361	196	266
20	11	13	121	169	143
21	17	9	289	81	153
22	16	15	256	225	240
23	18	15	324	225	270
24	17	17	289	289	289
25	20	15	400	225	300
26	17	18	289	324	306
27	18	18	324	324	324
28	19	19	361	361	361
29	19	17	361	289	323
30	21	20	441	400	420
31	16	20	256	400	320
32	17	16	289	256	272
33	15	19	225	361	285
34	18	20	324	400	360
35	18	18	324	324	324
36	19	17	361	289	323
37	21	18	441	324	378
38	20	18	400	324	360
39	17	19	289	361	323
40	20	19	400	361	380
41	19	20	361	400	380
42	19	11	361	121	209
43	19	16	361	256	304
44	17	12	289	144	204
45	20	21	400	441	420
46	19	18	361	324	342
47	17	20	289	400	340
48	18	18	324	324	324
49	18	14	324	196	252
50	14	15	196	225	210
	<b>873</b>	<b>797</b>	<b>15525</b>	<b>13187</b>	<b>14075</b>

Sustituyendo en fórmula:

$$r = \frac{50(14,075) - (873)(797)}{[50(15,525) - (873)^2][50(13,187) - (797)^2]}$$

$$r = 0.43$$



	Afec	Cond	x2	y2	xy
1	10	15	100	225	150
2	14	12	196	144	168
3	18	16	324	256	288
4	19	21	361	441	399
5	14	6	196	36	84
6	17	14	289	196	238
7	18	12	324	144	216
8	12	15	144	225	180
9	20	20	400	400	400
10	19	18	361	324	342
11	16	10	256	100	160
12	17	12	289	144	204
13	19	19	361	361	361
14	18	17	324	289	306
15	20	18	400	324	360
16	17	16	289	256	272
17	18	11	324	121	198
18	14	13	196	169	182
19	19	17	361	289	323
20	11	16	121	256	176
21	17	14	289	196	238
22	16	14	256	196	224
23	18	12	324	144	216
24	17	20	289	400	340
25	20	14	400	196	280
26	17	15	289	225	255
27	18	17	324	289	306
28	19	21	361	441	399
29	19	16	361	256	304
30	21	19	441	361	399
31	16	16	256	256	256
32	17	16	289	256	272
33	15	18	225	324	270
34	18	19	324	361	342
35	18	15	324	225	270
36	19	18	361	324	342
37	21	21	441	441	441
38	20	18	400	324	360
39	17	20	289	400	340
40	20	21	400	441	420
41	19	22	361	484	418
42	19	16	361	256	304
43	19	18	361	324	342
44	17	19	289	361	323
45	20	19	400	361	380
46	19	16	361	256	304
47	17	18	289	324	306
48	18	18	324	324	324
49	18	11	324	121	198
50	14	16	196	256	224
	<b>873</b>	<b>815</b>	<b>15525</b>	<b>13823</b>	<b>14404</b>

Sustituyendo en fórmula:

$$r = \frac{50(14,404) - (873)(815)}{[50(15,525) - (873)^2][50(13,823) - (815)^2]}$$

$$r = 0.45$$

	Cond	Cog.	x2	y2	xy
1	15	10	225	100	150
2	12	12	144	144	144
3	16	15	256	225	240
4	21	20	441	400	420
5	6	18	36	324	108
6	14	14	196	196	196
7	12	10	144	100	120
8	15	11	225	121	165
9	20	17	400	289	340
10	18	12	324	144	216
11	10	15	100	225	150
12	12	14	144	196	168
13	19	15	361	225	285
14	17	14	289	196	238
15	18	19	324	361	342
16	16	17	256	289	272
17	11	12	121	144	132
18	13	13	169	169	169
19	17	14	289	196	238
20	16	13	256	169	208
21	14	9	196	81	126
22	14	15	196	225	210
23	12	15	144	225	180
24	20	17	400	289	340
25	14	15	196	225	210
26	15	18	225	324	270
27	17	18	289	324	306
28	21	19	441	361	399
29	16	17	256	289	272
30	19	20	361	400	380
31	16	20	256	400	320
32	16	16	256	256	256
33	18	19	324	361	342
34	19	20	361	400	380
35	15	18	225	324	270
36	18	17	324	289	306
37	21	18	441	324	378
38	18	18	324	324	324
39	20	19	400	361	380
40	21	19	441	361	399
41	22	20	484	400	440
42	16	11	256	121	176
43	18	16	324	256	288
44	19	12	361	144	228
45	19	21	361	441	399
46	16	18	256	324	288
47	18	20	324	400	360
48	18	18	324	324	324
49	11	14	121	196	154
50	16	15	256	225	240
	<b>815</b>	<b>797</b>	<b>13823</b>	<b>13187</b>	<b>13246</b>

Sustituyendo en fórmula:

$$r = \frac{50(13,246) - (815)(797)}{[50(13,823) - (815)] [50(13,187) - (797)]}$$

$$r = 0.50$$

	Afec	Total	x2	y2	xy
1	10	35	100	1225	350
2	14	38	196	1444	532
3	18	49	324	2401	882
4	19	60	361	3600	1140
5	14	38	196	1444	532
6	17	45	289	2025	765
7	18	40	324	1600	720
8	12	36	144	1444	456
9	20	57	400	3249	1140
10	19	49	361	2401	931
11	16	41	256	1681	656
12	17	43	289	1849	731
13	19	53	361	2809	1007
14	18	49	324	2401	882
15	20	57	400	3249	1140
16	17	50	289	2500	850
17	18	41	324	1681	738
18	14	40	196	1600	560
19	19	50	361	2500	950
20	11	40	121	1600	440
21	17	40	289	1600	680
22	16	45	256	2025	720
23	18	45	324	2025	810
24	17	54	289	2916	918
25	20	49	400	2401	980
26	17	50	289	2500	850
27	18	53	324	2809	954
28	19	59	361	3481	1121
29	19	52	361	2704	988
30	21	60	441	3600	1260
31	16	52	256	2704	832
32	17	49	289	2401	833
33	15	52	225	2704	780
34	18	57	324	3249	1026
35	18	51	324	2601	918
36	19	54	361	2916	1026
37	21	60	441	3600	1260
38	20	59	400	3136	1120
39	17	56	289	3136	952
40	20	60	400	3600	1200
41	19	61	361	3721	1159
42	19	46	361	2116	874
43	19	53	361	2809	1007
44	17	48	289	2304	816
45	20	60	400	3600	1200
46	19	53	361	2809	1007
47	17	55	289	3025	935
48	18	54	324	2916	972
49	18	43	324	1849	774
50	14	45	196	2025	630
	873	2485	15525	125985	44004

Sustituyendo en fórmula:

$$r = \frac{50(44,004) - (873)(2485)}{[50(15,525) - (873)^2][50(125,985) - (2485)^2]}$$

$$r = 0.74$$

	Cog.	Total	x2	y2	xy
1	10	35	100	1225	350
2	12	38	144	1444	456
3	15	49	225	2401	735
4	20	60	400	3600	1200
5	16	38	324	1444	684
6	14	45	196	2025	630
7	10	40	100	1600	400
8	11	38	121	1444	418
9	17	57	289	3249	969
10	12	49	144	2401	588
11	15	41	225	1681	615
12	14	43	196	1849	602
13	15	53	225	2809	795
14	14	49	196	2401	686
15	19	57	361	3249	1083
16	17	50	289	2500	850
17	12	41	144	1681	492
18	13	40	169	1600	520
19	14	50	196	2500	700
20	13	40	169	1600	520
21	9	40	81	1600	360
22	15	45	225	2025	675
23	15	45	225	2025	675
24	17	54	289	2916	918
25	15	49	225	2401	735
26	18	50	324	2500	900
27	18	53	324	2809	954
28	19	59	361	3481	1121
29	17	52	289	2704	884
30	20	60	400	3600	1200
31	20	52	400	2704	1040
32	16	49	256	2401	784
33	19	52	361	2704	988
34	20	57	400	3249	1140
35	18	51	324	2601	918
36	17	54	289	2916	918
37	18	60	324	3600	1080
38	18	56	324	3136	1008
39	19	56	361	3136	1064
40	19	60	361	3600	1140
41	20	61	400	3721	1220
42	11	46	121	2116	506
43	16	53	256	2809	848
44	12	48	144	2304	576
45	21	60	441	3600	1260
46	18	53	324	2809	954
47	20	55	400	3025	1100
48	18	54	324	2916	972
49	14	43	196	1849	602
50	15	45	225	2025	675
	<b>797</b>	<b>2485</b>	<b>13187</b>	<b>125985</b>	<b>40508</b>

Sustituyendo en fórmula:

$$r = \frac{50(40,508) - (797)(2,485)}{[50(13,187) - (797)^2][50(125,985) - (2,485)^2]}$$

$$r = 0.82$$

	Cond	Total	x <sup>2</sup>	y <sup>2</sup>	xy
1	15	35	225	1225	525
2	12	38	144	1444	456
3	16	49	256	2401	784
4	21	60	441	3600	1260
5	6	38	36	1444	228
6	14	45	196	2025	630
7	12	40	144	1600	480
8	15	38	225	1444	570
9	20	57	400	3249	1140
10	18	49	324	2401	882
11	10	41	100	1681	410
12	12	43	144	1849	516
13	19	53	361	2809	1007
14	17	49	289	2401	833
15	18	57	324	3249	1026
16	16	50	256	2500	800
17	11	41	121	1681	451
18	13	40	169	1600	520
19	17	50	289	2500	850
20	16	40	256	1600	640
21	14	40	196	1600	560
22	14	45	196	2025	630
23	12	45	144	2025	540
24	20	54	400	2916	1080
25	14	49	196	2401	686
26	15	50	225	2500	750
27	17	53	289	2809	901
28	21	59	441	3481	1239
29	16	52	256	2704	832
30	19	60	361	3600	1140
31	16	52	256	2704	832
32	16	49	256	2401	784
33	18	52	324	2704	936
34	19	57	361	3249	1063
35	15	51	225	2601	765
36	18	54	324	2916	972
37	21	60	441	3600	1260
38	18	56	324	3136	1008
39	20	56	400	3136	1120
40	21	60	441	3600	1260
41	22	61	484	3721	1342
42	16	46	256	2116	736
43	18	53	324	2809	954
44	19	48	361	2304	912
45	19	60	361	3600	1140
46	16	53	256	2809	848
47	18	55	324	3025	990
48	18	54	324	2916	972
49	11	43	121	1849	473
50	16	45	256	2025	720
	<b>815</b>	<b>2485</b>	<b>13823</b>	<b>125985</b>	<b>41473</b>

Sustituyendo en fórmula:

$$r = \frac{50(41,473) - (815)(2,485)}{[50(13,823) - (815)^2][50(125,985) - (2,485)^2]}$$

$$r = 0.84$$

## 5.2 Elaboración del programa de modificación de actitud en adolescentes, hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA.

