

34



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA

PROPUESTA DE TALLER DE EDUCACION INFORMAL
DIRIGIDO A LAS MUJERES EN PREVENCION
DEL VIH-SIDA

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

T E S I S A

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PEDAGOGIA

P R E S E N T A :
JOSEFINA GARCIA JUAREZ

ASESORA: MAESTRA AZUCENA ROMO HERNANDEZ





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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

DIOS ¡GRACIAS!

Por darme tanto , y en este momento el logro de una meta más.

Mis padres: Felipe García en su memoria y Virginia Juárez

A ti Manuel:

*Por compartir juntos un logro más en nuestras vidas,
Por tu comprensión y apoyo ¡Te Amo !*

*Mis hijos; Suemy, Marco y Diana
De quienes he aprendido tanto con todo mi amor*

Angeles Mondragón ¡gracias!

A la familia Mondragón Medrano

Por tu ayuda Argelia ¡gracias!

Y a todas las personas que me han brindado su apoyo en su momento.

¡GRACIAS!

Agradezco infinitamente:

A mi asesora Maestra Azucena Romo Hernández, por su gentil disposición para la elaboración del presente trabajo.

A la Licenciada Thelma Lomeli Sánchez, por compartir su sabiduría y gentileza.

A la Dra. Leticia Barba Martín, por su gentileza y disposición.

Al honorable jurado:

Dra. María Isabel Belaústeguigoitia Ríos.

M.C. Rosalinda Cáceres Centeno.

Lic. Bernardo Lagarde de los Ríos.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVO GENERAL	7
CAPITULO 1. LA ENSEÑANZA NO DIRECTIVA	8
1.1 Las teorías Pedagógicas	9
1.2 Carl Rogers. Condiciones nucleares y educación	12
1.2.1. Implicaciones para la Educación	15
1.3 Educación informal	17
1.3.1 Características de la Educación informal	18
1.3.2 Elementos de la Educación informal	21
1.3.3. Lo formal y lo informal	24
1.3.4. El Problema del Programa Educativo	24
1.3.5 La Evaluación	25
CAPITULO 2. TRANSMISIÓN Y SITUACIÓN NACIONAL DEL VIH-SIDA	26
2.1 Transmisión	27
2.1.1 Transmisión sexual	28
2.1.2 Transmisión por sangre y derivados	29
2.1.3 Transmisión materno fetal	30
2.1.4 Transmisión por otros líquidos corporales	31
2.2 Epidemiología	31
2.3 Situación del VIH-SIDA a nivel nacional	32
2.3.1 Grupos de ayuda no gubernamental	34
2.3.4 Grupos de ayuda gubernamental	35
CAPITULO 3. PREVENCIÓN, EDUCACIÓN DEL SIDA Y LAS MUJERES	37
3.1 Estigma y discriminación	40
3.2 Comunicación y cambio de conducta	41
3.2.1 Consejería y Pruebas de Detección	42
3.2.2 Programas de Salud Reproductiva	43
3.2.3 Reducción de Enfermedades de Transmisión Sexual	46
3.3 Mujeres y VIH-SIDA	47
3.3.1 Transmisión vertical	49
3.3.2 Otras medidas preventivas	51
3.4 Aspectos Psicosociales de la Sexualidad Humana	52

3.5 Educación y género	58
CAPITULO CUATRO. PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA. ENFOQUE NO DIRECTIVO	66
4.1 Elementos de la propuesta	69
4.1.1 Procedimiento	69
4.1.2 Entrada	
4.1.3 Técnicas didácticas	77
4.1.4 Materiales	77
4.1.5 Número de participantes	77
4.1.6 Lugar	77
4.2 Número de sesiones y tiempo	79
4.3 Evaluación	
4.4 Unidades a cubrir	79
CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFÍA	85
FIGURA 1.	97
ANEXOS	
I. Enfermedades de Transmisión Sexual.	98
II. Definición de VIH-SIDA.	98
III. Diagnóstico y tratamiento del VIH-SIDA.	103
IV. Sida y sexualidad.	106
V. Directorio de Organismos No Gubernamentales que Trabajan en contra del VIH-SIDA.	113

INTRODUCCIÓN

En la práctica pedagógica resulta factible involucrarse en espacios donde acuden de manera cotidiana mujeres adolescentes y adultas jóvenes, como por ejemplo en espacios de reunión comunitaria, centros femeninos de trabajo, etc., por lo que la presente propuesta pretende proporcionar un instrumento de educación informal en lo referente a la enfermedad del VIH-SIDA, pero adicionalmente, incorpora elementos para concientizar a las mujeres sobre su vida sexual, de tal manera que les permita tomar decisiones acertadas y oportunas sobre su sexualidad, así como en su vida cotidiana en cuanto a igualdad, respeto con la pareja sexual, la familia y su entorno.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituye un problema de Salud Pública con enormes impactos biológicos y psicológicos, así como repercusiones sociales, éticas, económicas y políticas de gran alcance. La pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de esta epidemia, por lo que todas las acciones en este campo deberán vincularse con el desarrollo social y económico del país, e implantarse atendiendo a la equidad de género, calidad de vida y protección financiera en materia de salud de las mujeres, hombres y comunidades afectadas.

México, como país firmante de la “**Declaración del Milenio**” de las Naciones Unidas, se comprometió a detener la epidemia de VIH-SIDA para el año 2015. Para poder alcanzar esta meta se requiere de una eficaz coordinación intersectorial y de una mayor participación social (Epidemiología, 2001:1-2).

A catorce años de cumplir el objetivo, resulta grave enterarnos de que la frecuencia de contagio en mujeres heterosexuales aumenta de manera creciente, ya que hasta hace pocos años se consideró que no tenía riesgo de contagio o bien era mínimo, y por tanto fueron tomadas en cuenta en forma limitada para trabajar con ellas en programas de prevención y educación (UNAIDS, 2000).

Cuando alguna mujer se contagió de VIH-SIDA por vía sexual, debió enfrentarse con diversas situaciones de índole social, educativa, familiar, psicológica y económica que no le proporcionaron la información de tomar una decisión oportuna en su vida sexual en relación con la protección y respeto hacia su ser y su cuerpo (Richardson, 1990:25).

El reto estriba en lograr que los diversos sectores de la población, instituciones del Sector Salud y los grupos de la sociedad civil organizados alrededor de esta epidemia, incrementen y refuercen acciones específicas de prevención y atención en el contexto del Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH-SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (Epidemiología, 2001:2).

El presente trabajo pretende contribuir con una propuesta educativa dirigida de manera particular a las mujeres, que por diversos motivos se constituye actualmente como el grupo de más riesgo para adquirir esta enfermedad.

Se sabe que al no disponer de tratamientos curativos ni vacunas específicas, la única posibilidad viable de no adquirir esta infección radica en la educación en materia de prevención. Por otra parte, las campañas educativas más exitosas para la prevención del VIH-SIDA se han fundamentado en modelos de educación informal, por ello, el primer capítulo realiza una revisión de las características de la educación informal y la actitud que deben asumir los facilitadores del aprendizaje, si es que se desea efectuar un cambio significativo en la conducta de las personas. El segundo capítulo aborda elementos de la forma en que se transmite el VIH-SIDA, su epidemiología, la situación que presenta esta enfermedad en nuestro país y el enfoque de los grupos gubernamentales y no gubernamentales que están luchando en contra de este padecimiento. Aspectos sumamente importantes constituyen la prevención del VIH-SIDA, la educación en torno a esta enfermedad y como se relaciona con la mujer en materia de la sexualidad y características psicosociales, que se abordan en el capítulo tercero. La propuesta de un taller de educación informal se presenta en el capítulo cuatro. Como se sabe, el o la

facilitadora puede tomar como modelo esta propuesta, pero debe adecuarla según la situación, necesidades y características del grupo que está aprendiendo. Asimismo, se brindan dibujos sencillos relacionados con situaciones verídicas, mismos que pueden ser modificados y constituyen un material económico y didáctico.

Adicionalmente, en los anexos se brinda material para que el facilitador profundice sus conocimientos sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual, el VIH-SIDA, así como la sexualidad humana.

JUSTIFICACION

La educación sexual implica un proceso formativo de valores, actitudes, conocimientos y comportamientos, orientados a integrar la vida sexual y reproductiva dentro de un plan de vida individual, familiar y social.

Noguer Moré 1971: 22

Las profesionistas de áreas humanistas – como sociología, pedagogía, antropología, psicología, filosofía, trabajo social – nos encontramos ante un momento de gran responsabilidad en la prevención del VIH-SIDA, ya que a pesar de los esfuerzos que se han venido realizando por evitar su propagación, continúa la expansión de la enfermedad tanto en nuestro país como en el resto del mundo.

Específicamente hablando de la profesión de Pedagogía, estamos convencidas de que desempeña un perfil idóneo para trabajar en la prevención de este problema; ya que en la formación profesional se adquieren herramientas técnicas para funcionar como educadores sociales.

Dentro de estas destrezas, la educación no formal, entendida como cualquier actividad educativa organizada que se realiza fuera del sistema formal u oficial (escuelas, colegios, etc.) ha resultado de gran utilidad en lo referente a la instrucción comunitaria en las áreas de alfabetización, desarrollo agrícola y diversas labores de educación para la salud. Sin embargo, se debe tener en mente que la educación informal, entendida como la que se realiza entre amigos(as), compañeros(as), familiares, etc. desempeña un elemento educativo esencial desde el inicio de la epidemia al educar al principal grupo de riesgo – en ese entonces varones homosexuales - que se desilusionaban y en ocasiones rechazaban largas pláticas retóricas (Fordham, 1993:45). Es por ello, que al modificarse las tendencias epidemiológicas de la enfermedad y constituirse en la actualidad las mujeres heterosexuales como el principal grupo de riesgo, se consideró necesario elaborar esta propuesta de educación informal dirigida a las mujeres.

"El VIH-SIDA es un problema considerado no sólo como una cuestión de salud pública y médica, sino también como un asunto de índole educativa, que concierne al individuo, familia, grupos específicos y al estado como los responsables para conducir su atención" (Sepúlveda,1989:13). De acuerdo con esta declaración, como profesionalista de la Pedagogía, considero parte de nuestra labor asumir la responsabilidad necesaria para dirigir nuestras actividades hacia el logro de la disminución del riesgo a la transmisión sexual del VIH-SIDA en el cual se encuentra la población en general y recientemente la mujer en particular.

Se sabe que a la fecha no se ha logrado encontrar una cura a la enfermedad del VIH-SIDA, la cual continúa siendo mortal; y tampoco existe una vacuna que pueda evitar la infección. Por lo anterior, se nos ha repetido un sinnúmero de veces que "la única medida preventiva que se tiene, es la educación de la población en el aspecto sexual" (Castro,1989:417).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, ya desde el año de 1991 a través del Dr. Anthony Faucy, insistió en declarar que la única tarea estratégica para combatir el VIH-SIDA es su prevención" (Faucy,1994:1211).

Para el trabajo con la sociedad, Angélica Gallardo, postuló tres estrategias a seguir (1990:51) :

- Conocer la problemática de la situación actual, es decir, investigar.
- Planear la acción, con base en lo conocido.
- Producir transformaciones en lo subjetivo, es decir, en las estructuras mentales de la gente.

Ante estos planteamientos, se considera necesario recordar que todas nuestras labores profesionales deben estar dirigidas a un "hacer social" y no a un "hacer por hacer", y

deben fundamentarse en una planeación efectiva, que solo es posible si partimos de un conocimiento real de la situación.

En cuanto a la prevención del VIH-SIDA, debemos modificar actitudes y conductas que ponen en riesgo a la gente de adquirir la infección del VIH-SIDA; y para lograrlo, consideramos que la tarea del y las Pedagogas es, primero, conocer cuales son dichas conductas y actitudes de riesgo.

"En la prevención del VIH-SIDA en nuestro país, el contexto social obliga a todo profesionalista a intervenir en la realidad de una forma integral, es decir, involucrando tanto a la sociedad civil, como al estado, enfatizando los cambios de políticas sociales que implican modalidades, estructuras y estilos de vida saludables" (Epidemiología, 2001:1).

La y el profesional en Pedagogía actualmente enfrentamos el reto de desarrollar la capacidad de comprender los nuevos acontecimientos y al mismo tiempo, el desafío de encontrar soluciones parciales, sectoriales o de mayor grado de integridad ante las diversas coyunturas y problemas estructurales que persisten. La problemática social, abre espacios de intervención profesional, que requieren, además de metodologías convencionales, el manejo de nuevas destrezas y habilidades para la investigación y educación social, el análisis, la planeación y la ejecución de tareas educativas para modificaciones de conductas.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente trabajo consiste en desarrollar y proporcionar los elementos de un taller de educación informal que pueda ser utilizado para la educación de las mujeres en relación con la prevención del VIH-SIDA. Lo anterior en virtud de que las actividades de comunicación interpersonal –tales como la educación entre parejas, la consejería y las discusiones en pequeños grupos- si bien llegan a menos personas –tienden a tener un mayor impacto sobre un cambio significativo de comportamiento .

CAPITULO 1. LA ENSEÑANZA NO DIRECTIVA

- 1.1 Las teorías Pedagógicas**
- 1.2 Carl Rogers. Condiciones nucleares y educación**
 - 1.2.1. Implicaciones para la Educación**
- 1.3 Educación informal**
 - 1.3.1 Características de la Educación Informal**
 - 1.3.2 Elementos de la Educación informal**
 - 1.3.3. Lo formal y lo informal**
 - 1.3.4. El Problema del Programa Educativo**
 - 1.3.5 La Evaluación**

LA ENSEÑANZA NO DIRECTIVA.

1.1 Las teorías pedagógicas.

Las discusiones de que ha sido objeto la educación a lo largo de la historia han generado infinidad de teorías pedagógicas que resumen la evolución del pensamiento del hombre sobre el hombre mismo. Estas corrientes, aún cuando tienen características específicas, presentan afinidad en varios postulados esenciales, situación que permite agruparlas en cuatro grandes bloques o escuelas. A saber: escuela tradicional, escuela nueva, escuela tecnocrática y escuela crítica (Hernández, 1990:15).

En un esbozo general de éstas, pueden apreciarse como sus características más relevantes:

Tradicional.

- S. XVII. Tiene como principio: orden y autoridad.
- Se caracteriza por el autontarismo, el verbalismo, la verticalidad.
- El maestro(a) es poseedor del saber y representa la autoridad.
- Olvida el aspecto afectivo.

Nueva.

- S. XX (principio). Responde a la tradicional.
- Cambia los roles de maestro(a) y alumno(a).
- Revalora el aspecto afectivo.
- El maestro(a) es quien propicia las condiciones de trabajo para el desarrollo del individuo.

Tecnocrática.

- Se le caracteriza como: ahistórica, formalista y cientificista.
- Se apoya en el conductismo.
- El maestro(a) es el controlador de estímulos, respuestas y reforzamientos.
- Sólo moderniza el esquema tradicional.
- Deja de lado el aspecto afectivo.

Crítica

- S. XX (mediados). Cuestiona los principios de las escuelas anteriores.
- Revalora lo afectivo y la experiencia del docente.
- Propone la reflexión conjunta de maestro(a)-educandos.

Dentro de la corriente crítica se ubican las propuestas hechas por **Paulo Freire, Carl Rogers y Rafael Santoyo**, autores sobresalientes en el terreno pedagógico por sus estudios acerca de la importancia y revaloración del grupo como estructura generadora de aprendizajes significativos entre sus integrantes (Ibid, p 17).

Es necesario aclarar que el concepto de aprendizaje que sostienen es diferente al que en forma tradicional se ha manejado. Ellos lo entienden como un proceso de construcción de conocimientos por parte del individuo, como un ir "estructurando la realidad" a partir de operaciones mentales generadas por la interacción del sujeto con el objeto de conocimiento. Este proceso implica, además de esa relación bidireccional, otras como son: sujeto-sujeto, sujeto-instructor, etc. Es a partir de esa imbricada red de relaciones

que se da al interior del trabajo grupal que se destaca la importancia de la interacción pedagógica en él (Ibíd.).

Usualmente se da más importancia a la cantidad y a los conocimientos. Preocupa más lo que se debe enseñar que cómo se enseña y consecuentemente cómo se aprende. Esta afirmación lleva a cuestionar con toda seriedad la práctica cotidiana del instructor, pues cuántas veces se cae en el error de centrar la preocupación del proceso enseñanza-aprendizaje en los contenidos que se tienen que cubrir en un tiempo determinado, sin reflexionar en la forma en que se enseña, la manera en que los participantes aprenden o en la significatividad que los contenidos tienen para ellos (Ibíd., p 20).

Esto no es culpa total del instructor, quien tiene que ajustarse a la normatividad de la institución, sin embargo este cuestionamiento puede servir como punto de partida para una transformación profunda de su práctica cotidiana; transformación que se traducirá en el distanciamiento de la concepción del proceso enseñanza-aprendizaje que lo limita a la transmisión-recepción de conocimientos acabados, donde quien está al frente del grupo es poseedor del saber y la verdad absolutos y los participantes son meros consumidores de información. Lo que el cambio pretende es que la o el instructor, como facilitador de aprendizaje que es, propicie a través de su trabajo la participación crítica, creativa y libre de los integrantes del grupo a fin de que, al dejar de ser receptores pasivos reunidos en un lugar y tiempo determinado, se constituyan en un grupo de aprendizaje, modificando las relaciones que se dan al interior de éste. Serán constantes de un grupo de aprendizaje el ambiente de confianza, la democracia, la integración, así como la cohesión de sus miembros en torno al logro de un objetivo común (Palacios, 1984:125).

Carl Rogers en su texto *La Relación Interpersonal en la Facilitación del Aprendizaje* habla acerca de las actitudes que coadyuvan a hacer el proceso enseñanza-aprendizaje algo significativo y vivencial para todos los participantes. Rogers centra la atención en las actitudes que preferentemente debe asumir la o el coordinador de un grupo que aspire a convertirse en un verdadero(a) facilitador(a) del aprendizaje, rebasando los roles que hasta hace poco se le han asignado: transmisor de información, controlador de estímulos, verificador de respuestas (Ibid, p 62).

1.2 Carl Rogers. Condiciones nucleares y educación.

Carl Ranson Rogers (1902-1987) nació en Oak Park, Illinois y se le reconoce como fundador de la "terapia centrada en la persona" o "terapia no dirigida". Rogers inicialmente estudió teología y fue pastor en una pequeña iglesia de Vermont. Posteriormente estudió psicología clínica y educacional en la Universidad de Columbia. Allí, progresó en la práctica clínica inspirándose en diversos autores como Otto Rank y John Dewey (este último a través de la influencia de W.H. Kilpatrick – que fue discípulo de Dewey). Dichas influencias, junto con la capacidad de Carl Rogers de conjuntar elementos, determinaron sus contribuciones (Ibid, p 60).

La preocupación por la sinceridad, aprender de la experiencia y el concepto del ser humano como un todo encuentra paralelismo en los trabajos de John Dewey (Ibid).

Thorne (1992:39) sostiene que el marco conceptual de Carl Rogers se fundamenta en su experiencia que los seres humanos se toman más confiados una vez que sienten a un nivel profundo que su experiencia subjetiva es tanto respetada como comprendida.

Carl Rogers (1951:14) describió su hipótesis general en los siguientes términos: "Se puede crear un cierto tipo de relación, la otra persona descubrirá en sí mismo su capacidad de utilizarla para su propia maduración y de esa manera producirá el cambio y el desarrollo individual."

Rogers (Ibid, p 26) advirtió que esta teoría no se limita al proceso psicoterapéutico, sino que es aplicable a todas las relaciones humanas. En su trabajo, describió las "condiciones nucleares" necesarias para facilitar la terapia y la educación :

Autenticidad y transparencia.

Cuando el facilitador es una persona auténtica, experimenta sus propios sentimientos y no ofrece una fachada externa. Implica también la voluntad de ser y expresar a través de las palabras y la conducta, los diversos sentimientos y actitudes existentes en el facilitador. Solamente cuando el facilitador es auténtico puede lograr que la otra persona busque su propia autenticidad (Hernández, 1990:20).

Aceptación.

Carl Rogers entiende por aceptación un cálido respeto hacia la otra persona como individuo de mérito propio e incondicional, como individuo valioso e independientemente de su condición, conducta o sentimientos.

La aceptación significa respeto y agrado hacia el paciente como persona distinta, el deseo que posea sus propios sentimientos, aceptación y respeto por todas sus actitudes, al margen del carácter positivo o negativo de estas últimas. Esta aceptación de cada uno de los aspectos de la otra persona brinda calidez y seguridad a la relación (Ibid).

Entendimiento empático.

Cuando el facilitador tiene la capacidad de comprender las reacciones del paciente desde el interior, tiene la sensibilidad para conocer que representa para el paciente el proceso de aprendizaje, entonces se incrementa la probabilidad de un aprendizaje significativo. Los pacientes se sienten profundamente apreciados cuando simplemente son comprendidos – no evaluados ni juzgados -, simplemente comprendidos desde su punto de vista, no del facilitador.

Rogers sostiene que cuando se experimenta una relación de esta forma, invariablemente surge un cambio y desarrollo personal constructivo. Es decir la relación personal es la base de toda modificación constructiva de la personalidad (Ibid).

Carl Rogers en su libro "terapia centrada en la persona" (1951:58) exploró "la enseñanza centrada en el alumno", donde afirmó que en la medida en que el docente establezca con sus alumnos una relación de esta naturaleza, cada uno de ellos se convertirá en un estudiante con mayor capacidad de iniciativa, más original y autodisciplinado, menos ansioso y disminuirá su tendencia a ser dirigido por otros.

Barrett-Lennard (1998:124) señaló que Rogers en su libro postuló diversos principios generales, que incluyen:

- **No es posible enseñar a otra persona directamente; solo es factible facilitar su aprendizaje.**
- **La estructura y organización del proceso se vuelve más rígida cuando hay una condición amenazadora.**

- **La situación educacional que con mayor eficacia promueve el aprendizaje significativo es aquella en donde: 1) Las condiciones amenazadoras para el alumno(a) son reducidas al mínimo y, 2) Facilita la percepción derivada del campo de la experiencia.**

A Rogers solo le interesaba el aprendizaje capaz de influir significativamente sobre la conducta y dicho aprendizaje es el que el individuo descubre e incorpora por sí mismo. El aprendizaje basado en el propio descubrimiento, la verdad incorporada y asimilada personalmente en la experiencia, no puede comunicarse de manera directa a otro (Hernández, 1990:60).

1.2.1 Implicaciones para la educación.

Las condiciones nucleares en relación con la educación (Ibid, p 20).

El contacto con problemas.

La primera implicación que las condiciones nucleares tienen para la educación, puede ser, entonces, la de permitir al estudiante de cualquier nivel entrar en contacto real con los problemas más importantes de su existencia, de manera tal que pueda percibir aquellas cuestiones que desea resolver. El docente debe crear en el aula un clima que permita la realización de aprendizajes significativos (Rogers 1951:165).

La autenticidad del docente.

La coherencia del docente facilita el aprendizaje. Esto significa que debe ser la persona que es, advertir con claridad las actitudes que adopta y aceptar sus propios sentimientos. Así, llega a ser una persona real en su relación con sus alumnos; una persona que puede enojarse, pero también ser sensible o simpática.

Al aceptar sus sentimientos como suyos, no necesita imponerlos a sus alumnos, ni tratar de que sientan del mismo modo. No debe representar la materialización sin rostro de una exigencia del programa de estudios, ni un conducto estéril a través del cual se transmiten conocimientos de una generación a otra. Lo más importante no es que el docente cumpla con el programa o utilice las técnicas audiovisuales más modernas, sino que sea auténtico y coherente en su relación con los estudiantes (Ibid).

Aceptación y comprensión.

El aprendizaje significativo solo puede producirse si el (la) docente es capaz de aceptar al alumno(a) tal como es y comprender sus sentimientos. El y la docente capaz de aceptar cálidamente al alumno(a), sentir respeto positivo e incondicional y empatizar con los sentimientos de miedo, inquietud y desilusión implícitos en el descubrimiento de material nuevo, habrá recorrido un buen trecho del camino que conduce al cumplimiento de las condiciones de aprendizaje.

El hecho de evaluar el rendimiento del alumno(a) para comprobar se satisface algún criterio planteado por el docente se opone directamente a la educación centrada en el alumno(a).

En la educación no dirigida, una parte de los recursos que proporciona el educador(a) se relacionan, por ejemplo, con las exigencias que plantean muchas situaciones de la vida.

El lugar de evaluación por tanto, es la vida.

Rogers describió que los grupos de enseñanza centrada en el alumno(a), logran un grado más elevado de adaptación personal, un mayor aprendizaje independiente de temas que no forman parte del programa y más creatividad y responsabilidad de sí mismo (Ibid).

El enfoque del trabajo de Carl Rogers ha sido sumamente atractivo para las generaciones sucesivas de educadores informales.

1.3 Educación Informal.

En el año de 1967 se celebró una conferencia internacional sobre educación en Williamsburg, E.U.A., en la que se expusieron ideas sobre la "crisis educativa mundial". La conclusión fue que el sistema educativo formal se estaba adaptando muy lentamente a los cambios socio-económicos, no solo por su conservadurismo, sino también por la inercia social. Se aceptó que el sistema educativo tiende a seguir en lugar de liderar otras tendencias sociales; de allí, se sigue que el cambio tiene que venir no solamente del sistema formal escolar, sino de un sector social más amplio. Así, las autoridades del Banco Mundial, comenzaron a realizar la distinción entre educación formal, no formal e informal (Coobms, 1968:25).

En 1972 la UNESCO (UNESCO, 1972) emitió un comunicado que trata sobre la "educación durante el transcurso de la vida" y "la sociedad que aprende"; derivándose de allí, un sistema tripartita, tal como lo definió Coombs desde 1973 (1985: 55) :

- **Educación formal.-** Sistema educativo jerárquicamente estructurado y cronológicamente graduado que va de la educación primaria a la universidad, incluyendo además de los estudios académicos generales, una diversidad de programas especializados e instituciones para entrenamiento profesional y técnico.
- **Educación Informal.-** Proceso de aprendizaje de por vida en donde el individuo adquiere actitudes, valores, habilidades y conocimientos a partir de la experiencia cotidiana y de las influencias educativas y recursos de su ambiente (familia, vecinos, amigos, compañeros de trabajo, librerías, medios de comunicación, etc.)

- **Educación No formal.-** Cualquier actividad educativa organizada fuera del sistema formal establecido, con objetivos delimitados de aprendizaje.