Se elaboró un programa para modificar la actitud del adolescente hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA, el programa consiste en 5 sesiones, las cuales se impartieron cada tercer día, cada una de ellas de una duración de 50 minutos y se llevaron a cabo en la Secundaria Técnica que contó con aulas alumbradas, sillas colocadas en forma circular y con el material indicado para cada sesión, hubo un solo facilitador para la impartición de todos los cursos y otra persona como observador, haciendo las anotaciones pertinentes.

**Objetivo general:** Que al finalizar el curso Teórico-Práctico sobre SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), los alumnos varíen su actitud hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA, medido con el "Cuestionario de actitud hacia el uso del condón y el SIDA".

### CARTAS DESCRIPTIVAS

#### 1ª. SESION\*\*

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Apertura</li> <li>• Autoestima, asertividad y Sexualidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Encuadre</li> <li>♦ Presentación</li> <li>♦ Expectativas</li> <li>♦ Aplicación de cuestionarios de actitud hacia el Condón y el SIDA. (20 minutos)</li> <li>• Conocimiento de uno mismo y del otro.</li> <li>• Toma de decisiones asertivas.</li> <li>• La <i>sexualidad</i> en el adolescente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Romper el hielo inicial de todo proceso grupal.</li> <li>♦ Detectar expectativas e intereses de los alumnos</li> </ul> <p>El alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluará su autoestima, en base a la aceptación y/o rechazo que tiene sobre sí mismo.</li> <li>• Elaborará respuestas asertivas en base a situaciones ficticias.</li> <li>• Identificará y expresará los principales elementos que han obstaculizado su desarrollo personal, físico, social, intelectual y sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Dinámica Grupal "Reportaje" (15 minutos)</li> <li>• Expositiva.</li> <li>• Lluvia de ideas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Hojas blancas para cada alumno.</li> <li>♦ Lápices o plumas</li> <li>♦ Cuestionarios</li> <li>• Pizarrón ó rotafolio.</li> <li>• Gises y plumones.</li> </ul>

## 2ª. SESION\*\*

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIAL
♦ Sexualidad y SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Cambios físicos en el hombre y la mujer.</li> <li>♦ Amor, enamoramiento, y noviazgo.</li> <li>♦ Caricias, besos, fajes y relaciones sexuales.</li> <li>♦ ¿Qué es VIH/SIDA?</li> <li>♦ Estadísticas del VIH y SIDA.</li> <li>♦ Variabilidad del VIH. (VIH-1, VIH-2, Seropositividad)</li> </ul>	<p>El alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Mencionará las etapas del desarrollo físico y emocional, en base a las experiencias cotidianas.</li> <li>♦ Describirá la diferencia en cuanto a caricias, fajes y relaciones sexuales.</li> <li>♦ Aclarará la diferencia entre estar infectado por VIH y estar enfermo de SIDA.</li> <li>♦ Analizará la importancia del VIH/SIDA como una enfermedad de transmisión sexual mortal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Expositiva</li> <li>♦ Lluvia de ideas.</li> <li>♦ Dinámica "Sigue las instrucciones" (15 minutos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Pizarrón o rotafolio.</li> <li>♦ Gises o plumones.</li> <li>♦ Tarjetas con instrucciones</li> <li>♦ Lápices o plumas</li> </ul>

## 3ª. SESION\*\*

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIAL
♦ SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ ¿Cómo se transmite el virus del SIDA?</li> <li>♦ Manifestaciones clínicas del SIDA.</li> <li>♦ Pruebas para detectar el virus del SIDA.</li> <li>♦ Los padres como educadores sexuales.</li> <li>♦ La influencia de los amigos en la sexualidad.</li> </ul>	<p>El alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Aprenderá los diferentes medios de transmisión del SIDA y sus manifestaciones clínicas.</li> <li>♦ Describirá los principales obstáculos para comunicarse con sus padres sobre sexualidad.</li> <li>♦ Opinará sobre el papel de los amigos como orientadores de educación sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Expositiva.</li> <li>♦ Lluvia de ideas (15 minutos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Pizarrón o rotafolio.</li> <li>♦ Gises o plumones.</li> </ul>

## 4ª. SESION\*\*

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIAL
♦ Prevención	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Medios de prevención del SIDA.</li> <li>♦ Estadísticas de efectividad y rompimiento del condón.</li> <li>♦ Uso correcto del condón.</li> <li>♦ Los medios de información ante el SIDA y el uso del condón.</li> <li>♦ Tabúes del SIDA.</li> </ul>	<p>El alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Aprenderá los factores que se deben tomar en cuenta para la prevención del SIDA.</li> <li>♦ Practicará el uso correcto del condón, en un pene anatómico utilizado para fines científicos.</li> <li>♦ Describirá la función de los medios de comunicación, en la prevención del SIDA.</li> <li>♦ Verbalizará sus dudas y preguntas, acerca del SIDA, a fin de que le sean respondidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Expositiva.</li> <li>♦ Sociodrama (20 minutos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Pizarrón o rotafolio.</li> <li>♦ Plumones o gises.</li> <li>♦ Sketches.</li> </ul>

## 5ª. SESION\*\*

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIAL
♦ Cierre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Aplicación de cuestionarios de actitud hacia el condón y el SIDA.</li> <li>♦ Evaluación de contenido.</li> <li>♦ Culminación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Evaluar los resultados del curso en base al alcance de objetivos y a la aplicación del cuestionario de actitud.</li> <li>♦ Recordar al alumno la importancia de la prevención del SIDA y del uso del condón en las relaciones sexuales.</li> <li>♦ Finalizar el evento por medio de una actividad gratificante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Cuestionarios.</li> <li>♦ Expositiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Cuestionarios.</li> <li>♦ Plumones o lápices.</li> <li>♦ Rotafolio o pizarrón.</li> <li>♦ Plumones o gises.</li> </ul>



## **CAPÍTULO 6**

### **METODOLOGÍA**

#### **6.1 Planteamiento del Problema**

Se estima que al 1 de diciembre de 1996 se habían producido más de **8,4 millones de casos de SIDA** desde el comienzo de la epidemia mundial. Sin embargo, en razón de un reconocimiento y una notificación insuficientes y retrasos de las notificaciones, los países han comunicado oficialmente a la OMS sólo 1,5 millones de casos acumulativos de SIDA en adultos y niños.

Según estimaciones del ONUSIDA, en 1996 se han producido más de 3,1 millones de infecciones nuevas por el VIH, a razón de 8.500 infecciones por día, 7.500 en adultos y 1.000 en niños.

En 1996, las enfermedades asociadas al VIH/SIDA ocasionaron aproximadamente 1,5 millones de defunciones, entre ellas 350 000 infantiles.

Se cree que desde el comienzo de la epidemia mundial han sido infectadas por el VIH casi 30 millones de personas, entre ellas 26,8 millones de adultos y 2,6 millones de niños. De ese total se estima que han muerto 5 millones de adultos y 1,4 millones de niños. Se calcula que hoy día hay 22,6 millones de personas que viven infectadas por el VIH o con SIDA, entre ellas 21,8 millones de adultos y 830.000 niños.

Aproximadamente el 42% de los 21,8 millones de adultos que viven con el SIDA son mujeres, y la proporción está en aumento. La mayor parte de los adultos recién infectados son menores de 25 años de edad

Hasta el 1° de julio de 1997, el número de casos registrados en México, por la CONASIDA es de 31,807, pero el número estimado de personas que tienen el VIH en México asciende a la cantidad de 200,000 esto es, según estadística proporcionada por CONASIDA en 1997. En 1997, las enfermedades asociadas al VIH/SIDA ocasionaron aproximadamente 17,208 de defunciones en México, según datos proporcionados por CONASIDA.

Ahora bien, en cuanto a la **efectividad del condón para la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y transmisión del VIH/SIDA en el laboratorio es del 99%, por lo que el porcentaje de rupturas del condón durante su uso es tan solo del 0.5% al 13%.**

Muchas veces se llega a ver al condón como un método más de anticoncepción, y se olvidan de su función principal, que es la de evitar contagios de enfermedades de transmisión sexual, así que si la mujer está utilizando algún otro tipo de anticonceptivo, o el hombre utiliza algún tipo de espermicida, creen que ya no es necesario el uso del condón, olvidando a las ETS, o muchas veces se cree que únicamente se adquieren las ETS con sexoservidores, o en relaciones homosexuales.

¿Si tan efectivo es el condón como método de prevención de ETS y del SIDA, como es que el número de personas que tienen el VIH ha aumentado en grandes cifras durante la última década?

Pregunta de Investigación.- **¿Qué efecto tiene un programa de modificación de actitud en un adolescente, hacia el SIDA y al condón como método de prevención a éste?**

## 6.2 Planteamiento de Hipótesis

**Hipótesis de trabajo.-** Si a un grupo de adolescentes se les imparte un programa de modificación de actitud hacia el SIDA y el condón, ésta se modificará a favor del uso del condón como método de prevención del SIDA.

**Hipótesis nula.-** Si a un grupo de adolescentes se les imparte un programa de modificación de actitud hacia el SIDA y el condón, ésta no se modificará a favor del uso del condón como método de prevención del SIDA.

## 6.3 Definición de variables

**Variable independiente:** Programa de modificación de actitud hacia el SIDA y el condón.

**Variable dependiente:** Actitud

Entendiendo por actitud la disposición a hacer, tener y manifestar una conducta de aceptación o de rechazo hacia el SIDA y el uso del condón como método de prevención de ésta, medida por medio del instrumento elaborado para esta investigación.