La educación informal ha sido utilizada como una herramienta o elemento de instrucción en el área de asistencia social, en el trabajo con las y los jóvenes y en el trabajo comunitario desde hace algún tiempo. Constituye una parte importante en las actividades de las organizaciones de educación comunitaria. A pesar de que se le brindó poca atención, esta visión ha cambiado en años recientes. Diversas formas de trabajo informal que complementan a la instrucción formal permiten a los maestros(as) establecer relaciones interpersonales más eficaces con sus alumnos(as). Youngman (200:270) reportó un importante impacto en trabajos comunitarios con atrasos educativos significantes. Finalmente, al trabajar con jóvenes, la desilusión que ocasiona el enfrentarse con grandes nociones retóricas ha despertado el interés por la educación informal.

1.3.1 Características de la educación informal.

A la educación informal usualmente tiende a definirse por su relación con la educación formal. Sin embargo, al hacer esto se corre el riesgo de caracterizarla en sus aspectos negativos. Por lo que resulta mejor identificar sus aspectos positivos y compararlos con los enfoques formales. Esto permite evaluar de manera realista a la educación informal en lugar de presentarla como una mera alternativa de la educación formal

Existe el aspecto cotidiano. En este, Pansza (1987:173) examina la posibilidad de conectarse con aspectos fundamentales del diario vivir de las personas y enfatiza la importancia de las relaciones sociales en la educación informal. Torres (1990:204) subraya la necesidad de centrarse y trabajar dentro del marco cultural de las y los alumnos y resalta el papel de la personalidad del educador(a). Asimismo, resalta la

dimensión de la conversación. Todos estos autores, enfatizan la necesidad de asegurar que el aprendizaje se vea como una responsabilidad del alumno(a). Gran parte de la tarea de la y el educador reside en que la gente adopte dicha responsabilidad.

En conclusión, todo lo anterior indica que existe algo distintivo en la educación informal. Resulta útil iniciar por considerar que parte de un conjunto de ideas y procesos que brindan atención particular a la vida cotidiana.

Es posible apreciar la importancia de las y los facilitadores en la educación informal. Los(as) facilitadores pueden conectarse con aspectos culturales y familiares, la flexibilidad de respuesta y el poder realizar intervenciones que tienen sentido para la vida cotidiana de la persona resultan ser aspectos fundamentales para cualquier ser humano .

Diversos autores describen a la educación informal como un enfoque educativo: Una forma de Pedagogía. Como tal, la educación informal enfatiza ciertos valores: La acción recae sobre(el) la alumna; la importancia del pensamiento crítico y la necesidad de examinar la concepción que se le brinda al alumno(a) en el proceso educativo. De manera simultánea, la educación informal no implica la necesidad de un contenido particular que no se derive directamente del proceso. Se debe comprender que la educación informal constituye un conjunto de procesos que implican la adopción de vías amplias de pensamiento y no puede definirse como un auxiliar a los programas educativos establecidos. Por otra parte, no constituye un enfoque confinado a las y los educadores, es decir, va más allá de organizaciones y grupos establecidos.(Thomas J.:1988;)

Las situaciones formales son burocráticas. La educación no formal está organizada pero no necesariamente en un ambiente burocrático y las situaciones informales son aquellas que no están pre-establecidas, aunque siempre existan procedimientos de interacción educativa .(Fordham: 1993)

Así, la escuela y el salón de clase pueden considerarse como el paradigma de una situación formal, en donde las personas desempeñan ciertos roles dentro de una organización burocrática .

A la educación no formal puede definirsele como: Cualquier actividad educativa organizada fuera del sistema formal establecido, intentando cumplir objetivos de aprendizaje .

Por otra parte, la educación informal es aquella que ocurre en la interacción social entre miembros de familia, amigos, conocidos, etc. Es un proceso que dura toda la vida.

La mayoría de las definiciones de educación formal y no formal se aplican a intervenciones profesionales, es decir con educadores(as) pagados por organizaciones burocráticas. Sin embargo, los no profesionales pueden facilitar el aprendizaje tanto en situaciones formales como no formales. Es importante realizar una separación del salario con la situación educativa (Palacios:1999).

Algunos educadores(as) quienes realizan lo que consideran "educación informal" se preocupan por el proceso y las interacciones: Están interesados en la forma en que combinan diferentes dimensiones y las conectan para realizar una forma distinta de pedagogía. Sin embargo, al enfocarse en la situación, no se pierde únicamente la significancia de la Pedagogía sino también la del educador. Desde el punto de vista de la educación informal, las intervenciones planeadas por el educador son consideradas como una especie de aberración (Ibid).

La educación informal es diferente a lo que se conoce como "curriculum oculto", que los alumnos(as) deben aprender. En estos casos puede hablarse de informalidad y no de educación informal. Es decir, consiste en una educación formal pro con flexibilidad en los

programas, organización, evaluación y estilo personal. También existe la suposición automática de que la educación informal consiste en trabajar con grupos pequeños, lo cual no es correcto (Thomas J.: 1988: 44).

1.3.2 Elementos de la educación informal.

Diversos elementos deben combinarse en una manera peculiar para que pueda considerarse una educación informal. Para comenzar, es posible apreciar que la educación informal puede darse en una variedad de contextos físicos y sociales. La naturaleza del contexto tiene impacto sobre lo que se puede hacer y no solo a un nivel físico. Los y las educadoras y los(as) participantes, necesitan reconocer cómo experimentan el contexto, su influencia y su función. Deben apreciar la manera en que se relacionan con sus necesidades personales (Coombs, 1985:55).

La principal tarea para el grupo o el individuo es ejecutar alguna actividad concreta u objeto, en lugar de aprender. Esto no solo puede inducir cierta frustración al educador(a), sino además requiere realizar juicios finos e intervenciones sensibles. Los educadores(as) no deben boicotear lo que el grupo trata de hacer. Las intervenciones deben dirigirse principalmente a promover el entendimiento en lugar de intentar alcanzar el éxito de un programa particular (Ibid).

Mientras gran parte del aprendizaje que ocurre inicialmente puede ser incidental, no necesariamente es accidental. Los objetivos específicos pueden no ser claros, ni para el educador ni para los alumnos. Este proceso es deliberado ya que entonces los alumnos (as) se preocupan por adquirir conocimientos, habilidades y/o actitudes aún cuando los objetivos no sean especificados (Graham-Brown, 1991: 33).

Los educadores contribuyen al desarrollo del contexto y condiciones que permiten que ocurra el cambio interno deseado, conocido como aprendizaje (Ibid).

El tiempo es muy variable y a menudo está influido por la dinámica del sitio donde se trabaja. El proceso usualmente es lento, pero cuando se observa el significado que tiene para su vida, usualmente ya no se le concede importancia a la velocidad del aprendizaje (Ibid).

Desde luego, la participación debe ser siempre voluntaria. La naturaleza voluntaria no debe colapsar en uno de los roles del facilitador y del alumno. La principal labor del educador es manejar las condiciones externas para que ocurra un cambio interno o aprendizaje. Esto los distingue del rol de los alumnos(as), cuya preocupación central es el acto de aprender. Así, cuando los alumnos(as) toman responsabilidad educativa al fijarse sus objetivos, localizar recursos y aconsejar estrategias, realizan una auto-educación o educación auto-dirigida. Este debe ser una misión a cumplir para los(as) educadores informales (McGivney, 1991:31).

Sumamente importante es el respeto mutuo. El educador no solo interviene en las conversaciones, sino también brinda atención cuidadosa a las palabras e ideas. La discusión se enfoca en permitir que la persona se exprese o comunique y así entender en nuestra mente que es lo que ella piensa. Por el contrario, el diálogo implica explorar el porqué de lo que se piensa y cómo surgió dicho pensamiento. En otras palabras, el diálogo es una invitación al pensamiento crítico. Aquí se involucra la transformación de perspectivas: El proceso por el que la persona comienza a reconocer su dependencia culturalmente inducida de su rol, sus relaciones y razones para poder tomar acciones al respecto (Graham-Brown, 1991:33).

Una característica importante de este proceso, es que a menudo es iniciado por una circunstancia o estímulo externo. Rara vez ocurre porque la persona se torne más críticamente reflexiva. Tal evento y el diálogo necesario a menudo debe ser iniciado mediante estructuras formales y su orientación debe ser manejada con habilidad por el educador informal, quien además debe tener una clara apreciación del sistema social en el que los alumnos se desenvuelven y las formas culturales que utiliza (Rubenson, 1982:43).

Finalmente, todo genuino aprendizaje proviene de la experiencia. Sin embargo, esto no significa que todas las experiencias sean igualmente educativas. La experiencia y la educación no pueden ser iguales. Usualmente ocurren conflictos tan pronto como se cuestiona lo que se entiende por "experiencia". Algunos autores tienden a utilizar la experiencia en sentido concreto en lugar de cognitivo. Como resultado, es factible postular que existen por lo menos dos patrones independientes de aprendizaje: El "experiencial" y el de "información". La expresión clásica para el primero corresponde al ciclo de Kolb. Este inicia con la experiencia concreta, procede a la observación y reflexión, luego a la generalización y conceptualización abstracta, posteriormente a la acción que vuelve a producir una experiencia concreta. Este proceso circular puede compararse con el supuesto proceso lineal de información y asimilación que ocurre en la educación formal. La educación informal se centra en la experiencia. Se sabe que también puede centrarse en la persona. Sin embargo, esto no significa que los educadores renuncien a la información dada como una técnica. De hecho, numerosos educadores informales ofrecen información en lugar de basarse en experiencias concretas (Graham-Brown, 1991:38).

Así, es posible concluir que los educadores informales no siguen un patrón o estilo de enseñanza. La adopción por algunos de una enseñanza centrada en la experiencia, quizá sea una búsqueda de su identidad profesional.

1.3.3 Lo formal y lo informal.

Son claros algunos contraste con la educación formal. Esta tiende a situarse dentro de un programa educativo más explícito y codificado, la participación puede o no ser voluntaria , puede o no existir diálogo y puede no existir una apreciación de los elementos sociales y culturales. Las instituciones y organizaciones educativas tienden a moldear la identidad de los educadores formales. Sin embargo, la educación formal y la informal no son totalmente excluyentes. Un programa de trabajo informal puede mostrar interludios de carácter formal y viceversa (Palacios:1999: 568).

1.3.4 El Problema del Programa Educativo.

El contemplar un programa educativo es uno de los elementos que demarcan a la educación formal. Independientemente que se utilice una definición rígida de programa educativo o bien una más flexible, la mayoría de los autores de educación informal no aceptan que se maneje un programa, en virtud de que los el objetivo de los educadores informales se relaciona con proporcionar un servicio y no concentrarse en obtener un resultado. En educación informal cuando se habla de "objetivos" de aprendizaje, tales objetivos pertenecen al alumno(a) y no al educador(a).

De lo anterior surge la idea de Dirección, que sobrepasa con mucho a los objetivos de un programa educativo. Los educadores informales no se presentan con una lista de objetivos programados: Las áreas de aprendizaje se derivan del diálogo con sus alumnos(as), la dirección es proporcionada por la situación o contexto, siendo un

elemento indispensable el fomentar el pensamiento crítico acerca de las situaciones para poder generar una acción (Ibid).

1.3.5 La Evaluación.

En la educación formal la necesidad de realizar una evaluación reside en conocer el grado en que el resultado se empata con los objetivos. Sin embargo, en la educación informal, la evaluación debe enfocarse en el proceso, es decir, cómo lo experimento la gente y que tan revelador fue. Como puntos importantes o indicadores podrían considerarse la naturaleza del diálogo y la magnitud del pensamiento crítico que se alcanzó (Tight,1996:28).

CAPITULO 2. TRANSMISIÓN Y SITUACIÓN NACIONAL DEL VIH-SIDA

2.1 Transmisión

2.1.1 Transmisión sexual

2.1.2 Transmisión por sangre y derivados

2.1.3 Transmisión materno fetal

2.1.4 Transmisión por otros líquidos corporales

2.2 Epidemiología

2.3 Situación del VIH-SIDA a nivel nacional

2.3.1 Grupos de ayuda no gubernamental

2.3.2 Grupos de ayuda gubernamental

VIH-SIDA.

El VIH-SIDA - fue reconocido por primera vez en el verano de 1981 en los Estados Unidos de Norteamérica cuando el Centro para Control de Enfermedades Infecciosas (CDC) reportó la ocurrencia inexplicable de neumonía por *Pneumocystis carinii* en cinco varones homosexuales previamente sanos en la ciudad de Los Ángeles, así como Sarcoma de Kaposi en 26 varones homosexuales previamente sanos en las ciudades de Nueva York y Los Ángeles. En el transcurso de meses la enfermedad se identificó en hombres y mujeres que abusaban de drogas inyectables así como alcohol y poco después en casos de transfusión sanguínea y hemofílicos. Debido al número desproporcionadamente elevado de casos de VIH-SIDA en Haitianos residentes en Estados Unidos, dicho grupo fue considerado como sospechoso. Estudios posteriores revelaron que la enfermedad se transmitía tanto en homosexuales como en heterosexuales. Conforme se estudió el patrón epidémico, se postuló que un agente infeccioso se transmitía por contacto sexual y sangre o sus derivados (CDC:1992:463).

En 1983 el virus responsable se aisló de un paciente con linfadenopatía y en 1984 quedó demostrado que era el agente causal del VIH-SIDA. El virus, pertenece a la subfamilia de los lentivirus de la gran familia de los retrovirus (*Retroviridae*) que inicialmente fue denominada como familia de virus asociados a linfadenopatía (LAV), Virus Linfotrópicos de Células de T (HTLV) Tipo III, y retrovirus asociados al SIDA. En 1985 se desarrolló un Ensayo Enzimático Inmunoabsorbente (ELISA) que permitió la apreciación de la infección viral en cortes de individuos en los Estados Unidos quienes admitieron realizar conductas de alto riesgo, así como muestras seleccionadas de donadores de sangre y reclutas militares. Adicionalmente se realizaron estudios de seroprevalencia que revelaron la trascendencia de la pandemia global, especialmente en países en vías de desarrollo.