**Variables extrañas:**

- Sujetos que hayan asistido anteriormente a algún programa semejante
- Sujetos que se encuentren infectados por el VIH/SIDA.
- Sujetos que hayan faltado a más de una sesión.

**Control de variables extrañas:**

Se encuestó a los sujetos a fin conocer si éstos habían recibido anteriormente un programa de instrucción semejante, así como para saber si alguno(s) se encontraba(n) infectado(s) por el virus del VIH.

En cuanto a la variable por inasistencia, se excluyeron de la muestra todos aquellos sujetos que tuvieron más de una falta.

#### 6.4 Selección y asignación de sujetos a grupos

##### **Criterios de inclusión:**

Edad: 12-17 años.

Sexo: Indistinto (masculino y femenino).

Escolaridad: Estudiantes de Secundaria Técnica en el D.F.

Estatus socioeconómico: Indistinto

Vida sexual activa: Indistinto

Se seleccionaron todos los grupos de segundos y terceros años de una Secundaria Técnica en el Distrito Federal, turno vespertino, se excluyeron los alumnos del primer grado de secundaria, debido a que a éstos ya se les había impartido un curso de Prevención del SIDA, en la asignatura de Orientación Educativa, impartido por las Psicólogas de la Escuela.

La muestra total de la población constó de 127 sujetos, conformada de la siguiente forma:

	Tercero A	Tercero B	Tercero C	Segundo A	Segundo B	Segundo C
Hombres	16	13	12	11	12	12
Mujeres	7	9	10	10	7	8
Total	23	22	22	21	19	20

## **6.5 Escenario**

Aulas de una Secundaria Técnica en el Distrito Federal, Delegación Miguel Hidalgo, debidamente alumbradas con sillas colocadas en forma circular y con el material necesario para la impartición de cada sesión.

## **6.6 Selección de un diseño**

Se eligió el diseño de Investigación de Pretest-retest, es decir se aplicó el instrumento antes (pre-test) y después (pos-test) del programa, para comprobar la hipótesis de trabajo, de que el programa puede modificar la actitud del adolescente hacia el SIDA y el condón, como método de prevención a éste.

## **6.7 Procedimiento Experimental**

1.- Se construyó el instrumento para conocer la actitud de los adolescentes hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA, se aplicó la prueba piloto y se hizo el análisis estadístico del instrumento (ver Capítulo V, Construcción del instrumento).

2.- Se elaboró un programa de modificación de actitud en adolescentes, hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA (ver Capítulo V, Elaboración del programa)

3.- Se presentó el programa al Director de la Secundaria Técnica, turno vespertino.

4.- El programa fue aprobado para su impartición en un horario de Lunes a Viernes de 4:30 a 7:20 para abarcar los 3 grupos de segundo y los tres grupos de tercero.

5.- Se acordó ver un día a los tres grupos de segundo y el siguiente a los tres grupos de tercero, ya que se contaban con 3 horas-materia, diarias para la impartición del programa de modificación de actitud hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA.

6.- Se comenzó el programa el día 14 de febrero a los grupos de segundo año y el día 15 a los grupos de tercer año de secundaria.

### **PRIMERA SESIÓN**

**14 y 15 de febrero del 2000.**

Se comenzó el curso con la presentación del facilitador y el asistente, se les dio una breve reseña de lo que abarcaría el programa e inmediatamente se procedió a la aplicación del instrumento. Éste se contestó en promedio en 30 minutos, durante la aplicación del mismo se presentaron preguntas como:

- ¿Qué es sexo anal?
- ¿Qué es heterosexual?
- ¿Qué es bisexual?
- ¿Qué es sexo oral?

Dichas preguntas fueron contestadas en el acto, informándoles que más adelante se abarcaría el tema más ampliamente. Se les indicó que conforme fueran terminando de contestar el cuestionario lo fueran entregando, una vez que fueron entregados todos los cuestionario se

procedió a impartir el tema de Autoestima, asertividad y sexualidad, de acuerdo a la carta descriptiva correspondiente a la 1ª sesión (Ver Capítulo V)

Se contestaron 110 cuestionarios, 10 personas no asistieron a la escuela y 7 personas fueron sacadas del aula por faltas de conducta, quedando fuera de la muestra, por lo que la ésta quedó reducida a 110 sujetos.

Durante la presentación de los temas, los sujetos mostraron con atención dispersa y hubo poca participación de su parte.

Posteriormente, se aplicó la dinámica de "Reportaje" donde cada uno de los participantes tenía que entrevistar a su compañero de la derecha, tomando datos como nombre, edad, si tenía novio(a), y algún dato extra. Se les dio cinco minutos para obtener dichos datos. Después se les pidió a cada uno de ellos que presentaran a la persona que habían entrevistado. Mostrándose los grupos animados y participativos.

Con cada grupo la sesión tuvo una duración de 50 minutos y se siguió conforme a la carta descriptiva de la 1ª sesión.

## **SEGUNDA SESIÓN**

**16 y 17 de febrero del 2000.**

Se presentó el tema de sexualidad y SIDA, se retomaron las preguntas de la sesión anterior y surgieron otras dudas como la diferencia entre vivir su sexualidad y tener relaciones sexuales, si se valía o no tener fajes y hasta donde podían llegar, se diferenció el SIDA de las otras enfermedades de Transmisión sexual sin restarles importancia, hubo

participación por parte los alumnos y mostraron mayor interés en el programa que la sesión pasada.

El tema se expuso con láminas e ilustraciones, se pidió la participación oral de los alumnos en ciertos subtemas como; amor, enamoramiento y noviazgo y el subtema de caricias, besos, fajes y relaciones sexuales.

Se hizo especial énfasis entre la diferencia de estar infectado por el VIH y tener SIDA, para lo cual se expusieron algunos casos.

Posteriormente se aplicó la dinámica sigue las instrucciones, donde se les entregó una tarjeta a cada uno de los alumnos cada una de ellas tenía escrito "Sigue las instrucciones" a excepción de tres que decían "No sigas las instrucciones". Se les indicó que tenían que hacer lo que decía su tarjeta, lo cual debía ser en forma individual. Se les informó que las instrucciones eran, pide a tres de tus compañeros que escriban su nombre en el reverso de la tarjeta que se te acaba de entregar. Una vez que todos habían recabado la firma de tres de su compañeros se les pidió tomar asiento, después se le pidió a uno de sus compañeros que leyera los tres nombres que tenía en su tarjeta, a esos tres se les pidió que leyeras los tres nombres que tenían anotados y así sucesivamente hasta que todos estuvieran de pie a excepción de las personas cuyas tarjetas decían "No sigas las instrucciones".

Se les pidió imaginaran que la primera persona que se había puesto de pie tenía SIDA y que había mantenido relaciones sexuales sin condón con cada una de las personas cuyo nombre tenía notado en su tarjeta, y que cada uno de los habían mantenido relaciones sexuales con las personas cuyo nombre estaba anotado en su tarjeta Por lo que la pandemia del SIDA había llegado hasta ellos



Se les pidió reflexionaran el cómo una sola persona podía infectar a muchas otras más, y cómo el tener relaciones sexuales una sola vez sin protección puede ser suficiente para adquirir el virus del SIDA.

Hubo una asistencia total de 90 sujetos, cada sesión tuvo una duración de 50 minutos y se llevó a cabo de acuerdo a la carta descriptiva de la 2ª sesión.

### **TERCERA SESIÓN**

**18 y 21 de febrero del 2000.**

Al inicio se hizo un breve resumen de lo que se había visto la sesión pasada y posteriormente se presentó el tema de SIDA, al abarcar el subtema de ¿Cómo se transmite el virus del SIDA? Se les explicó las diferentes tipos de relaciones sexuales y la relación que guardan con las preferencias sexuales y su diferencia, cuya duda se había demostrado desde la primera sesión.

Hubo otro tipo de dudas acerca de sexualidad, como lo son:

¿Una mujer embarazada, si tiene relaciones sexuales durante su embarazo puede volver a quedar embarazada y tener gemelos?

¿Si utilizo 3 condones al mismo tiempo, no pasa nada?

Se comenzó a abarcar el tema de los padres como educadores sexuales, preguntándoles si ellos habían comentado a sus padres que estaban recibiendo un curso que hablaba de sexualidad, el uso del condón y el SIDA, sólo una minoría le había comentado a sus padres,

todos los demás alegaron que con ellos no se podía hablar de ese tema, o que no veían a sus padres porque trabajaban todo el día e incluso algunos trabajaban en la noche, otros dijeron que les daba pena, otros no tenían papá y que no se podían discutir esos temas con su mamá en el caso de los hombres, y otros más que sus padres evitaban el tema.

Se concluyó invitándolos a intentar mantener una plática con sus padres sobre sexualidad y que si aún así sus padres se negaban, que acudieran a otras personas para resolver sus dudas como maestros, el doctor de la escuela y las psicólogas, haciéndoles reflexionar que sus amigos se encuentran igual de confundido que ellos y que la información que pudieran darles podría estar distorsionada y que podrían acarrear consecuencias desagradables.

Hubo una asistencia total de 113 alumnos, cada sesión tuvo una duración de 50 minutos, y se abarcaron todos los subtemas de la carta descriptiva de la 3ª sesión.

#### **CUARTA SESIÓN**

**22 y 23 de febrero del 2000.**

Se inició haciendo un repaso de las dos sesiones anteriores abarcando los principales conceptos como la diferencia entre estar infectado por el VIH, seropositividad y tener SIDA, como se transmite el virus del SIDA y sus manifestaciones clínicas.

Se hizo especial énfasis en los medios de prevención del SIDA.

Los alumnos mostraron interés inicial en el uso del condón, sólo para evitar embarazos, por lo que se tuvo que hacer especial énfasis en la principal función del condón que es evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual especialmente del SIDA.

En la práctica del uso correcto del condón en un pene anatómico utilizado para fines científicos, se vio un especial interés por parte de los alumnos, sólo algunos mofaron pero se pudo controlar la situación y que le dieran la importancia que se requiere.

La sesión fue muy dinámica, y hubo gran participación por parte de los alumnos.

Hubo una asistencia total de 99 alumnos, cada sesión tuvo una duración de 50 minutos y se llevo a cabo de acuerdo a la carta descriptiva de la 4ª sesión.

#### **QUINTA SESION**

**24 y 25 de febrero del 2000.**

Se hizo un pequeño resumen del programa al inicio de la sesión, posteriormente se procedió a la aplicación de los cuestionarios esta vez el tiempo de respuesta fue menor, abarcando aproximadamente 20 minutos para contestarlo.

Al darse cuenta que era el mismo que el anterior, algunos lo contestaron al azar por lo que no se pudieron tomar en cuenta estadísticamente, así como a aquellos que habían faltado a más de una sesión.

Una vez que fueron entregados todos los cuestionarios se les dio las gracias y se terminó la sesión con juegos de sillas.

Se aplicaron un total de 110 cuestionarios, se terminó el programa de acuerdo a la carta descriptiva de la 5ª sesión.

7.- Los cuestionarios aplicados tanto en el pre-test como en el pos-test se sometieron a los criterios de exclusión, que para esta investigación fueron los siguientes:

- Sujetos que hayan asistido a otro curso semejante.
- Sujetos homosexuales.
- Sujetos infectados por el VIH
- Sujetos seropositivos.
- Sujetos que hayan faltado a más de una sesión
- Sujetos que no hayan contestado en su momento el pre-test o pos-test.
- Sujetos que contesten el cuestionario de manera azarosa.

8.- Una vez sometidos a los criterios de exclusión quedaron 82 cuestionarios, cuyos resultados se analizarán en el siguiente capítulo.

**CAPÍTULO 7**  
**RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

# Resultados Pretest

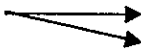
167

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	23	24	26	28	27	28	29	30	31	32	33	34	35	T	S	E	V						
1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	24	M	15					
2	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	20	M	14					
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	27	M	15				
4	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	F	14				
5	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	M	15				
6	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	M	14				
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	34	M	15				
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	34	M	14				
9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	27	F	14			
10	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	26	M	15			
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	32	M	14			
12	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	28	F	14			
13	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	22	F	14			
14	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	31	M	15			
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	31	M	15			
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	29	M	17			
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	33	M	14		
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	33	M	15		
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	27	M	13		
20	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	30	F	14		
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	34	M	14	
22	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	31	F	16		
23	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	28	M	14			
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	34	M	14	
25	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	25	F	14		
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	27	F	15	
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	33	M	14	
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	33	F	16	
29	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	25	M	14		
30	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	29	M	14	
31	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	29	M	17	
32	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	30	M	15	
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	30	M	15
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	34	M	18
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	35	F	14
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	28	M	16
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	27	M	15
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	33	M	14
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	27	F	16
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	29	F	14
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	29	F	16
42	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	18	F	15	
43	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	21	F	15
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	29	M	15
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	31	F	15




Donde:

**T= Calificación total**

**S= Sexo**  **M= masculino**  
**F= femenino**

**E= Edad**

**V= Vida Sexual**  **A= Activa heterosexual**  
**AB= Activa bisexual**  
**I – inactiva heterosexual**  
**IB - Inactiva bisexual**



## Análisis de Resultados

Para comprobar si se aprobaba o no la hipótesis de trabajo, se aplicó el Análisis de Varianza Anova de dos factores, donde  $a_1$  corresponde a las calificaciones obtenidas en el pretest y  $a_2$  a las calificaciones obtenidas en el postest.

**Terceros**

	$a_1$	$A_2$	$a_1^2$	$a_2^2$
1	24	32	576	1024
2	20	32	400	1024
3	27	34	729	1156
4	26	31	676	961
5	29	34	841	1156
6	25	33	625	1089
7	34	35	1156	1225
8	34	35	1156	1225
9	27	28	729	784
10	26	30	676	900
11	32	35	1024	1225
12	28	34	784	1156
13	22	31	484	961
14	31	35	961	1225
15	29	34	841	1156
16	33	35	1089	1225
17	32	33	1024	1089
18	27	33	729	1089
19	24	34	576	1156
20	30	35	900	1225
21	34	34	1156	1156
22	31	31	961	961
23	26	35	676	1225
24	34	32	1156	1024
25	25	32	625	1024
26	27	35	729	1225
27	33	33	1089	1089
28	33	31	1089	961
29	25	32	625	1024
30	29	33	841	1089
31	32	35	1024	1225
32	30	35	900	1225
33	34	35	1156	1225
34	35	30	1225	900
35	26	34	676	1156
36	27	35	729	1225
37	33	34	1089	1156
38	27	35	729	1225
39	29	34	841	1156
40	29	34	841	1156
41	18	31	324	961
	<b>1177</b>	<b>1363</b>	<b>34457</b>	<b>45439</b>

**Segundos**

	$a_1$	$a_2$	$a_1^2$	$a_2^2$
21	32	441	1024	
29	32	841	1024	
21	33	441	1089	
31	34	961	1156	
35	35	1225	1225	
30	33	900	1089	
27	31	729	961	
27	32	729	1024	
28	34	784	1156	
26	32	676	1024	
27	32	729	1024	
25	32	625	1024	
25	33	625	1089	
24	27	576	729	
23	31	529	961	
25	34	625	1156	
27	34	729	1156	
24	27	576	729	
24	32	576	1024	
21	32	441	1024	
20	31	400	961	
24	32	576	1024	
24	31	576	961	
33	35	1089	1225	
22	33	484	1089	
27	33	729	1089	
31	32	961	1024	
28	34	784	1156	
30	34	900	1156	
25	33	625	1089	
14	32	196	1024	
28	30	784	900	
21	33	441	1089	
25	32	625	1024	
20	33	400	1089	
25	32	625	1024	
23	31	529	961	
20	30	400	900	
25	35	625	1225	
17	29	289	841	
23	31	529	961	
	<b>1025</b>	<b>1318</b>	<b>26325</b>	<b>42500</b>

Donde:

**Terceros**

$$a_1 + a_2 = 2540$$

$$a_1^2 + a_2^2 = 79,896$$

**Segundos**

$$a_1 + a_2 = 2343$$

$$a_1^2 + a_2^2 = 68,825$$

**Por columnas**

$$\sum a_1 = 2,202$$

$$\sum a_2 = 2,681$$

$$\sum x_t^2 = 148,721$$

$$\sum x_t = 4,883$$

$$N_t = 164$$

Sustituyendo en formulas:

$$SC_t = \frac{\sum x_t^2}{N_t} - \frac{(\sum x_t)^2}{N_t}$$

$$SC_t = \frac{148,721}{164} - \frac{(4883)^2}{164}$$

$$\underline{SC_t = 3332.65}$$

$$SC_{intra} = \frac{\sum x_k^2}{N} - \frac{(\sum x_k)^2}{N}$$

$$SC_{intra} = \frac{148,721}{41} - \frac{(1177^2 + 1363^2 + 1025^2 + 1318^2)}{41}$$

$$\underline{SC_{intra} = 1627.17}$$

$$SC_c = \frac{\sum (\sum x_c)^2}{N_c} - \frac{(\sum x_t)^2}{N_t}$$

$$SC_c = \frac{(2202^2 + 2681^2)}{82} - \frac{(4883^2)}{164}$$

$$\underline{SC_c = 1399.03}$$

$$SC_r = \frac{\sum (\sum x_r)^2}{N_r} - \frac{(\sum x_t)^2}{N_t}$$

$$SC_r = \frac{(2540^2 + 2343^2)}{82} - \frac{(4883^2)}{164}$$

$$\underline{SC_r = 236.64}$$

$$SC_{cr} = SC_t - SC_{intra} - SC_c - SC_r$$

$$SC_{cr} = 3332.65 - 1627.17 - 1399.03 - 236.64$$

$$\underline{SC_{cr} = 69.81}$$

Los grados de libertad para las distintas partes de este problema son:

$$gl_r = N_t - 1 = 164 - 1 = 163$$

$$gl_{intra} = K(N-1) = 4(41-1) = 160$$

$$gl_c = c - 1 = 2 - 1 = 1$$

$$gl_r = r - 1 = 2 - 1 = 1$$

$$gl_{cr} = (c - 1)(r - 1) = (1)(1) = 1$$

**TABLA DE ANOVA**

Fuente de variación	SC	gl	CM	F	P
<b>Columnas</b>	1399.03	1	1399.03	137.56	<0.01
<b>Renglones</b>	236.64	1	236.64	23.27	<0.01
<b>Interacción</b>	69.81	1	69.81	6.86	<0.01
<b>Intra</b>	1627.17	160	10.17		
<b>Total</b>	3332.65	163			

Donde  $F = CM / INTRA$

$$gl\ 1, 160 = \alpha\ 5\% = 3.91$$

$$\alpha\ 1\% = 6.81$$

Por lo tanto:

$$H_0: \mu_{c1} = \mu_{c2}$$

$$H_1: \mu_{c1} \neq \mu_{c2}$$

$H_0$  se rechaza al 1%, si hay diferencia en la medias entre columnas, es decir si hay diferencia entre los resultados obtenidos en el pretest y postest, la diferencia entre las medias es estadísticamente significativa. Esto conduce a que el factor "programa de modificación de actitud" es significativo.

$$H_0: \mu_{r1} = \mu_{r2}$$

$$H_1: \mu_{r1} \neq \mu_{r2}$$

$H_0$  se rechaza al 1%, si hay diferencia en la medias entre renglones, es decir si hay diferencia entre los resultados obtenidos entre segundos y terceros de secundaria, la diferencia entre las medias es estadísticamente significativa.

**$H_0$ : Los efectos de interacción no están presentes**

**$H_1$ : Los efectos de interacción están presentes**

$H_0$  se rechaza al 1%, por lo que se concluye que el efecto de interacción también es significativo. Debe reconocerse la presencia de una interacción significativa cuando se considera el efecto principal significativo de un programa de modificación de actitud hacia el uso del condón, como método de prevención del SIDA y los adolescentes.

Se aplicó también Análisis de Varianza Anova de dos factores, para saber si había diferencia entre hombre y mujeres, donde nuevamente las columnas corresponden a Pretest ( $a_1$ ) y postest ( $a_2$ ), y los renglones ahora corresponden a hombres y mujeres.