Dichos estudios, junto con conteos de linfocitos CD4+ como parámetro de inmunosupresión, condujeron a esclarecer el espectro de la enfermedad, que comprende desde la infección asintomática y la latencia clínica hasta la enfermedad clínicamente avanzada, que constituye el VIH-SIDA (Buehler,1995:16).

2.1 Transmisión.

El virus del VIH-SIDA se transmite por relaciones sexuales sin protección con personas infectadas; esto es a través del intercambio de fluidos, sangre, semen, fluidos vaginales y también por leche materna. Después de 15 años de estudios, no existe evidencia de que el VIH-SIDA se transmita por contacto casual o por insectos (Epidemiología, 2001:1).

2.1.1 Transmisión sexual.

Debido a que aproximadamente el 80% de los casos se han dado por contacto sexual, la infección por VIH-SIDA es considerada una enfermedad de transmisión sexual. Actualmente la transmisión heterosexual representa con claridad el principal modo de transmisión, especialmente en países en vías de desarrollo. Más aún, la incidencia de nuevos casos está incrementándose **especialmente en mujeres.**

Se ha demostrado el virus en el semen. El virus parece concentrarse en el líquido seminal, especialmente en situaciones donde existen procesos inflamatorios como en condiciones asociadas con otras enfermedades de transmisión sexual. El virus también se ha demostrado en muestras cervicales y fluido vaginal. Existe una fuerte asociación de la transmisión de VIH-SIDA por el contacto pene-ano debido a la fragilidad de la membrana mucosa rectal. Sin embargo, aunque la mucosa vaginal es más gruesa, quedó demostrado su transmisión por el contacto pene-vagina. Existe aproximadamente 20 veces más probabilidades de que el VIH-SIDA se transmita del hombre a la mujer que de la mujer hacia el hombre durante el contacto pene-vagina. Esta diferencia puede

obedecer a la exposición prolongada del líquido seminal en la vagina y mucosa cervical así como en el endometrio cuando el semen penetra por el orificio cervical.

Existe una fuerte asociación entre úlceras genitales y transmisión de VIH-SIDA. Las infecciones con microorganismos tales como *Treponema pallidum*, *Haemophilus dureyi* y virus del herpes simple son importantes causas de úlceras genitales que se asocian con transmisión de VIH-SIDA. Además existen reportes de asociación de ectopia cervical y erosiones cervicales por infección debida a *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* con la transmisión de VIH-SIDA. En un estudio aleatorio, el tratamiento empírico de úlceras genitales se asoció con una disminución en la infección por VIH-SIDA. La falta de circuncisión se ha reportado como asociada a un mayor riesgo en la infección por VIH-SIDA, quizá por la permanencia del virus en los pliegues del prepucio. Está demostrada la transmisión del VIH-SIDA por medio de contacto pene-mucosa bucal y mucosa bucal-vagina, por lo que estas prácticas no deben ser consideradas como formas de sexo seguro.

La asociación del consumo de alcohol y cocaína con una conducta sexual no segura en mujeres y hombres tanto homosexuales como heterosexuales conduce a un incremento en el riesgo de transmisión sexual del VIH-SIDA (Wofsy, 1995:652).

2.1.2 Transmisión por sangre y derivados.

El VIH-SIDA puede transmitirse por sangre y sus derivados, tanto entre individuos que comparten jeringas y agujas contaminadas para inyección de drogas ilícitas como en quienes reciben transfusiones (de sangre o algún derivado).

De 1970 a la primavera de 1985 cuando fue obligatorio analizar la sangre donada para VIH-SIDA se estima que más de 10,000 individuos se infectaron por esta vía en los Estados Unidos. Aproximadamente 7,250 individuos desarrollaron SIDA. La gamma

globulina hiperinmune, la vacuna de la hepatitis B, la globulina Inmune Rho no se ha asociado a la transmisión del VIH-SIDA por el procedimiento que conlleva su preparación. Se estima que en la actualidad, el riesgo de ser infectado con VIH-SIDA por transfusión oscila de 1 en 45,000 a 1 en 660,000 donaciones en los Estados Unidos. Antes del escrutinio de los donadores, también ocurrieron casos de transmisión de VIH por medio de transplante de órganos y por inseminación artificial (CDC,1994:91).

Existe un pequeño pero definitivo riesgo de transmisión de VIH-SIDA en trabajadores (as)de la salud, personal de laboratorio y aquellos(as) quienes trabajan con especímenes infectados, particularmente si utilizan objetos punzantes. Estudios multicéntricos indican que el riesgo de transmisión de VIH-SIDA posterior a un pinchazo con una jeringa u otro objeto punzante contaminado con sangre de una persona con VIH-SIDA es de alrededor de 0.3%. El riesgo de hepatitis B por este mismo medio es del 20 al 30%. Estudios demuestran mayor riesgo de transmisión de VIH-SIDA cuando la punción lesiona una vena o una arteria, cuando es profunda y cuando el o la paciente previamente usó la jeringa y se encuentra en una etapa avanzada de la enfermedad.

El uso de drogas antiretrovirales después de la exposición puede proteger a la persona en casos de exposición ocupacional. La transmisión del VIH-SIDA a través de la piel intacta no ha sido demostrada (CDC,1993:329).

2.1.3 Transmisión materno/fetal.

La infección por VIH-SIDA puede ser transmitida de la madre al producto durante el embarazo, durante el parto o en el periodo de lactancia. Esta constituye una vía de transmisión muy importante para la infección del VIH-SIDA en países en vías de desarrollo, en donde la proporción de mujeres-hombres infectadas es 1:1. En los Estados

Unidos, aproximadamente 1,660 recién nacidos al año están infectados con VIH-SIDA de la madre. Análisis virológicos de fetos abortados indican que la transmisión del VIH-SIDA al feto durante el embarazo puede ocurrir desde el primer trimestre. Sin embargo, la transmisión vertical ocurre con mayor frecuencia en el periodo perinatal.

El índice de transmisión del VIH-SIDA de una madre al feto o al recién nacido es de aproximadamente 25%. Estudios en diversos países indican una variación en los índices de transmisión, siendo tan bajo como 12.9% en países Europeos hasta un 45-48% en Nairobi, Kenya y otras ciudades de países en desarrollo. Estas diferencias pueden obedecer a la calidad de los cuidados perinatales así como al estadio de la enfermedad y el estado de general de salud de la madre durante el embarazo. Adicionalmente, un parto prematuro, la ruptura prematura de membranas, así como factores que favorecen el contacto del producto con la sangre materna. Finalmente, se postula que el riesgo de transmisión es elevado cuando la madre presenta infección primaria por VIH-SIDA durante el embarazo, debido a que en dicha fase existen niveles elevados de viremia.

Está documentada la transmisión de VIH-SIDA de la madre al recién nacido mediante la lactancia. (Epidemiología 2001)

2.1.4 Transmisión por otros líquidos corporales.

Aunque el virus puede ser identificado, en virtualmente cualquier fluido corporal, no existe evidencia de que la transmisión del VIH-SIDA ocurra mediante saliva, lágrimas, sudor y orina .

2.2 Epidemiología.

Sin lugar a dudas, en la actualidad el principal modo de transmisión a nivel mundial es por vía heterosexual, particularmente en países en vías de desarrollo, en donde el número

de infectados entre hombres y mujeres es igual. Originalmente la gran mayoría de casos ocurrían en varones homosexuales, sin embargo este patrón se modificó.

En Estados Unidos de América, en los últimos años, el número de nuevos casos reportados en drogadictos y **heterosexuales (particularmente mujeres)** sobrepasó el número de nuevos casos reportados en varones homosexuales. Así la proporción de nuevos casos de VIH-SIDA por año atribuidos a contacto heterosexual se ha incrementado dramáticamente en los últimos 10 años. En 1980, esta proporción era menor al 2% y en 1995 fue aproximadamente del 15%.

Cuarenta y cinco por ciento de las mujeres con VIH-SIDA se infectan mediante inyección de drogas ilícitas, y 38% por contacto heterosexual (proveniente de varones que utilizan drogas inyectables ilícitas o bisexuales y alcohólicos) en los Estados Unidos de Norteamérica (CDC, 1994:463).

2.3 Situación del VIH-SIDA a nivel nacional.

En México hay una epidemia concentrada de VIH-SIDA, que se caracteriza por una prevalencia reportada en estudios centinela de hasta 15% en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), 6% entre usuarios de drogas inyectables (UDI), y 0.09% en mujeres embarazadas. Hasta junio del 2001 en México se habían registrado 49,999 casos acumulados de VIH-SIDA y se estima que hay alrededor de 150,000 personas infectadas (Uribe, 2000: 13).

La epidemia es predominantemente sexual. Esta forma de transmisión ha sido la causante de casi 90% de los casos acumulados. En ausencia de vacunas efectivas contra la mayoría de las Enfermedades de Transmisión Sexual, incluido el VIH-SIDA, la forma más efectiva de evitar el riesgo de infección, en personas sexualmente activas es el uso correcto y constante del condón, cuya efectividad oscila del 90 al 95% de los casos. En nuestro país, aunque existen evidencias de que se está incrementando el uso del condón

entre HSH, servidoras sexuales y jóvenes, es urgente continuar con su promoción para aumentar su uso entre éstos y otros grupos (ibid, p 16).

La transmisión perinatal constituye la causa principal de infección por VIH-SIDA en menores de 15 años con 68.7% de los casos acumulados y 93.3% los diagnosticados en el año 2000. Para prevenir este tipo de transmisión se requiere detectar oportunamente a toda mujer infectada. Por ello es imprescindible capacitar al personal de salud, promover la atención prenatal, y proporcionar información adecuada sobre la importancia de estas infecciones y el riesgo de transmitirlos a los hijos. En nuestro país existen desde 1986 disposiciones legales que prohíben la comercialización de la sangre y exigen el análisis riguroso de la sangre que habrá de transfundirse. Como resultado, los casos de VIH-SIDA debidos a transfusiones disminuyeron drásticamente a partir de 1988. Desde el año de 1999 a la fecha no se ha diagnosticado ningún caso de este tipo. La prevalencia de VIH-SIDA en donadores voluntarios se ha mantenido en 0.04% en los últimos años. (ibid p20) Actualmente, 85% de las personas con VIH-SIDA reciben tratamiento antiretroviral departe de las instituciones del Sector Salud; esto ha incrementado de manera significativa su calidad de vida.

La epidemia de VIH-SIDA ha generado también reacciones de rechazo a diferentes estilos de vida, producto del miedo al contagio. Todo esto se ha manifestado en actos de discriminación como la negación de servicios médicos, los despidos injustificados y la estigmatización de personas. Para atacar esta problemática se han desarrollado campañas orientadas a evitar la violación de los derechos humanos de las personas afectadas (ibid p 28).

Es necesario concentrar las actividades y programas educativos de combate a la epidemia en los contextos que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad a las ETS y el VIH-SIDA. Para ello, se han establecido como estrategias claves: Aumentar el uso del condón, mitigar el daño producido por el uso de drogas inyectables, interrumpir la transmisión

vertical, disminuir el número de parejas sexuales y tratar de manera educativa y adecuada las Enfermedades de Transmisión Sexual (Ibid , p 26).

2.3.1 Grupos de ayuda No Gubernamental.

Es necesario conocer que en México existen más de cuatrocientas Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) que abordan la problemática del VIH/SIDA , y su importancia radica en que cuando una persona cree estar infectada no sabe a donde acudir en busca de ayuda.

En realidad no solo puede acudir cualquier persona para que le ayuden a realizar un diagnóstico, sino también a solicitar información para la prevención del VIH-SIDA y por otra parte, puede acudir una persona cuando desea brindar su ayuda de manera voluntaria a este tipo de organizaciones (Ibid, p 37).

Es importante saber, que la mayoría de dichas organizaciones trabajan de manera semejante, por ello, se exponen algunos de los puntos sobresalientes en los que se apoyan para llevar a cabo su labor.

Gran parte de estos organismos se sostienen con base en donativos y sus objetivos a cumplir incluyen:

Prevenir la transmisión de la infección del VIH-SIDA a través de estrategias de información y educación.

Coordinar las actividades de los sectores público, social y privado en lo referente a programas de prevención e investigación de la epidemia en el ámbito nacional.

Realizar, promover y apoyar investigaciones sobre distintos aspectos del VIH-SIDA.

Difundir información acerca de las medidas preventivas de la población.

Promover la participación de todos los sectores de la sociedad en la lucha contra la enfermedad (Ibid, p 20).

Además, también ofrecen:

Orientación psicológica

Conferencias

Talleres

Bancos de medicamentos

Visitas al enfermo y su familia

Actividades y campañas de prevención.

2.3.2 Grupos de ayuda Gubernamental.

El objetivo de estas asociaciones son los mismos que los de las anteriores, pero existe diferencia en llegar al cumplimiento de sus fines.

Dentro de estos grupos, los más conocidos son CONASIDA, TELSIDA, el IMSS e ISSSTE.

El CONASIDA fue creado mediante el decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 24 de agosto de 1988. A partir de ese momento las actividades de CONASIDA se financiaron con recursos provenientes de fondos internacionales, principalmente del Programa Global del VIH-SIDA de la OMS y en 1991 le fue asignado presupuesto federal ante la progresiva e importante disminución del financiamiento internacional y crecimiento de la epidemia (Ibid, 23).

Actualmente CONASIDA es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con nivel de Dirección General y cuenta con plazas federales propias. Depende directamente de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud.

Algunas de sus funciones son :

Analizar las manifestaciones de la enfermedad en la población.

Reforzar el diagnóstico oportuno y evaluar las nuevas técnicas diagnósticas.

Guiar los procedimientos terapéuticos y evaluar la eficacia de nuevos fármacos.

Promover la calidad en la atención a los enfermos.

Analizar las tendencias de la epidemia para guiar la adecuada toma de decisiones en el campo de la atención, prevención y control.

Promover la investigación epidemiológica sobre VIH/SIDA.

Garantizar que la investigación clínica se realice respetando los aspectos éticos.

Coordinar diversos eventos científicos y académicos.

Mejorar servicios de asistencia social a personas infectadas.

Difundir la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del SIDA (NOM-010-SSA2-1993).

CAPITULO 3. PREVENCIÓN, EDUCACIÓN DEL SIDA Y MUJER

3.1 Estigma y discriminación

3.2 Comunicación y cambio de conducta

3.2.1 Consejería y Pruebas de Detección

3.2.2 Programas de Salud Reproductiva

3.2.3 Reducción de Enfermedades de Transmisión Sexual

3.3 Mujeres y VIH-SIDA

3.3.1 Transmisión vertical

3.3.2 Otras medidas preventivas

3.4 Aspectos Psicosociales de la Sexualidad Humana

3.5 Educación y género

PREVENCIÓN, EDUCACIÓN DEL VIH-SIDA Y LA MUJER.

Existe un creciente número de mujeres infectadas por VIH/SIDA. Las mujeres con VIH tienen mucho en común con los hombres afectados, pero también existen aspectos que solamente afectan a las mujeres. Las mujeres infectadas por el VIH contraen infecciones vaginales, úlceras genitales, la enfermedad inflamatoria pélvica y las verrugas genitales más a menudo y más severamente que las mujeres no infectadas. El cáncer cervical se agregó a la lista de enfermedades relacionadas con el VIH en 1993. Las mujeres VIH-infectadas deben hacerse por lo menos una vez por año un examen de Papanicolaou y un examen pélvico. (InfoRed SIDA, 610)

Por cada ocho hombres que lo tienen, solo una mujer contrae el Sarcoma de Kaposi; un cáncer de la piel. Las mujeres contraen la candidiasis (una infección de hongos en la garganta y herpes-un virus que causa heridas labiales y lesiones genitales-aproximadamente 30% más frecuentemente que los hombres). Las mujeres con la redistribución de grasa en el cuerpo tienen un aumento en el tamaño del abdomen o en los senos más frecuentemente que los hombres y no pierden tanta grasa de los brazos y de las piernas. Problemas vaginales pueden ser señales tempranas de la infección por el VIH. Úlceras en la vagina o infecciones de levadura que regresan dentro de dos meses, sobre todo si no se curan fácilmente, pueden ser señales del VIH. Pero las úlceras también pueden ser causadas por cambios de hormonas, píldoras de control de la natalidad o antibióticos. (ibid)

Se necesitan más investigaciones sobre cómo las medicaciones para el VIH afectan a mujeres. La mayoría de los medicamentos que se utilizan para el VIH no se han estudiado

para ver si afecta a las mujeres diferentemente que a los hombres, si afecta los ciclos menstruales ó si afectan los medicamentos para el control de la natalidad

.Los investigadores deben estudiar más a las mujeres.Sólo 10% de las personas participantes en investigaciones del SIDA han sido mujeres. Ahora se estudian más mujeres,y en 1994 se empezaron dos estudios con casi 3,000 mujeres VIH-positivas y 1,000 VIH-negativas.(Ibid)

El virus que causa el SIDA, afecta personas de todas edades, posiciones sociales, culturales, religiosas y nacionalidades en especial a aquellas entre 20 y 40 años de edad. Para las familias, el VIH-SIDA es una enfermedad devastadora: Primero destruye los hogares estables tomándolos en familias monoparentales, y luego deja niños huérfanos al cuidado de sus hermanos, abuelos o instituciones. La enfermedad ataca a los grupos más vulnerables, carentes de poder y debido a la cultura sobre las prácticas sexuales: **a las mujeres con escasas posibilidades de protegerse a sí mismas, a jóvenes y jovencitas que no comprenden el riesgo al que se exponen, y a los lactantes que contraen la Infección durante el embarazo, el parto o la lactancia.** Además de sufrir los efectos debilitantes de la enfermedad, muchas de las personas infectadas sufren el rechazo de su familia, amigos y de su comunidad por carecer del conocimiento adecuado y por el estigma y tabúes sobre las preferencias sexuales.

Hacia fines del año 2000, el número de personas infectadas en todo el mundo superaba los 36 millones, y el 95% de ellas vivían en países en desarrollo (ver fig 1).Se estima que en 1981,cuando se reconoció por primera vez el SIDA había 227,000 adultos infectados; para 1990, este número había aumentado a 10 millones. El VIH-SIDA ha matado casi 22 millones de personas.Sólo durante el año 2000 se produjeron 3 millones de muertes a

causa de este virus. Aproximadamente 1,4 millones de niños están contagiados con el virus y casi 13 millones han perdido a sus padres a causa de este mal(Mann,200:26)

La pandemia del VIH-SIDA tiene un impacto cada vez mayor entre las mujeres, que se infectan principalmente a través de relaciones heterosexuales (pene-vagina). Durante el año 2000, las mujeres llegaron a conformar el 47% de la población adulta infectada, cifra que es muy superior al 25% que alcanzara en 1992 (Ibid) .

3.1 Estigma y discriminación.

El VIH-SIDA se propaga en una atmósfera de silencio y secreto. Su estigma asociado y el temor que engendra suelen ser obstáculo a los programas de prevención. Si las mujeres no se sienten cómodas conversando con los proveedores de salud, acerca del posible riesgo de infectarse, por temor a ser discriminadas o a que se viole la confidencialidad, es posible que se muestren reticentes a someterse a pruebas de detección o tratamiento. Es frecuente que quienes sospechan estar infectados decidan ocultar la enfermedad a su familia y amigos, por temor a ser rechazados.

La mujer, una vez diagnosticada, tiene que considerar una lista interminable de barreras para conseguir atención médica, entre las que se pueden mencionar; el acceso a un buen servicio médico, acceso a guarderías, aspectos relacionados al control de la natalidad, rehabilitación contra el alcohol y drogas, aspectos relacionados a la pobreza, encontrar agencias sensibles hacia la mujer, asuntos legales como empleo, vivienda custodia de los hijos, problemas sociales y emocionales como la violencia doméstica y el aislamiento.

Líderes comunitarios y profesionales de la salud pueden contribuir a disminuir el estigma asociado al VIH-SIDA, evitando políticas y medidas discriminatorias, mensajes aterrizantes y cualquier insinuación respecto de que es una enfermedad que conlleva vergüenza. Las comunidades también deben fomentar la aceptación y comprensión

hacia personas infectadas. Los programas que incorporan en sus actividades a personas con VIH-SIDA, que desarrollan campañas en los medios de comunicación y realizan tareas educativas en escuelas, en departamentos de policía y en los sitios de trabajo contribuyen a promover el conocimiento y el debate en torno al VIH-SIDA y de este modo ayudan de manera importante a debilitar el estigma. La movilización por parte de la comunidad y la participación de los grupos más afectados por el estigma (tales como Usuarios de Drogas Inyectables, las (os) trabajadoras (es) sexuales, alcohólicos y personas infectadas también pueden cumplir un papel importante (Valente, 1999:203).

3.2 Comunicación y cambio de conducta.

Las actividades de comunicación orientadas a modificar conductas, representan un componente fundamental de los esfuerzos por abordar una diversidad de problemas asociados a la salud, tales como la supervivencia infantil, salud reproductiva, la planificación familiar, y el VIH-SIDA. Los programas educativos que combinan actividades de comunicación e intervención, tanto a nivel de individuos como de la comunidad, logran un impacto más positivo y sostenido sobre actitudes, normas sociales y cambios de conducta.

Las actividades de comunicación interpersonal –tales como la educación entre parejas, la consejería y las discusiones en pequeños grupos- si bien llegan a menos personas –tienden a tener un mayor impacto sobre el cambio de conductas.

Las intervenciones tales como representaciones de teatro callejero llegan a públicos más amplios con mensajes que pueden ser adaptados para satisfacer las normas y necesidades de cada comunidad (UNAIDS, 200).

Las intervenciones a nivel macro (nacional o internacional) implican el uso de material impreso y de los medios de comunicación (programas de conversación en radio y televisión, dramas y música popular). Con financiamiento de USAID, la AIDTECH

desarrolló el proyecto **"Emma dice" para educar a las mujeres** en África Occidental. Se trata de una historieta, cuyo personaje central es Emma, que llega a una gran cantidad de personas con información y mensajes referentes a la salud a través de revistas, obras de teatro, películas, videos y fotonovelas (Taguiwalo, 2000,16).

Los programas de Información, Educación y Comunicación sobre VIH-SIDA son más efectivos cuando logran involucrar diversos segmentos de comunidad y trabajar conjuntamente con líderes políticos, religiosos y autoridades comunitarias para abordar aspectos sensibles y promover un cambio de las normas comunitarias (Ibid). Dado que un cambio en el comportamiento es un proceso gradual, los programas deben mantener un esfuerzo sostenido e involucrar a su público objetivo en el diseño de mensajes efectivos.

3.2.1 Consejería y pruebas de detección.

Si bien existe consenso en que las personas tienen derecho a conocer su condición con respecto del VIH-SIDA, las pruebas de detección pueden ser emocionalmente devastadoras para quienes deben enfrentar un resultado positivo sin haber recibido una adecuada consejería. Los programas que combinan la consejería y las pruebas de detección voluntarias (PDV) han sido muy eficaces en contribuir a que las mujeres se protejan a sí mismas y a sus parejas, y en ayudar a que las personas puedan adaptarse al hecho de que están infectadas .

El costo de las Pruebas de Detección Voluntaria hace que esta intervención sea una alternativa viable en la salud pública. Muchas mujeres no saben que tienen el VIH hasta que se ponen enfermas o tienen un embarazo o al término de éste. Si las mujeres infectadas no se hacen la prueba para el VIH, parecen enfermarse y morir más rápidamente que los hombres. Pero si se hacen la prueba y se tratan; viven tantos años como los hombres. La carga viral es diferente en mujeres. Un estudio publicado a finales

de 1998 mostró que toma el mismo tiempo en desarrollar el SIDA para las mujeres con la mitad de la carga viral que los hombres.(InfoRed SIDA: 610)

Los programas que consideran incorporar la Prueba de Detección Voluntaria deben abordar cuidadosamente las actitudes de la comunidad a la que pertenecen sus pacientes. Estos programas deberían también contar con recursos necesarios para ofrecer servicios médicos, psicológicos y de apoyo social a personas infectadas. El hecho de someterse a estas pruebas y conocer el resultado puede acarrear trastornos emocionales, estigmatización, discriminación, abandono y violencia, en **especial a las mujeres** . En lugares donde no sea posible ofrecer este tipo de servicios, sólo la consejería sobre los factores de riesgo y programas educativos de prevención constituyen un importante primer paso.

3.2.2 Programas de Salud Reproductiva.

A medida que se reconoce más ampliamente la magnitud y las consecuencias del VIH-SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual, en especial entre las mujeres, se vuelve esencial integrar las estrategias de prevención en los centros de atención de salud reproductiva y atención primaria (incluidos los servicios de planificación familiar y atención prenatal orientados a mujeres).

Integrar servicios de prevención de VIH-SIDA a los de planificación familiar es una opción que resulta atractiva, dado que las usuarias suelen necesitar servicios para prevenir el VIH-SIDA, y viceversa, quienes solicitan métodos para prevenir el contagio o la transmisión del VIH-SIDA también suelen necesitar servicios de planificación familiar.

En todo esfuerzo orientado a la prevención, las metas duales deben orientarse a impedir que las personas se infecten con VIH-SIDA y a evitar que quienes están infectados transmitan el virus. Los programas de planificación familiar pueden ofrecer consejería sobre métodos anticonceptivos que previenen la transmisión del VIH-SIDA y

brindar información sobre aspectos pertinentes tales como la transmisión madre-hijo, así como tratar otras infecciones del tracto reproductivo. En aquellos lugares donde no se pueda brindar estos servicios, se deben implementar mecanismos de derivación adecuados.

Los condones masculinos y femeninos usados de manera correcta y consistente ofrecen una efectiva protección contra el embarazo, el VIH-SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.

Los diafragmas y capuchones cervicales son métodos de barrera que brindan una protección muy baja contra las infecciones bacterianas y algunas virales, tales como la gonorrea y la *chlamydia*. Sin embargo, su efectividad contra el VIH-SIDA es incierta. El espermicida llamado nonoxynol-9 ofrece protección parcial contra algunas Enfermedades de Transmisión Sexual bacterianas, pero sus efectos sobre el VIH-SIDA son mucho menos prometedores (Guay, 1999:801).