## Mujeres

	$a_1$	$a_2$	$a_1^2$	$a_2^2$
1	26	31	676	961
2	27	28	729	784
3	28	34	784	1156
4	22	31	484	961
5	30	35	900	1225
6	31	31	961	961
7	25	32	625	1024
8	27	35	729	1225
9	33	31	1089	961
10	32	35	1024	1225
11	35	30	1225	900
12	27	35	729	1225
13	29	34	841	1156
14	29	34	841	1156
15	18	31	324	961
16	21	32	441	1024
17	21	33	441	1089
18	31	34	961	1156
19	35	35	1225	1225
20	28	34	784	1156
21	26	32	676	1024
22	27	32	729	1024
23	25	33	625	1089
24	24	27	576	729
25	27	34	729	1156
26	21	32	441	1024
27	24	32	576	1024
28	33	35	1089	1225
29	27	33	729	1089
30	31	32	961	1024
31	28	30	784	900
32	21	33	441	1089
33	25	32	625	1024
34	25	32	625	1024
35	20	30	400	900
36	25	35	625	1225
37	23	31	529	961
	<b>987</b>	<b>1200</b>	<b>26973</b>	<b>39062</b>

## Hombres

	$a_1$	$a_2$	$a_1^2$	$a_2^2$
1	24	32	576	1024
2	20	32	400	1024
3	27	34	729	1156
4	29	34	841	1156
5	25	33	625	1089
6	34	35	1156	1225
7	34	35	1156	1225
8	26	30	676	900
9	32	35	1024	1225
10	31	35	961	1225
11	29	34	841	1156
12	33	35	1089	1225
13	32	33	1024	1089
14	27	33	729	1089
15	24	34	576	1156
16	34	34	1156	1156
17	26	35	676	1225
18	34	32	1156	1024
19	33	33	1089	1089
20	25	32	625	1024
21	29	33	841	1089
22	30	35	900	1225
23	34	35	1156	1225
24	26	34	676	1156
25	27	35	729	1225
26	33	34	1089	1156
27	29	32	841	1024
28	30	33	900	1089
29	27	31	729	961
30	27	32	729	1024
31	25	32	625	1024
32	23	31	529	961
33	25	34	625	1156
34	24	27	576	729
35	24	32	576	1024
36	20	31	400	961
37	24	31	576	961
38	22	33	484	1089
39	28	34	784	1156
40	30	34	900	1156
41	25	33	625	1089
42	14	32	196	1024
43	20	33	400	1089
44	23	31	529	961
45	17	29	289	841
	<b>1215</b>	<b>1481</b>	<b>33809</b>	<b>48877</b>

Donde:

### Mujeres

$$a_1 + a_2 = 2187$$

$$a_1^2 + a_2^2 = 66035$$

### Hombres

$$a_1 + a_2 = 2696$$

$$a_1^2 + a_2^2 = 82686$$

### Por columnas

$$\sum a_1 = 2,202$$

$$\sum a_2 = 2,681$$

$$\sum x_t^2 = 148,721$$

$$\sum x_t = 4,883$$

$$N_t = 164$$

Sustituyendo en formulas:

$$SC_t = \frac{\sum x_t^2 - (\sum x_t)^2}{N_t}$$

$$SC_t = \frac{148,721 - (4883)^2}{164}$$

$$\underline{SC_t = 3332.65}$$

$$SC_{intra} = \sum x_t^2 - \frac{(\sum x_k)^2}{N}$$

$$SC_{intra} = 148,721 - \left( \frac{987^2}{37} + \frac{1200^2}{37} + \frac{1215^2}{45} + \frac{1481^2}{45} \right)$$

$$\underline{SC_{intra} = 1926.83}$$

$$SC_c = \frac{\sum (\sum x_c)^2}{N_c} - \frac{(\sum x_t)^2}{N_t}$$

$$SC_c = \frac{(2202^2 + 2681^2)}{82} - \frac{(4883^2)}{164}$$

$$\underline{SC_c = 1399.03}$$

$$SC_r = \frac{\sum (\sum x_r)^2}{N_r} - \frac{(\sum x_t)^2}{N_t}$$

$$SC_r = \frac{(2187^2 + 2696^2)}{82} - \frac{(4883^2)}{164}$$

$$\underline{SC_r = 1579.76}$$

$$SC_{cr} = SC_t - SC_{intra} - SC_c - SC_r$$

$$SC_{cr} = 3332.65 - 1926.83 - 1399.03 - 1579.76$$

$$\underline{SC_{cr} = -1572.97}$$

Los grados de libertad para las distintas partes de este problema son:

$$gl_t = N_t - 1 = 164 - 1 = 163$$

$$gl_{intra} = K(N-1) = 4(41-1) = 160$$

$$gl_c = c - 1 = 2 - 1 = 1$$

$$gl_r = r - 1 = 2 - 1 = 1$$

$$gl_{cr} = (c-1)(r-1) = (1)(1) = 1$$

**TABLA DE ANOVA**

Fuente de variación	SC	gl	CM	F	P
<b>Columnas</b>	1399.03	1	1399.03	116.20	<0.01
<b>Renglones</b>	1579.76	1	1579.76	131.21	<0.01
<b>Interacción</b>	-1572.97	1	-1572.97	-130.64	>0.01
<b>Intra</b>	1926.83	160	12.04		
<b>Total</b>	3332.65	163			

Donde  $F = CM / INTRA$

$$gl\ 1, 160 = \alpha\ 5\% = 3.91$$

$$\alpha\ 1\% = 6.81$$

Por lo tanto:

$$H_0: \mu_{c1} = \mu_{c2}$$

$$H_1: \mu_{c1} \neq \mu_{c2}$$

$H_0$  se rechaza al 1%, si hay diferencia en la medias entre columnas, es decir si hay diferencia entre los resultados obtenidos en el pretest y postest, la diferencia entre las medias es estadísticamente significativa, una vez más.

$$H_0: \mu_{r1} = \mu_{r2}$$

$$H_1: \mu_{r1} \neq \mu_{r2}$$

$H_0$  se rechaza al 1%, si hay diferencia en la medias entre renglones, es decir si hay diferencia entre los resultados obtenidos entre hombres y mujeres, la diferencia entre las medias es estadísticamente significativa.

**$H_0$ : Los efectos de interacción no están presentes**

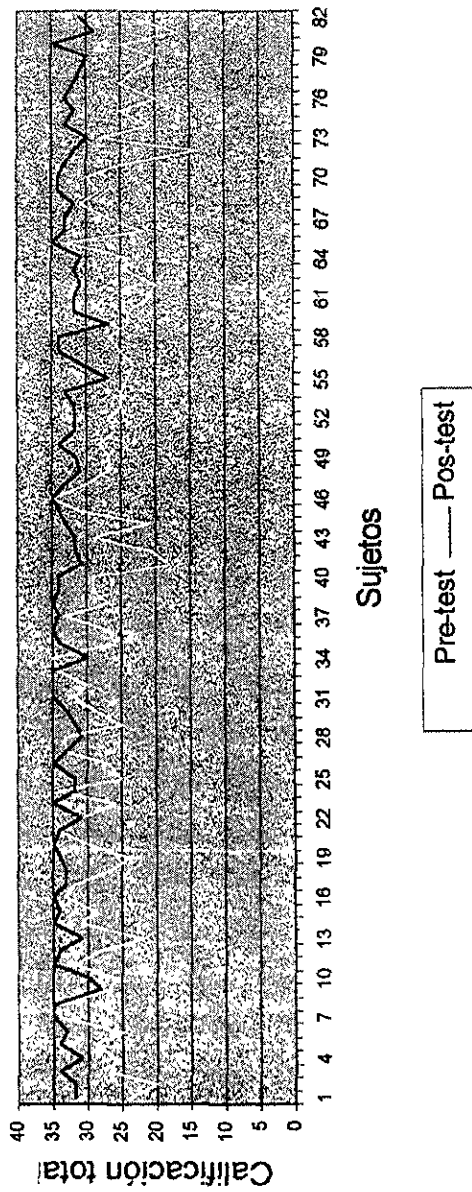
**$H_1$ : Los efectos de interacción están presentes**

$H_0$  se acepta al 1%, por lo que se concluye que no están presentes los efectos de interacción.



GRAFICO NUMERO 1

### Calificaciones Pre-test y Pos-test por sujeto

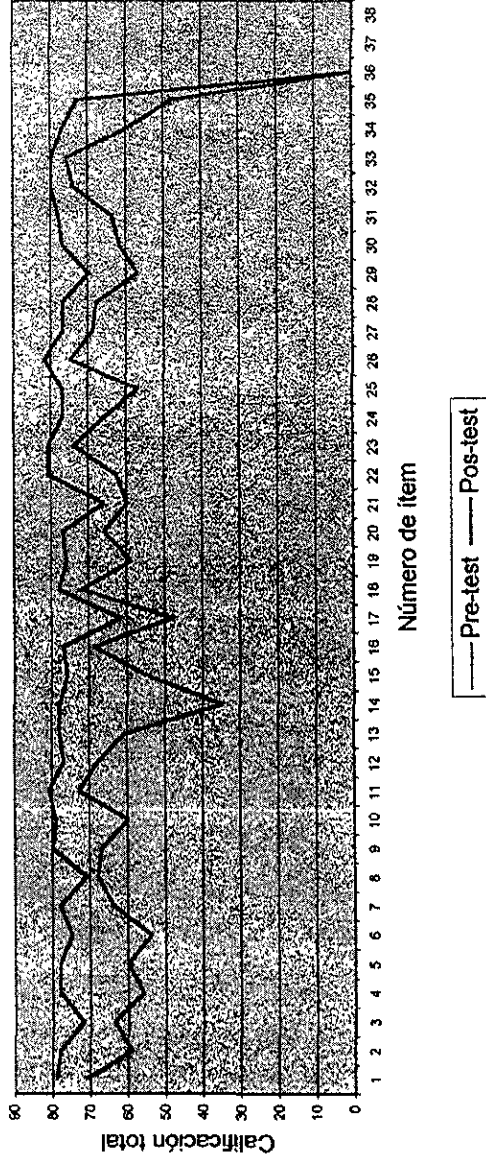


En este gráfico, se observa un incremento en las calificaciones obtenidas por los sujetos, después de haberse impartido el programa.

FUENTE: Calificaciones obtenidas durante el Programa de Modificación de Actitud impartido a los alumnos de segundo y tercer grado de una Secundaria Técnica en el Distrito Federal, en el periodo comprendido del 14 al 25 de febrero de 2000.