Los anticonceptivos orales, otros anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos (DIU) no brindan ninguna protección contra el VIH-SIDA u otras Enfermedades de Transmisión Sexual. Se debe alentar a las mujeres que usan esos métodos a que recurran simultáneamente a los condones para protegerse contra el VIH-SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual. Muchas mujeres sienten que no pueden pedirles a sus maridos o novios usar condones. Pero los condones son hasta el día de hoy, la manera más segura de evitar la infección por el VIH. Hay un condón para mujeres que da alguna protección, pero no tanta como el condón para hombres. Otras formas de control de la natalidad, como píldoras o diafragmas no dan ninguna protección contra el VIH. (InfoRed SIDA; 610)

Con el fin de detener la expansión del VIH-SIDA se ha estimado que el uso del condón debería aumentar desde los 6,000 – 9,000 millones de condones que actualmente se

usan por año a 24,000 millones (Heise,1995:931). Aunque los programas han encontrado barreras para el uso del condón, métodos educativos innovadores han ayudado a superarlos. Por ejemplo, en las regiones donde el suministro de condones es insuficiente, la distribución es poco confiable, o el costo es muy elevado, los programas de mercadeo social han aumentado el acceso y la disponibilidad de los condones. El mercadeo social de los condones al público general (no sólo a grupos marginados como trabajadoras y trabajadores sexuales) también puede ayudar a mejorar tanto la percepción de los condones por parte del público como el aprendizaje de un uso correcto (Taguiwalo, 2000,16).

Para algunas mujeres, sugerir el uso del condón puede ser imposible, dado que requiere la cooperación de su pareja. Muchas mujeres corren el riesgo de ser víctimas de abuso emocional y/o físico si sugieren a sus parejas usar un condón, puesto que ello implicaría acusarlos de infidelidad (Hananberg,1994:243).

La promoción del condón en grupos de alto riesgo –trabajadores y trabajadoras sexuales, camioneros, miembros de las fuerzas armadas, consumidores (as) de drogas que intercambian jeringas, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, alcohólicos - ha sido por mucho tiempo un importante componente de los programas de control del VIH-SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual. Los programas orientados a trabajadoras (es) sexuales han recibido tanto críticas como elogios por movilizar a los grupos más vulnerables y menos poderosos para que se protejan.

El condón femenino es una funda de poliuretano suave y transparente que la mujer puede insertar en su vagina antes de tener relaciones sexuales. La aceptabilidad y distribución del método ha aumentado en algunos países en desarrollo . **Las mujeres de países tan diversos como Costa Rica, Indonesia, México y Senegal, señalan que el condón femenino les permite tomar la delantera en lo que respecta a su protección y en**

demostrar a sus parejas la importancia del sexo seguro (Pool,200:162). Aún así, el condón femenino no goza de la misma aceptación que otros métodos anticonceptivos. Algunos estudios han revelado que la práctica sobre el uso del condón femenino puede ayudar a superar la renuencia inicial (Chipungu,1999).

Incluso a un valor subsidiado de US \$0.60 la unidad, los condones femeninos resultan demasiados costosos para muchas mujeres en los países en desarrollo. Las organizaciones donantes, incluida UNAIDS, trabajan para aumentar el acceso al condón femenino y reducir su costo (Grosskurth,1995:530).

3.2.3 Reducción de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Muchas mujeres piensan que el Sida es una enfermedad de hombres homosexuales. Pero las mujeres contraen VIH por compartir agujas infectadas y por relaciones sexuales heterosexuales sin protección. Durante la relación sexual el VIH se transmite de hombres a mujeres con mucho más facilidad que de mujeres a hombres. El riesgo de infectarse para una mujer es más directo con sexo anal, o si ella tiene infección vaginal (InfoRed: 610) Las condiciones ulcerosas o inflamatorias causadas por Enfermedades de Transmisión Sexual aumentan la susceptibilidad de infectarse con VIH-SIDA y la probabilidad de transmitirlo. El tratamiento adecuado de las infecciones curables tiene el potencial de reducir la incidencia del VIH-SIDA. Es importante notar que las Enfermedades de Transmisión Sexual suelen ser asintomáticas en las mujeres, lo que complica los esfuerzos por controlarlas.

Algunas poblaciones más afectadas por VIH-SIDA también son las más difíciles de contactar a través de programas convencionales de salud primaria, tales como las clínicas de planificación familiar. Las (os) adolescentes, las (os) trabajadoras (as) sexuales, las

(os) refugiadas (os) y las mujeres solteras se encuentran entre los grupos con menos acceso o que no recurren a servicios de programas convencionales de salud reproductiva. Los(as) proveedores de salud necesitan medidas adicionales a fin de proveer información necesaria para prevenir VIH-SIDA en estos grupos. Las campañas de información orientadas a estos grupos específicos, **el mejoramiento de la interacción con el educador**, la provisión de servicios más efectivos y los programas de extensión pueden ayudar a superar estos desafíos.

3.3 Mujeres y VIH-SIDA.

Hace algunos años atrás a las mujeres no se les consideraba en peligro de contraer el VIH ,y por lo tanto no eran contempladas en programas preventivos,los medios de comunicación han hablado del hecho de que las mujeres con VIH mueren más rápidamente que los hombres,.Esto sucede porque se les diagnostica mucho más tarde que a los hombres, y reciben menos servicios médicos,sumado a esto tambien existen, factores sociales que contribuyen a este fenómeno y es que la mujer tiende a dedicarse o sentirse obligada a cuidar a los otros-novios,esposo,hijos, abuelos etc.- y no busca el cuidado hasta que sus síntomas son extremos.

Según datos reportados por la OMS para el 1 de enero del 2000 existían 42,762 casos totales de SIDA acumulados desde el comienzo de la epidemia, 14.2% pertenece a mujeres.Desde hace pocos años se realizan estudios a profundidad de las mujeres a tomar en cuenta su salud, observando sus condiciones de inequidad por género y situaciones diversas: con mujeres de vida rural, mujeres urbanas migrantes, mujeres rurales y reproductivamente activas. Cuando se analiza e investiga el sistema de relaciones de las redes de mujeres familiares comunitarias o locales en cada región se evidencia que la posibilidad concreta de prevenir alguna infección de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia

adquirida(SIDA) es escasa o nula. A veinte años de los primeros casos de sida reportados, las mujeres dedicadas a tareas del hogar se encuentran en nuestro país en un tercer lugar respecto al listado de números de casos según ocupación. Las trabajadoras sexuales ocupan el número 16, por lo tanto estas mujeres gozan de mayor protección que las amas de casa (Letra S p8)

A menudo mujeres adolescentes y adultas no cuentan con información confiable sobre aspectos básicos de salud reproductiva, no han adquirido habilidades necesarias para negociar relaciones sexuales seguras y sanas, y no tienen acceso a servicios de salud reproductiva económicos y confidenciales. Las (os) jóvenes representan la mitad de todas las nuevas infecciones por VIH-SIDA, **y las mujeres presentan mayor riesgo que los hombres de contraer la infección durante cada contacto sexual.** Los programas para jovencitas y jóvenes han demostrado que:

- Los programas escolares que incluyen educación entre parejas, dramatizaciones y habilidades para la interacción social disminuyen la actividad sexual entre las y los jóvenes (Smith, 1995:391).
- Los programas orientados a **mujeres jóvenes** sexualmente activas ofrecen importante información respecto de la sexualidad, necesaria para protegerse del VIH-SIDA, las Enfermedades de Transmisión Sexual y embarazos no deseados. **Los programas que buscan ayudar a las mujeres jóvenes a protegerse deben ser sensibles al hecho de que, en algunos casos, las mujeres tienen sexo por obligación, por coerción o por necesidad de dinero u otra clase de incentivo.**
- Los programas deben ser interactivos y concentrarse en la comunicación, la negociación y la adquisición de habilidades. La mayoría de los estudios revelan que esta educación no promueve la actividad sexual (Moyo, 200).

- **Las mujeres jóvenes responden bien a los programas y actividades interactivas, y a las actividades de extensión en los lugares de trabajo, de recreación y en la calle. Esto es Educación Informal.**
- **Por ejemplo, el programa Lentera, que es parte de la Asociación de Paternidad Planificada de Indonesia, trata de llegar a las jóvenes en áreas públicas donde se reúnen de noche. Los replicadores comunitarios que trabajan en este programa las proveen de valiosa información, les entregan condones y derivan a otros programas de salud o bien a otro tipo de programas (Dowsett,1999).**

Los programas educativos deben procurar que las mujeres jóvenes reciban información básica sobre VIH-SIDA y cómo protegerse a sí mismas y a sus familias. También es importante entregar información sobre educación en sexualidad y aspectos de género en los que ellas reconozcan la importancia de cuidar su cuerpo y valorarse como personas que reprueban la violencia física, el abuso sexual y psicológico a ellas mismas a sus hijos y pareja .

3.3.1 Transmisión vertical.

Existen múltiples factores que influyen en esta transmisión, tales como la carga viral de la madre y el tipo de parto. El riesgo total de transmisión en los países en desarrollo varía aproximadamente entre un 25% a 45% (Marseille,1999:803).

Idealmente, los programas orientados a prevenir la transmisión madre-hijo no deberían terminar con la terapia dirigida al bebé. Estos programas deberían formar parte de la atención que recibe la madre después del parto, que comprende el tratamiento y la prevención de enfermedades asociadas al VIH-SIDA, cuidados paliativos, asesoramiento nutricional y contactos con organizaciones que puedan facilitar los problemas sociales y psicológicos que enfrenta la madre infectada (Guiquinto,1998:161).

Conforme a estudios realizados en países en desarrollo, la terapia con drogas ha reducido la transmisión madre-hijo en aproximadamente un 37% entre las mujeres que amamantan y en un 50% o más entre las mujeres que no están amamantando (Luo,2000:144). Durante los últimos 10 a 15 años, se han usado varios regímenes antirretrovirales consistentes en zidovudina (conocida anteriormente como AZT) sola, y zidovudina más lamivudina. Más recientemente, se ha demostrado que la nevirapina es más efectiva para reducir la transmisión madre-hijo. Además, los regímenes con nevirapina son más breves, simples y menos costosos que aquellos con zidovudina. El régimen de nevirapina en dosis única tiene un costo aproximado de US \$4 (UNAIDS,1999), el régimen de zidovudina suele tener un costo considerablemente mayor.

Algunos investigadores han propuesto que en las áreas donde la prevalencia del VIH-SIDA sea alta y el acceso a los exámenes sea difícil, se administre –con anterioridad o al momento del parto – un tratamiento con nevirapina a todas las mujeres embarazadas. No obstante, aún son inciertos el costo y la aceptabilidad de este método. Además, esta estrategia debe equilibrar los aspectos éticos y de seguridad que implica sobretratar a las mujeres sanas y a sus hijos.

Las intervenciones orientadas a prevenir la transmisión del VIH-SIDA durante el trabajo de parto y el parto se han centrado en reducir la exposición de los bebés a la sangre y secreciones vaginales de la madre infectada. Antes se creía que el lavado vaginal para desinfectar la vagina antes del parto tenía algún potencial de prevenir la transmisión durante el mismo. No obstante, la información de que se dispone actualmente no muestra reducción alguna en la transmisión de VIH-SIDA (Gibb,1999:93)..

Si bien la lactancia puede significar la transmisión del VIH-SIDA madre-hijo, en algunas comunidades la ausencia de lactancia también puede acarrear importantes riesgos para la salud de los bebés. La Organización Mundial de la Salud recomienda pautas para mujeres embarazadas infectadas por VIH-SIDA. Estas incluyen:

- Usar fórmula si está al alcance de las mujeres adquirirla y prepararla en condiciones libres de riesgos (también se puede usar leche de origen animal preparada en condiciones seguras)
- Amamantar exclusivamente durante los primeros tres a seis meses
- Extraer leche materna y calentarla para matar el virus, y alimentar al niño con un vaso en lugar de una botella o un biberón y
- Contratar servicios de una nodriza que no esté infectada.
- La OMS recomienda que las mujeres que no saben si están infectadas, no amamenten (Stecklov,1999:780).

Las mujeres que no amamenten pierden el efecto anticonceptivo de la lactancia y necesitarán consejería para escoger otro método. Los lactantes también pierden los efectos protectores y valor nutritivo de la leche materna. Además, el estigma del VIH-SIDA contradice las recomendaciones de la OMS respecto de usar métodos de alimentación alternativos: la mayoría de mujeres en países en desarrollo amamantan, y no hacerlo suele ser interpretado como señal de VIH-SIDA o abandono infantil.(iidid)

3.3.2 Otras medidas preventivas.

Además de un cambio de comportamiento, las herramientas de prevención más prometedoras son las vacunas y los microbicidas.

Las vacunas podrían ofrecer un importante impulso a los esfuerzos de prevención y son la esperanza más prometedora para erradicar el VIH-SIDA. La dificultad que entraña el

desarrollo de una vacuna se refleja en 12 años que han transcurrido entre la primera prueba de laboratorio de una vacuna y el primer estudio clínico importante. Es posible que las primeras vacunas tengan sólo un 40% de efectividad (Esparza,2000:2061), pero los modelos matemáticos sugieren que incluso estas vacunas parcialmente efectivas podrían salvar millones de vidas.

Los microbicidas son productos que, al ser administrados intravaginalmente, pueden destruir el virus del SIDA y otros microorganismos que causan las Enfermedades de Transmisión Sexual. Dado que requerirían poca o ninguna negociación con la pareja, podrían ofrecer a las mujeres una opción nueva y poderosa para protegerse. A pesar de que ningún microbicida es ideal, varios candidatos para la primera generación de este producto están siendo sometidos a estudios clínicos. Falta mucho para tener un espermicida que mate o inactive el virus del SIDA y otros patógenos de Enfermedades de Transmisión Sexual. Se requiere de mayor investigación sobre seguridad y eficacia, aceptabilidad, el efecto que tendrían sobre las pruebas de detección de Enfermedades de Transmisión Sexual, su uso prolongado, uso durante el embarazo y efectos sobre el condón.