GRAFICO NUMERO 2

Calificaciones Pre-test y Pos-test por ítem

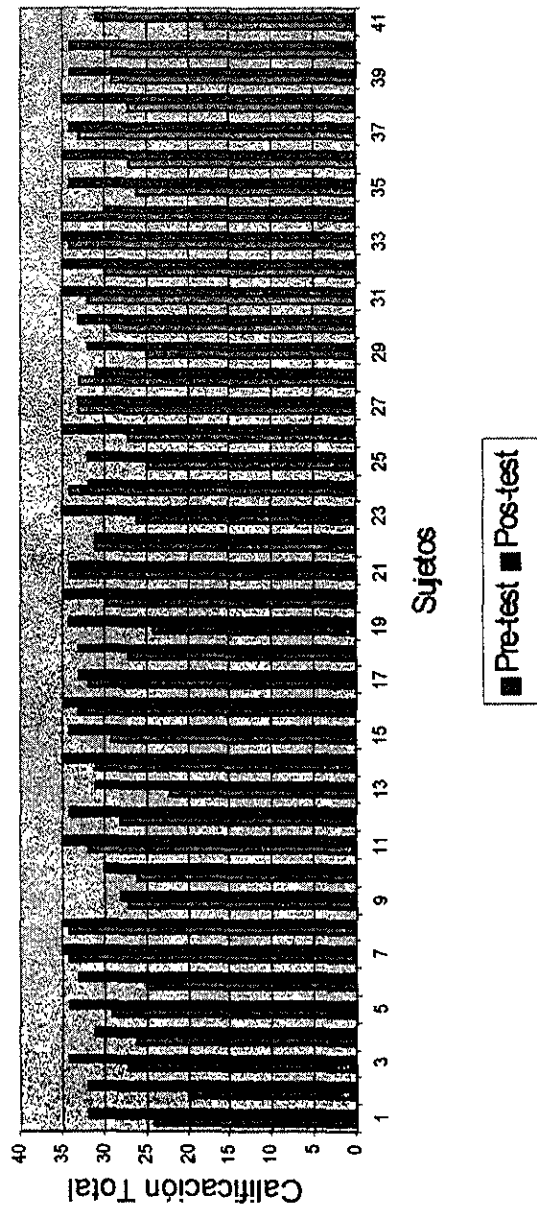


En este gráfico, se observa un incremento en todas las calificaciones obtenidas en cada ítem, después de haberse impartido el programa.

FUENTE: Calificaciones obtenidas durante el Programa de Modificación de Actitud impartido a los alumnos de segundo y tercer grado de una Secundaria Técnica en el Distrito Federal, en el periodo comprendido del 14 al 25 de febrero de 2000.

GRAFICO NUMERO 3

### Calificaciones Terceros Pre-test y Post-test

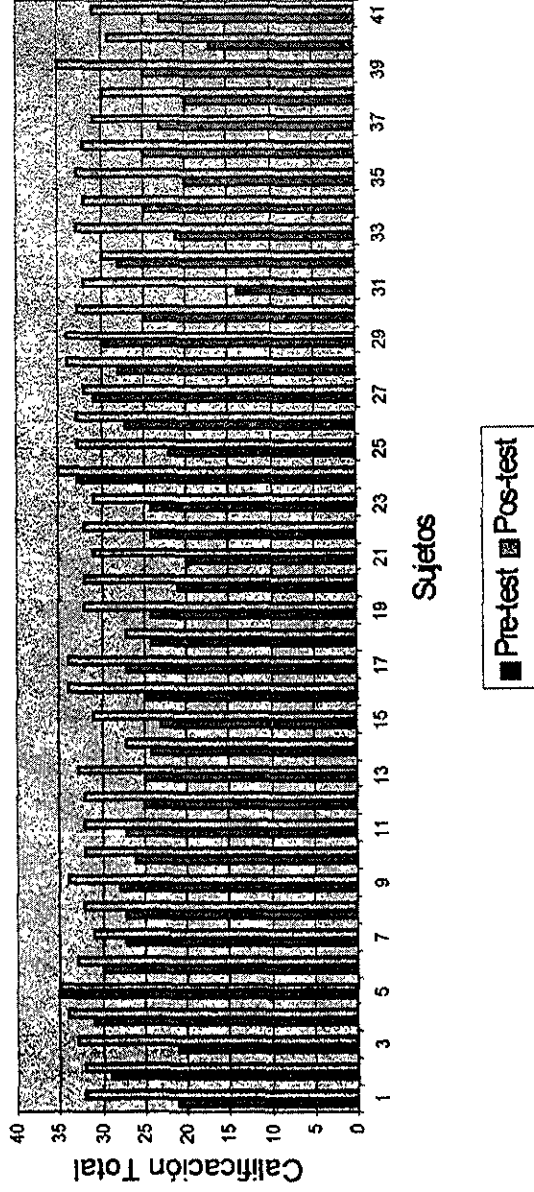


En este gráfico, se observa un incremento en la gran mayoría de las calificaciones obtenidas por los sujetos del tercer grado, después de haberse impartido el programa.

FUENTE: Calificaciones obtenidas durante el Programa de Modificación de Actitud impartido a los alumnos de segundo y tercer grado de una Secundaria Técnica en el Distrito Federal, en el periodo comprendido del 14 al 25 de febrero de 2000.

GRAFICO NUMERO 4

### Calificaciones Segundos Pre-test y Pos-test

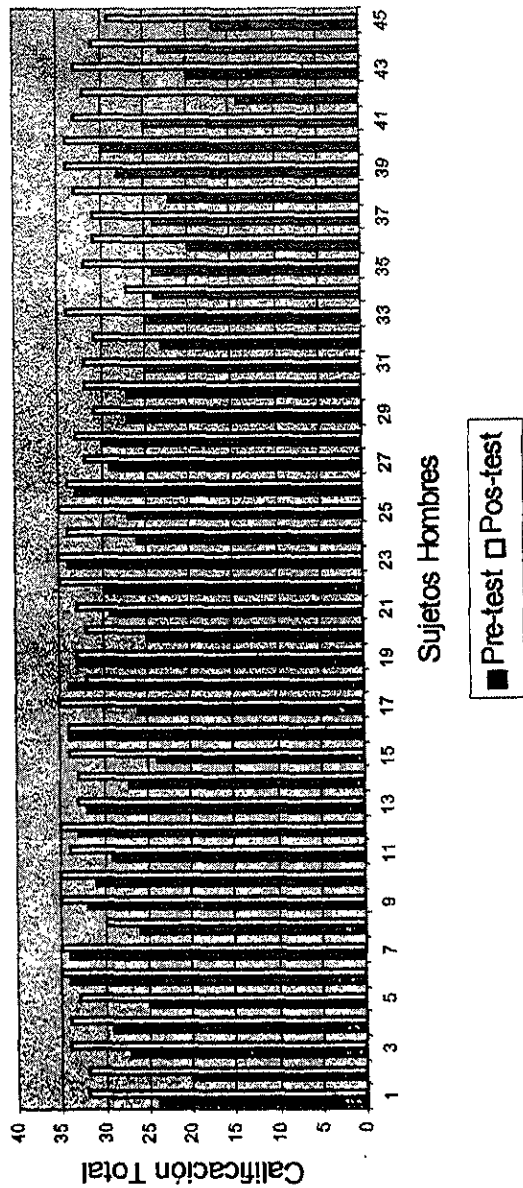


En este gráfico, se observa un incremento en todas las calificaciones obtenidas por los sujetos del segundo grado, después de haberse impartido el programa.

FUENTE: Calificaciones obtenidas durante el Programa de Modificación de Actitud impartido a los alumnos de segundo y tercer grado de una Secundaria Técnica en el Distrito Federal, en el periodo comprendido del 14 al 25 de febrero de 2000.

GRAFICO NUMERO 5

### Calificaciones Totales Hombres Pre-test y Pos-test

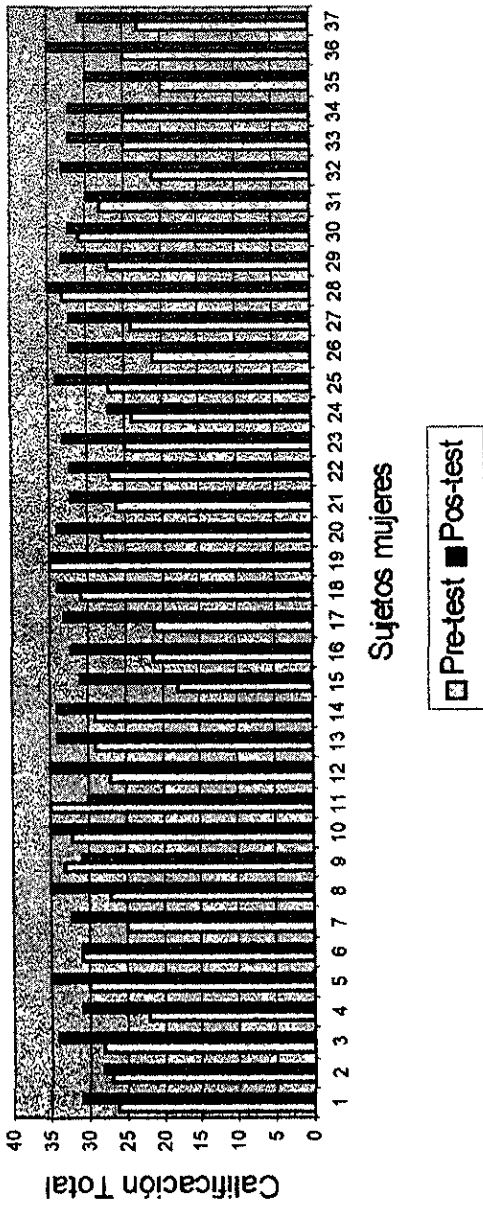


En este gráfico, se observa un incremento en las calificaciones obtenidas por los sujetos del sexo masculino, después de haberse impartido el programa.

FUENTE: Calificaciones obtenidas durante el Programa de Modificación de Actitud impartido a los alumnos de segundo y tercer grado de una Secundaria Técnica en el Distrito Federal, en el periodo comprendido del 14 al 25 de febrero de 2000.