3.4 Aspectos psicosociales de la sexualidad humana.

Aprovechamos este apartado para dar algunas definiciones relacionadas con sexualidad: La sexualidad se refiere a diversos componentes culturales e individuales que ejercen su influencia sobre la manera en que una persona expresa su rol y orientación sexual. Incluye factores como la imagen que la persona tenga de su cuerpo, su amor propio y el concepto de sí misma.

El ejercicio de la sexualidad tiene que ver con la atracción afectiva que sientes por tu pareja y sirve para expresarle tu cariño; puede llegar a ser como un lenguaje de comunicación recíproca entre los dos.

Orientación sexual es en relación al sexo hacia el cual se siente atraída sexual o afectivamente una persona, esta puede ser:

Heterosexual, cuando las personas se sienten atraídas por personas del sexo opuesto.

Homosexual, en el caso de personas que sienten atracción por personas de su mismo sexo.

Bisexual, cuando existe la atracción por ambos sexos.

Los roles sexuales vienen a ser parte del conjunto preescrito de comportamientos atribuidos al sexo masculino y al sexo femenino, que se consideran apropiados y aceptables según una serie de valores y creencias socioculturales

.La cultura modela la personalidad de los sujetos ,influyendo en su manera de pensar, de representarse al mundo, de relacionarse entre sí, de acuerdo a valores y principios que dictan acciones y actitudes y sentimientos, según lo considerado lícito e ilícito, así como de la posición que los sujetos guarden dentro de la jerarquía familiar, es decir, según el sexo de la persona, todo esto, apoyado por prejuicios y mitos.(Romo A. :37)

En las sociedades patriarcales como la nuestra, existen deberes que mitica e ideológicamente, no se consideran sociales, sino naturales y deben vivirse como mandatos irrenunciables

El modelo al que el hombre debe ajustarse es el dictado por la cultura de acuerdo a una masculinidad machista, según la cual ha de ser fuerte, sin posibilidad de expresarse emotivamente, debe ocultar los sentimientos de temor, angustia, inseguridad etc.La imagen social exigida a las mujeres debe ser el correlato al macho: debil abnegada dependiente, sumisa que la convierten en candidata ideal para la subordinación .(Ibid)

La sexualidad en estas sociedades patriarcales suele ser más laxa para los hombres y más estricta para las mujeres; a los hombres se les permite la libre expresión y goce de su sexualidad, incluso con varias parejas, aún después del matrimonio, en tanto que a la mujer le es reprimida, y solo permitida hasta el momento de casarse, como único fin de la procreación de los hijos.

La sexualidad de las mujeres esta en la base de la categoría social de genero mujer.Y en las creencias que la apoyan. La sexualidad es causa de la supuesta inmanencia femenina de la condición social de las mujeres, de sus carencias, de sus conflictos de sus posiciones en la sociedad de sus limitaciones y de su desigual relación con los hombres. Se considera que las mujeres son solo sexualidad y que su sexualidad es natural, que encierra su animalidad. Ubicada la sexualidad fuera de la historia, se la hace generadora de la opresión de las mujeres (Lagarde M 1994:401)

Dado este doble criterio, la continencia premarital se refuerza sólo para las mujeres "decentes" en tanto que la prostitución femenina es aceptada por el patriarcado para las "otras" como medida de prudencia para "salvar" a las que seran madres.Esta normatividad asimétrica se ha tratado de justificar aduciendo que es " natural", dada la diferencia entre los géneros masculino y femenino, en cuanto al deseo sexual.(Hierro G :36)

Los estereotipos implantados a hombres y mujeres terminan por mutilarlos y constituirlos unidimensionalmente, generando así la frustración e infelicidad para los dos generos (Romo A.:44)

Para los humanos la sexualidad es casi enteramente aprendida, razón por la cual se observa tanto indice de disfunciones sexuales no fisiológicas, por ejemplo, en el caso de las mujeres la llamada " frigidez" (Hierro G.: 46)

En las sociedades en que la virginidad se tiene en gran estima también ha sido necesaria la simulación para asegurar que los cuerpos femeninos se ajustarán a las exigencias patriarcales.

En Japón, las clínicas para la reparación del himen reconstruyen la virginidad para la noche de bodas de una mujer. En otras culturas, las novias escondían en la vagina esponjas empapadas de sangre para asegurarse de que iban a sangrar (Leroy M:17)

También se simula mucho en el mundo de la sexualidad femenina pública.

Muchos sex symbols femeninos han sido mujeres maltratadas a las que el sexo parece haberles proporcionado poco placer: mujeres como Marilyn Monroe, el sex symbol por antonomasia que fue víctima de abusos deshonestos cuando era una niña. (Ibid)

López Ibor (1984:56), define la conducta sexual como el producto del impulso instintivo que lleva a la persona a desear un objeto sexual adecuado, que lo lleve a satisfacer sus necesidades a través de una relación sexual. Dice que está condicionada en su expresión y realización, por la estructura social e histórica en la que el hombre y la mujer se encuentran inmersos.

Se considera que la información que hombres y mujeres tienen sobre sexualidad, se presenta como una condición necesaria aunque no suficiente para que puedan ser capaces de vivir su sexualidad de un modo placentero y saludable, para evitar el riesgo a la adquisición de una enfermedad de transmisión sexual como el VIH-SIDA, ya que una persona que tiene conocimientos educativos en el aspecto sexual, puede saber sobre lo que son las relaciones sexuales, los métodos anticonceptivos, los embarazos, las

enfermedades de transmisión sexual, etc., pero su educación sexual depende de la aplicación que les de a estos conocimientos en su comportamiento como ser humano.

Noguer Moré (1971:22) admite que la educación sexual es una faceta de gran importancia en el proceso de formación global de hombres y mujeres.

La educación sexual implica un proceso formativo de valores, actitudes, conocimientos y comportamientos, orientados a integrar la vida sexual y reproductiva dentro de un plan de vida individual, familiar y social.

López Ibor (1984:58) comenta que la sexualidad constituye una dimensión esencial de la conducta humana. Dice que uno de los factores de equilibrio y desequilibrio en hombres y mujeres es la sexualidad; y para que se pueda dar una personalidad equilibrada se debe insistir en una educación sexual adecuada, ya que de lo contrario se pueden causar trastornos anímicos como neurosis obsesivas.

La Organización Mundial de la Salud describe la salud sexual como: "La integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de forma enriquecedora, que fortalece la personalidad, la comunicación y el amor". Esta definición encierra un ideal al que todo hombre y mujer tienen derecho, sobre todo en esta época de VIH-SIDA, tiempo en el cual se considera como una necesidad el que todo sujeto desarrolle habilidades que lo lleven a disfrutar y controlar su conducta sexual y reproductiva, sin que por ello tenga que limitar el placer y control de su vida sexual.

La sexualidad continua siendo un campo de batalla, donde el significado del amor y la sexualidad se hallan aún bajo fuego, incluso en aquellos lugares del mundo donde se puede hablar de sexo mas abierta y explícitamente. A la vez hay evidencias numerosas de que aun en los más tolerantes intersticios del privilegio masculino, el potencial para el cambio, para renegociar las relaciones es aparente. (Leroy M. 1996:244)

Es evidente que en nuestra sociedad las formas de pensar y hablar sobre sexo aún evidencian un marcado sesgo masculino. Sin embargo es también un hecho indiscutible que en la actualidad estamos viviendo una situación que anima a las mujeres a disfrutar del sexo.

Tanto el conocimiento de la propia personalidad como la capacidad de autoafirmación son imprescindibles. Para disfrutar del sexo se debe comprender como funciona el cuerpo y debe creerse que se tiene derecho a un cierto grado de placer. El placer depende del cuerpo y solo se alcanza si nosotras decidimos, sobre nuestro cuerpo, el cuerpo controlado por otros no permite el goce y nadie puede llamarse así misma libre sino decide sobre su cuerpo (Hierro G. 2001: 27) Ser libre y moral significa para nosotras apropiarnos de nuestro cuerpo y elegir nuestro deseo y medida.

Si bien, es conocido que la formación y educación en la sexualidad de las personas comienza en la familia, ya que se dice que corresponde a los padres y madres ser los primeros educadores en el aspecto sexual de sus hijos e hijas. Aquí nos cuestionamos si realmente la familia cumple con esta tarea formativa.

Se dice también que la escuela tiene una tarea que cumplir en la formación sexual de los sujetos. "La instrucción la pueden dar los padres ,madres y los maestros(as)".

La experiencia en nuestro campo profesional –Pedagogía- nos dice que aunque sabemos que los padres tienen un papel muy importante en la educación sexual de los hijos e hijas, sucede que estos tienen que buscar respuesta a sus dudas sexuales en medios alejados a la familia: En los libros, revistas, películas, amigos, etc., y la mayoría de las veces las respuestas que encuentran están alejadas de la realidad; ya que recurren a los amigos o amigas para que les proporcionen información, y estos están en la misma situación del

chico o la chica que buscan una respuesta. Ante tal ignorancia no se puede llegar a un conocimiento real.

3.5 Educación Y Género.

La disciplina que primero utilizó la categoría de género para establecer una diferencia con sexo fue la Psicología. Robert Stoller, a partir de sus observaciones postuló que lo que determina la identidad y el comportamiento masculino o femenino no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, mitos y costumbres atribuidas a los hombres o las mujeres. Este autor concluyó que la asignación y adquisición de dicha identidad es más importante que la carga genética, hormonal o biológica. Desde esta perspectiva, el género representa una categoría en la que se articulan tres instancias básicas (Lamas, 1995:14).

- 1) La asignación de género. Se realiza en el momento en que nace el bebé, a partir de la experiencia externa de sus genitales.

- 2) La identidad de género. Se establece más o menos a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre los dos y tres años) y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. El género al que pertenece lo hace identificarse en todas sus manifestaciones: sentimientos, actitudes de "niño" o de "niña", comportamientos, juegos

Después de establecida la identidad de género, cuando un niño se sabe y asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al femenino, ésta se convierte en un tamiz por el que atravesarán todas sus experiencias. Es usual ver a niños rechazar algún juguete porque es del género contrario (Ibid, p 16).

En este rubro, la sociedad desempeña también un papel sumamente importante. A través de los juegos, niños y niñas se apropian de las tradiciones lúdicas

socialmente permitidas para ellos y ellas. Esta relación existente entre la esfera lúdica y las formas de organización social puede ser discutida si consideramos junto con Vigotski que toda realización de juego involucra la ficción y la representación , pero es también simultáneamente una práctica reglamentada y el juego de reglas subsiste y se desarrolla durante toda la vida (Piaget, 1987:194). Así, resulta esencial considerar la importancia de la experiencia lúdica y las formas de relación social basadas en la tradición y las relaciones personales, en el ámbito de la organización social que inciden sobre la interpretación, vigilancia y control social sobre la esfera lúdica, particularmente en relación al género (Mantilla,1996:42).

Esta autora señala que en una comunidad de Michoacán, los juegos conservan intensos contenidos en relación al género, es decir, expresan simbólicamente la feminidad y la masculinidad. Así pues, socialmente se permite o prohíbe de manera diversa la relación con los tipos de juego en relación al género" de los niños. Socialmente existen juegos para niñas y juegos para niños. Los juegos femeninos no solo representan la cotidianidad y las situaciones caseras, también expresan una forma de interrelación emocional y cercana con los demás. El juego masculino es opuesto, con soldaditos, caballos, electricistas, carros, luchadores, etc. ¿Qué hay detrás de estos modos de representación de masculinidad y feminidad que solo rescatan algunos aspectos, mientras ocultan otros y porqué resultan tan eficaces?

- 3) El papel de género. El papel (rol) de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque existen variantes de acuerdo a la cultura, clase social y grupo étnico, es posible sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren hijos y por tanto los

cuidan. Lo femenino es maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino como lo público.

La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes culturales establece estereotipos las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género.

Lo que el concepto de género ayuda a comprender es que numerosas de las cuestiones que pensamos son atributos "naturales" de los hombres o de las mujeres, en realidad son características construidas socialmente, que no guardan relación con lo biológico (Lamas,1995:17).

A partir de poder distinguir entre el sexo biológico y lo construido socialmente es que se inició a difundir el uso del término género para hacer referencia a muchas situaciones de discriminación de las mujeres, que han sido justificadas por la supuesta anatomía diferente, cuando en realidad tienen un origen social.

Así, la perspectiva de género implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual.

Desde hace varios años, antropólogos, biólogos, psicólogos, etc., se han dedicado a investigar y esclarecer qué es lo innato y qué lo adquirido en las características masculinas y femeninas de las personas. Está demostrado que el status femenino es variable de una cultura a otra, pero siempre con una constante: la subordinación de las mujeres a los hombres (Ibid, p 18).

Se ha insistido en que si hace cientos de años las diferencias biológicas, en especial la que se refiere a la maternidad, pudieron haber sido la causa de la división sexual o segregación del trabajo que permitió la dominación de un sexo sobre el otro al establecer la repartición de ciertas tareas y funciones sociales, hoy esto ya no tiene vigencia (Ibid, p 20).

En el área de la educación, la perspectiva de género comprende diversos ámbitos que van desde el diseño de libros de texto y programas no sexistas, hasta el desarrollo de políticas de igualdad de trato y oportunidades entre maestros y maestras.

En el terreno educativo resulta esencial eliminar las representaciones, imágenes y discursos que reafirman los estereotipos de género. La educación de género para volver "femeninas" a las niñas y "hombrecitos" a los niños, representa también un entrenamiento laboral que los capacita para ciertos trabajos.