GRAFICO NUMERO 6

**Calificaciones Totales Mujeres Pre-test y Pos-test**

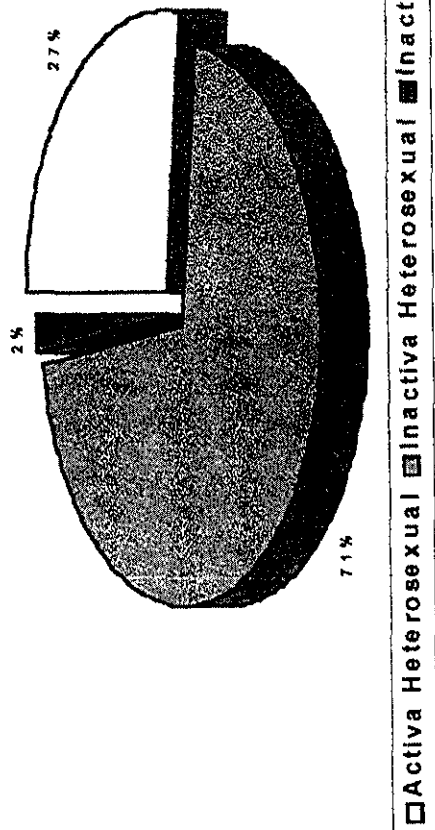


En este gráfico, se observa un incremento en la gran mayoría de las calificaciones obtenidas por los sujetos del sexo femenino, después de haberse impartido el programa.

FUENTE: Calificaciones obtenidas durante el Programa de Modificación de Actitud impartido a los alumnos de segundo y tercer grado de una Secundaria Técnica en el Distrito Federal, en el periodo comprendido del 14 al 25 de febrero de 2000.

FIGURA NUMERO 1

### Porcentaje de Actividad Sexual en la Población Masculina

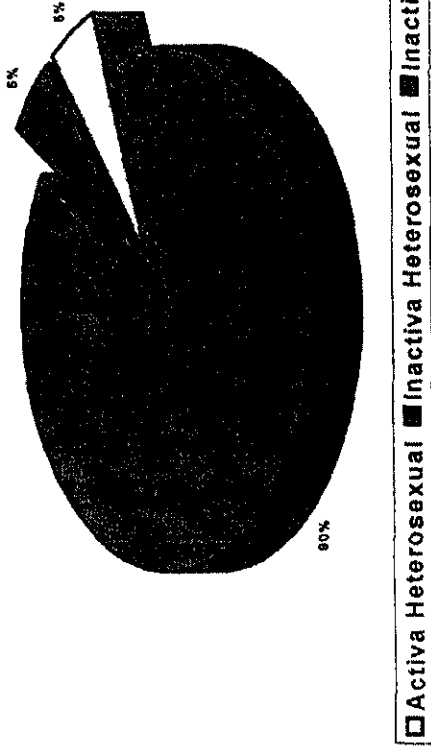


En esta figura, se observa que el 71% de la muestra del sexo masculino lleva una vida sexual inactiva heterosexual, un 27% ha iniciado una vida sexual activa heterosexual y el 2% restante manifiesta tener una vida sexual inactiva bisexual. Lo cual indica que dentro de esta muestra, el sexo masculino posee mayor porcentaje de vida sexual activa heterosexual.

FUENTE: Calificaciones obtenidas durante el Programa de Modificación de Actitud impartido a los alumnos de segundo y tercer grado de una Secundaria Técnica en el Distrito Federal, en el periodo comprendido del 14 al 25 de febrero de 2000.

FIGURA NUMERO 2

### Porcentaje de Actividad Sexual en la Población Femenina



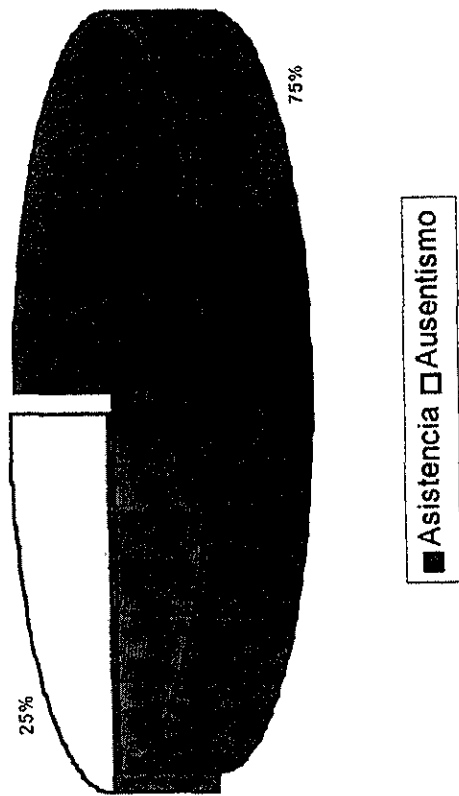
En esta figura, se observa que el 90% de la muestra del sexo femenino lleva una vida sexual inactiva heterosexual, un 5% ha iniciado una vida sexual activa heterosexual y el 5% restante manifiesta llevar una vida sexual inactiva bisexual. Lo cual indica que el mayor porcentaje del sexo femenino de esta muestra no ha iniciado una vida sexual activa heterosexual.

FUENTE: Calificaciones obtenidas durante el Programa de Modificación de Actitud impartido a los alumnos de segundo y tercer grado de una Secundaria Técnica en el Distrito Federal, en el periodo comprendido del 14 al 25 de febrero de 2000.



FIGURA NUMERO 3

### Porcentaje de Asistencia al Programa



En esta figura se observa que el porcentaje de ausentismo fue del 25% de la población, lo cual indica que de los 120 sujetos que conformaban la muestra inicial, únicamente se pudo trabajar estadísticamente con 82 sujetos.

FUENTE: Calificaciones obtenidas durante el Programa de Modificación de Actitud impartido a los alumnos de segundo y tercer grado de una Secundaria Técnica en el Distrito Federal, en el periodo comprendido del 14 al 25 de febrero de 2000.

## **CAPÍTULO 8**

### **CONCLUSIONES**

1.- El objetivo que se planteó en esta Investigación se cubrió satisfactoriamente, ya que el programa aplicado, modificó la actitud del adolescente hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA.

2.- La actitud del adolescente se vió favorecida hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA.

3.- El adolescente adquirió conocimientos durante el desarrollo del programa, acerca del SIDA y el uso del condón, lo cual generó un cambio en la actitud del adolescente, por lo que evitará conductas de riesgo y adoptará medidas preventivas.

4.- El desarrollo del programa provocó cambios en el área afectiva del adolescente, en cuanto al uso del condón, hacia la enfermedad del SIDA y los enfermos que la padecen.

5.- El programa fue diseñado exclusivamente para esta Investigación tomando en cuenta las características específicas de la muestra, por ello se obtuvieron resultados estadísticamente significativos.

6.- Los expositores tuvieron la capacidad de transmitir los conocimientos acerca del SIDA y el uso del condón a los adolescentes.

7.- Los expositores utilizaron un lenguaje propio de los adolescentes, lo cual permitió una apertura por parte ellos, a recibir la información que éstos les proporcionaron e incluso les dio la confianza de verbalizar sus dudas.

8.- El uso de materiales de apoyo y las dinámicas que se emplearon durante el desarrollo del programa, permitieron que el adolescente formara parte de la clase, permaneciendo con mayor atención, lo cual generó la adopción de los conocimientos.

9.- El programa orientó al adolescente a como llevar una vida sexual activa responsablemente.

10.- La asistencia constante al curso es un factor indispensable para el logro de los objetivos.

11.- La inasistencia fue una variable extraña, que no se pudo controlar a tiempo, por lo que se tuvieron que excluir de la muestra a aquellos que tuvieron más de una falta.

12.- La inasistencia de los maestros de la mayoría de las materias, provocó el 25% de inasistencia por parte de los alumnos, lo

cual afectó a la investigación al tenerse que disminuir la muestra al 75%.

13.- Debido a que el adolescente en su mayoría, no ha iniciado una vida sexual activa, es más probable que reciban y adopten medidas de prevención, que un adulto el cual se presupone ya tiene dicha información.

14.- Los adolescentes se encuentran ávidos de recibir información y educación sexual, por lo que se convierte en un grupo de atención muy importante, que no se debe descuidar.

15.- El instrumento fue elaborado especialmente para esta Investigación y de acuerdo a las características propias de la muestra.

16.- El análisis estadístico que se hizo del instrumento, demostró que el mismo, es altamente confiable y está debidamente validado, para cumplir con el objetivo de la investigación.

17.- Los resultados arrojados de la aplicación del instrumento, dado que este cumple con las normas de confiabilidad y validez, se consideran confiables y representativos de la población que se estudió.

18.- La hipótesis de trabajo se acepta y la hipótesis nula, se rechaza, de acuerdo al análisis estadístico que se realizó.

19.- Del análisis estadístico se desprende que hay diferencia entre grupos, es decir que el cambio de actitud no fue igual, en los grupos de segundo que en los de tercero, esto probablemente a que los alumnos de segundo contaban con menor información que los alumnos de tercer grado.

20.- En cuanto a hombres y mujeres, también hubo una diferencia, en el cambio de actitud, esto probablemente a que el hombre vive una libertad mayor que la mujer, en cuanto al manejo de su vida sexual y de los roles socialmente aceptados.

21.- Los ítems que mostraron mayor incremento en las calificaciones obtenidas del pre-test al pos-test, fueron los siguientes:

No.	Item
4	Solo en las relaciones anales te puedes contagiar de SIDA.
22	El SIDA es una enfermedad de homosexuales.
14	Sólo si tienes relaciones sexuales con sexoservidores, te puedes contagiar de SIDA.
35	Yo creo que el SIDA le da a personas adictas al sexo, no a jóvenes como nosotros.
6	Me enoja que la gente tenga miedo a los infectados de SIDA
2	Me sentiría triste si mi pareja pone como condición para tener relaciones, el uso del condón.
25	Me apena hablar de enfermedades de transmisión sexual con mi pareja.
10	Aconsejo a mis amigos a utilizar condón, en sus relaciones sexuales
5	Si alguien tiene SIDA, ni le hablo, no me vaya a salpicar de saliva y me contagie.

De lo cual se concluye que hubo cambios tanto afectivos, cognitivos como conductuales. Y por ende se habla de un cambio de actitud. Así mismo, éstos indican los puntos donde se debe de enfocar

la información que se proporcione al adolescente, a fin de generar el cambio de actitud en los mismos, hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA.

22.- El nivel de enseñanza generó un cambio de actitud en el adolescente.

23.- La muestra con que se trabajó, reflejó una carencia y falsa información en el ámbito sexual, así como tabúes y una barrera entre los padres y los hijos en cuanto a abordar el tema, por lo que el programa resultó ser de gran importancia para los adolescentes, ya que no contaban con otro medio de información confiable.

24.- El personal directivo de la Secundaria mostró un gran interés en el programa, ya que el Gobierno no proporciona personal capacitado, ni programas elaborados específicamente para abordar estos temas.

25.- Los programas de educación gubernamentales, limitan la educación sexual de los adolescentes.

26.- El Gobierno de México, no se ocupa adecuadamente de elaborar programas de prevención de enfermedades de Transmisión Sexual y de llevarlos a las escuelas.

27.- El dar información a los adolescentes, en cuanto al uso del condón NO incita el tener relaciones sexuales, si no por el contrario, los jóvenes al estar conscientes de las consecuencias, retrasarán o manifestarán una vida sexual activa responsable.

28.- Los resultados de esta investigación indican que de cada 100 adolescentes 17 han iniciado una vida sexual activa antes de los 17 años. Lo cual una vez más, corrobora que es la población adolescente, el mayor grupo de riesgo y que necesita atención y una educación sexual, clara abierta y específica.

29.- Al ser el expositor un Psicólogo, conocedor de la problemática por la que atraviesa el adolescente y capaz de manejar los aspectos psicológicos, biológicos y sociales, generó en el adolescente una apertura a introyectar en su identidad sexual nuevas pautas conductuales, cognitivas y afectivas (actitudes).

## **SUGERENCIAS**

1.- Manejar un horario estable para cada una de las sesiones del programa, así como un lugar establecido.

2.- Que los facilitadores sea un hombre y una mujer.

3.- El programa se puede ampliar a 7 sesiones, y con una duración de 60 minutos, a fin de poder implementar más dinámicas que en el caso de los adolescentes los hacen participar más activamente.

4.- Si se desea implementar el programa, en otro tipo de población se pueden tomar los tópicos y abarcar los mismos temas, pero se tendría que adaptar a la población con la que se quiere trabajar.

5.- Hacer una evaluación 6 meses posterior al curso, para corroborar el cambio de actitud.

6.- Entregar un reconocimiento a las personas que tengan un 95% de asistencia, a fin de motivar la asistencia continua al curso.

7.- Implementar un programa específico a padres de familia, a fin de que formen parte activamente en la educación sexual de sus hijos.

8.- Aplicar el programa a una muestra representativa que cumpla con los requisitos para lo cuales fue elaborado este instrumento, a fin de que obtenga mayor reconocimiento y ver si cumple con las necesidades de la población.



9.- Considerar la impartición del curso, dentro del programa de educación básica en todas las escuelas nacionales.

10.- Hacer la validación del instrumento en una muestra mayor, a fin de poder hacer una valoración del mismo a nivel científico.

11.- Utilizar el instrumento únicamente con la población que cumpla los requisitos de la muestra para la cual fue elaborado.

12.- Hacer una aplicación similar a estudiantes de escuelas particulares a fin de saber que tanto influye el nivel socioeconómico y cultural.

13.- Manejar un grupo control y uno experimental, a fin de tener mayor control sobre las variables.

14.- Hacer estudios comparativos abarcando todas las esferas del desarrollo, a fin de conocer la actitud general del mexicano hacia el uso del condón como método de prevención del SIDA.

## **L I M I T A C I O N E S**

1.- La muestra con la que se trabajó fue muy pequeña, como para generalizar los resultados a toda la población Mexicana.

2.- Hace falta investigación de la población mexicana, en específico no hay estudios sobre el adolescente mexicano.

3.- No se cuentan con estadísticas actualizadas de la población mexicana.

4.- Los medios de comunicación bombardean incitando al inicio de una vida sexual activa, importando más la comercialización de un producto que la prevención de una enfermedad.

5.- El instrumento sólo abarca un determinado tipo de población.

6.- La sociedad y cultura del mexicano todavía obstaculiza el desarrollo de una vida sexual plena.

7.- El acceso a las Instituciones Públicas es restringido.

8.- No hay una inversión por parte del gobierno para implementar este tipo de programas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury Arminda (1973), *Adolescencia*, Buenos Aires 4ª edición, Kargieman.
- Aberastury Arminda y Knobel M. (1988), *La adolescencia normal*, México, D.F., Editorial Paidós.
- Arias Galicia F. (1980), *Actitudes opiniones y creencias*, México, Editorial Trillas.
- Bassas N. & Tomas J. (1996), *Carencia afectiva, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia*, Barcelona, Editorial Laertes
- Blos Peter (1971), *Psicología de la Adolescencia*, México, D.F., Editorial Joaquín Mortiz, S.A.
- Blos Peter (1988), *Psicología en la adolescencia*, México, D.F., Editorial Joaquín Mortiz, S.A.
- Cahn P., Cahn R. y otros (1992), *SIDA un enfoque integral*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Cardín Alberto (1991) *SIDA, Enfoques Alternativos*, Barcelona, Editorial Laertes.
- Clemente A. (1988), *Psicología del desarrollo adulto*, Madrid, Editorial Narcea.
- Colegio de México, (1992), *Mujer y SIDA*, Mexico.

- Daniels Víctor G. (1987), SIDA, México, 2ª edición, Editorial Manual Moderno.
- Dawes Robyn M. (1983), Fundamentos y Técnicas de la Medición de Actitudes, México, Editorial Limusa.
- Dorantes González Víctor H. (1988), Cambios en las Conductas Sexuales de Riesgo para la transmisión del SIDA en un grupo de Homosexuales Masculinos, Tesis Lic. en Psicología, México, D.F., Universidad del Valle de México.
- Downie Norville M., Heath Robert W. (1986), Métodos Estadísticos Aplicados, Quinta Edición, México, Editorial Harla.
- Erikson E. (1965), Infancia y sociedad, Buenos Aires, Editorial Horme.
- Freud A. (1990), El yo y los mecanismos de defensa, México, Editorial Paidós.
- Gene F. Summers (1986), Medición de Actitudes, México, Editorial Trillas.
- Gessell A. y Cols. (1956), El adolescente de 10 a 16 años, Edición en castellano, Nueva York, Editorial Harper & Brothers.
- Grinder R (1992), Adolescencia, México, D.F., Editorial Limusa, 10ª reimpresión.
- Hellman Samuel, Rosenberg Steven, De Vita Vincent (1990), SIDA etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, Barcelona, España, Salvat Editores, S.A.

- Herrera Solís María C. (1998), *Reflexión Teológica Moral sobre el problema del SIDA en base a la lógica de la Praxis de Jesús frente al enfermo de lepra*, Tesina en Lic. en Ciencias Teológicas, Universidad Iberoamericana.
- Horrocks (1986), *Psicología de la adolescencia*, México, Editorial Trillas.
- Hurlock Elizabeth B. (1987), *Psicología de la adolescencia*, 1ª reimpresión México, Ediciones Paidós.
- Inhelder Barbel (1955), *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Jill Patrice, Pesce Alain, Quaranta Jean. F., (1987), *SIDA ¿Cómo se manifiesta, cómo prevenirlo y cómo tratarlo?*, Barcelona, Editorial Paidós.
- Laertes (1985), *SIDA, Maldición Bíblica o enfermedad letal*, Barcelona, Editorial Paidós.
- Lehalle Henri (1990), *Psicología de los adolescentes*, México, Editorial Grijalbo.
- Librería parroquial de Clavería, S.A. (1989), *Moral y Sexualidad, Instrucción pastoral*, México, D.F.
- Miller David (1989), *Viviendo con SIDA y HIV*, México, D.F., Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Monroy A., (1985), *Desarrollo Psicosexual*, IMSS, México.

- Moreno López Blanca (1999), *Actitud de la mujer ante la menopausia*, Tesis Lic. en Psicología, México, D.F., Universidad del Valle de México.
- Moya Juan y Mora Fernando (1997), *SIDA Aspectos Ético-Médicos*, Pamplona, España, Ediciones Universidad de Navarra, S.A.
- Muss Rolf Eduard Halmut (1980), *Teorías de la adolescencia*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Neira A. (1982), *La sexualidad en el adolescente*, Barcelona, CEAC.
- Nunnally Jum C. (1987), *Teoría Psicométrica*, México, Editorial Trillas.
- Organización Panamericana de la Salud, OMS, *Hacer frente al SIDA, Prioridades de la acción pública ante una Epidemia Mundial*, Washington DC, Publicación Científica No 570.
- Palacio Martha (1986), *Sexo en los adolescentes*, México, 5ª edición, *Cultura y entretenimiento* Editora CINCO.
- Piaget Jean (1984), *Seis estudios de Psicología*, México, Editorial Seix Barral.
- Poal G. (1987), *Ponencia de conceptos de salud sexual; Problemática sexual en los adolescentes*. Copenhague.
- Resnik Raich Rebeca (1992), *Percepción que los padres tienen sobre la actitud de sus hijos hacia la sexualidad*, Tesis Licenciatura en Psicología, Universidad Iberoamericana.

- Richardson Diane (1990), *La mujer y el SIDA*, México, Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Sandoval Moreno Elvira, (1996), *Actitud del empleado de una Institución Bancaria al tener como jefa a una mujer*, Tesis Lic. en Psicología, IUCE, A.C.
- Sepúlveda Amor Jaime (1989), *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*, México, D.F., Ed. Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V.
- Solórzano L; Lafarga J; (1972), *El adolescente y su circunstancia*, Asociación de Medicina del Hospital Infantil de México, Impresiones Modernas.
- Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, *El SIDA en México "los efectos sociales"*, México, D.F., Ediciones de Cultura Popular, S.A.
- Vargas Arrieta Luisa V. (1994), *La actitud popular hacia la labor del Psicólogo en relación al conocimiento que sobre esta se tiene*, Tesis Lic. en Psicología, México, D.F., IUCE, A.C.
- Von Efff August W., Grundel Johannes (1988), *El reto del SIDA, Orientaciones Médico-éticas*, Barcelona, Editorial Herder.