Aunque en algunos países muy desarrollados, la tipificación masculino-femenino se está borrando y ya son muchas mujeres que realizan trabajos no tradicionales, en los países europeos de cultura mediterránea y en latinoamericanos aún no existe una oferta masiva y sostenida para mujeres en ciertos puestos (Gutiérrez, 1996:7).

La desvalorización del trabajo asalariado femenino está vinculada con la invisibilidad del trabajo doméstico y de la atención y cuidado humanos. El trabajo no asalariado de las mujeres está estrechamente entrelazado con su trabajo asalariado. Las condiciones en que las mujeres se incorporan al mercado formal e informal de trabajo están ligadas a las condiciones en que realizan o resuelven su trabajo doméstico. Las consecuencias del entrecruzamiento que se da entre el trabajo doméstico y el remunerado van desde la carga física y emocional de la doble jornada, pasando por una restricción brutal de sus posibilidades de desarrollo personal, de sus vidas afectivas y sociales hasta llegar a la vulnerabilidad laboral. La perspectiva de género reconoce este contexto cultural y diseña

acciones para garantizar la inserción de las mujeres en el mundo de trabajo y para promover su desarrollo profesional (Ibid, p 8).

La importancia del trabajo extradoméstico femenino en México resulta cada día más clara. En muchas ocasiones, las mujeres no reconocen como trabajo las tareas que realizan, por ser estas desempeñadas a tiempo parcial, esporádicamente y de forma complementaria a las labores domésticas que considera su labor más importante; es decir, en numerosas ocasiones se le percibe como una extensión de su trabajo doméstico o de "ayuda al marido" (Jiménez, 1996:11).

En los años ochentas hubo un aumento importante de la participación económica de las mujeres en nuestro país. Las tasas de actividad femenina que se refieren al porcentaje de mujeres activas respecto a la población total se incrementaron de 21.5% en 1979 a 31.5% para 1991 y 33% para 1993 (García Guzmán, 1995:4).

Sin embargo, el aumento en la participación económica femenina ha sido principalmente debido a la crisis económica que atraviesa nuestra nación y como respuesta al deterioro en las condiciones de vida (Ibid, p 6).

Aunque las tasas de desempleo no son un buen indicador, éstas son más elevadas para las mujeres, lo que puede sugerir en su caso, mayores problemas para encontrar puestos acordes a una capacitación determinada (Ibid, p 11).

En los años noventa se vio un aumento en la importancia del sector terciario (comercios, servicios) en la estructura de ocupación tanto masculina como femenina. Asimismo, se observó una ampliación del empleo femenino en la agricultura (Ibid, p 20).

Por otra parte, las mujeres también han ganado mucho espacio en términos de niveles de escolaridad y esto refleja el crecimiento de las ocupaciones profesionales y técnicas. En 1990, se observó que 26% de los profesionales y 14% de los técnicos del país eran mujeres (Ibid, p 22).

A pesar de los cambios observados, es innegable que la segregación ocupacional femenina continúa siendo un fenómeno social de importancia. Judsman y Eternod en 1994 encontraron las siguientes ocupaciones que concentran una parte significativa de la mano de obra femenina: trabajadoras de servicios domésticos (11.31%), secretarías, mecanógrafas y taquígrafas (11.19%), las empleadas de comercio en general y en establecimientos fijos (10.23%), las trabajadoras de servicios financieros (3.67%), aquellas denominadas técnicas en medicina como las enfermeras (3.37%) y profesoras de enseñanza primaria y alfabetización (3.16%) (Ibid, p 25).

Cabe mencionar que ha ocurrido un aumento de las trabajadoras no asalariadas, y que es de especial relevancia para fuerza de trabajo femenina, ya que se trata de una actividad no sujeta a horarios rígidos ni desplazamientos prolongados.

En conclusión, continúa una importante heterogeneidad en las condiciones de trabajo imperantes entre las trabajadoras mexicanas, permaneciendo las limitaciones básicas: Segregación ocupacional, doble jornada e insuficientes servicios sociales (Ibid).

Un lugar privilegiado, tanto para la modificación de pautas existentes como para su reforzamiento, es la educación. Tanto la educación formal como la informal deben evitar reproducen los estereotipos de género.

Se sabe que la teoría que sustenta el sistema educativo mexicano tiene su base en el funcionalismo estadounidense que retoma a Durkheim, situando su problemática social en torno a los conceptos de roles, normas y valores y ve a la educación como socialización y adaptación al medio. Por ella se hace posible la transmisión de la cultura de parte de la generación adulta a una generación joven con el fin de mantener la tradición y la cohesión social. Es así como se logra perpetuar la estructura económica mediante la asignación de roles y la cohesión social por la interiorización de las normas y valores de la sociedad.

La mayoría de los trabajadores del magisterio son mujeres y que en gran número de casos cubren una doble y hasta una triple jornada de trabajo. Representan un papel protagónico como agentes de cambio cultural (Gutiérrez,1996).

En las sociedades patriarcales como la nuestra, la educación de las mujeres está condicionada y subordinada a los intereses masculinos, a su desarrollo, no es un fin en sí, sino un medio para el perfeccionamiento de los hombres.

En estas sociedades no existe educación de las mujeres, no es una verdadera educación, es más bien un proceso por el que se les adiestra a su función de medio, conforme a un sistema de valores que obedece a intereses y necesidades masculinas, más que educación es una conducción. Las instituciones comerciales que llevan a cabo este proceso de adiestramiento se convierten en aparatos ideológicos de la dominación masculina que contribuyen a reforzar y mantener las relaciones sociales de desigualdad entre los sexos, por medio de la transmisión del conjunto de ideas acerca del mundo y de la sociedad, que responde a los intereses masculinos y de la justificación y de las tendencias de estas ideas y del comportamiento práctico que responde (Luévanos,1996:36)

Actualmente la mujer se niega a desempeñar un papel de reproductora de vida en el sentido biológico. Reconocer la opresión y desigualdad en la mujer no son exclusivas de su condición femenina sino, que tienen que ver con la opresión y desigualdad que caracteriza a una sociedad patriarcal, lleva consigo la comprensión de su situación supeditada y al mismo tiempo su concepción liberadora, que puede ser considerada como una alternativa de desarrollo humano y social.

Si la mujer no es capaz de defender su dignidad como miembro de la sociedad, nadie lo hará por ella. Por eso el divorcio y el adulterio, los delitos sexuales, violaciones, estupros, ataques al pudor. Todo es el resultado del desorden que los mismos hombres y mujeres hemos permitido en la sociedad.

La mujer que busca un mayor acceso educativo, ya sea formal o informal, planea mejor su vida, toma decisiones más acertadas y responsables, además transmite mediante acciones educativas mejores conceptos de igualdad, respeto y tolerancia a los que la rodean (hijos, esposo, hermanos, sobrinos, etc).

Al elevar su nivel educativo, también se concientizará de que ser mujer es adoptar una actitud teórica-crítica al rechazar la tesis de la supuesta "naturaleza femenina" que justifica esa condición subordinada y vicaria, reconociendo que la condición femenina es resultado de una estructura social cuyo rasgo más relevante es la dominación y sumisión.

La educación requiere de un conjunto de actividades que tienen por objeto la transformación de la propia persona, orientada por un fin y por un producto ideal que anticipa una realidad posible y deseada, ese resultado ideal no es otro que la persona desarrollada y autónoma (Collington, 1996:9).

Por lo tanto se considera que la educación de las mujeres es un proceso por el cual se promueve la adquisición de conocimiento, actitud y el despliegue de las capacidades que les permita descubrir sus intereses y necesidades.

CAPITULO 4. PROPUESTA DE TALLER DE EDUCACIÓN INFORMAL DIRIGIDA A LAS MUJERES EN PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA

4.1 Elementos de la propuesta

4.1.1 Procedimiento

4.1.2 Entrada

4.1.3 Técnicas didácticas

4.1.4 Materiales

4.1.5 Número de participantes

4.1.6 Lugar

4.2 Número de sesiones y tiempo

4.3 Evaluación

4.4 Unidades a cubrir

PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA. ENFOQUE NO DIRECTIVO.

Muchos talleres para la prevención del VIH-SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual se enfocan solamente en información biomédica: el virus que causa la enfermedad, el sistema inmunitario, signos y síntomas del padecimiento o su tratamiento. Se sabe bien, ahora que este tipo de conocimiento no es suficiente para convencer a las mujeres a adoptar comportamientos sanos y positivos para prevención de VIH-SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.

Un taller educativo sobre VIH-SIDA dirigido a mujeres debe(proponerse como objetivo) ampliar conocimientos, desarrollo de destrezas, promover una actitud responsable y proveer motivación para el fortalecimiento (empoderamiento) de sí mismas ante las formas de opresión sexual de algunos hombres, conocer su sexualidad, su cuerpo, su erotismo y el derecho que tienen al placer y al respeto de ellas mismas .

Conocimientos.- La información que ayudará a las mujeres a decidir que comportamientos son sanos y responsables incluye: formas en que se contagia y no se contagia el VIH-SIDA; el período asintomático, vulnerabilidad personal, medios de protección y fuentes de ayuda.

Desarrollo de destrezas.- Las destrezas importantes para lograr comportamientos preventivos incluyen: toma de decisiones, firmeza para resistir presiones para tener relaciones sexuales, destrezas para negociar relaciones sexuales con protección y habilidades prácticas para usar condones de forma eficaz.

Actitudes.- Las actitudes se originan por las creencias, sentimientos y valores. La Educación sobre VIH-SIDA deberá promover actitudes positivas hacia la postergación de

las relaciones sexuales, responsabilidad personal, uso de condones como medio de protección, confrontar prejuicios, dar apoyo, fomentar actitudes serias sobre uso de drogas, múltiples parejas y relaciones violentas y abusivas.

La presente propuesta sigue la línea de Carl Rogers, esto es, la de un modelo de enseñanza centrado en el alumno(a), en el cual los pasos o fases comprenden el sondeo de sus aptitudes, intereses, necesidades, conocimientos y objetivos personales.

Lo importante en la organización de situaciones de enseñanza-aprendizaje es tener siempre en cuenta que cada alumna es un ser singular que aprende de forma diferente sin olvidar, sin embargo, que la misma persona es también un ser social que debe ser considerada como tal.

En esta línea, la clave radica en la búsqueda de una situación de interacción entre el desarrollo cognoscitivo y el afectivo.

La asesora

El papel de la profesora, es el de una facilitadora del aprendizaje donde, ella participa de las actividades de las alumnas y tendrá mejores condiciones de actuar si conoce la problemática de la enfermedad del VIH/SIDA- origen, prevención, contagio etc-(para esto se sugiere tenga una capacitación previa al curso sobre las enfermedades de transmisión sexual y el vih/sida), si conoce la dinámica de grupos, si domina la psicología, si tiene una sólida formación pedagógica y posee conocimientos de las estrategias adecuadas a las características de sus alumnas.

4.1 Elementos de la propuesta.

4.1.1 Procedimiento.(encuadre)

La facilitadora iniciará por presentarse ante las participantes e invitará a cada una a presentarse ante el grupo, diciendo su ocupación, pasatiempos, etc. Posteriormente la facilitadora procederá a platicarles en un lenguaje sencillo, cotidiano, comprensible, sobre algunos aspectos sociales y culturales relacionados con el VIH/SIDA, la gran relación que guarda con la sexualidad humana, las relaciones de pareja, el placer etc. Esta plática representa la "entrada" (input) en donde se exponen aspectos como los lineamientos a seguir, acuerdos durante el curso, para que las participantes comiencen a reflexionar sobre su propio ser, o en su caso, identificarse con problemas o inquietudes que hayan originado la necesidad de haber tomado el taller, asimismo, despejar dudas acerca de esta enfermedad y su problemática tan compleja.

Durante el transcurso de la plática, la facilitadora, de acuerdo a lo que dicte su sensibilidad, implementará técnicas didácticas recomendadas para favorecer el diálogo, la participación voluntaria, la empatía, desarrollar un ambiente cordial, todo lo anterior dentro de un marco de respeto incondicional para alcanzar el objetivo del aprendizaje informal.

4.1.2 Entrada.

SITUACIONES CULTURALES Y SOCIALES DEL VIH-SIDA Y LAS MUJERES.

A medida que el VIH-SIDA se extendió, las mujeres, que antes no le habían brindado importancia a esta enfermedad por considerar que era solamente un problema que afectaba a la comunidad homosexual, empezaron a preocuparse cuando se difundió información que dicha epidemia afectaba de igual manera tanto a los hombres como a las

mujeres y a los niños; reconociéndose así, que las mujeres se infectaban por causas diversas, tales como realizar prácticas sexuales sin tomar las precauciones debidas, como el condón y el manejo incorrecto del mismo.

Carmencita tiene 17 años de edad y ha mantenido relaciones sexuales sólo con Roberto, quien usaba agujas sin esterilizar para inyectarse cocaína. Ellos no usaron condones.



Roberto murió hace dos meses. Sus últimas palabras fueron, "Espero que no contraigas el SIDA, Carmencita".

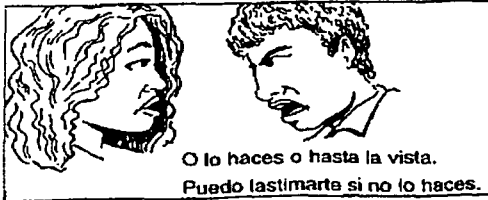


Cuando Carmencita donó sangre le dijeron que tenía el VIH. Ella no puede entender esto porque se siente bien; come bien, tiene mucha energía y no está enferma.



Por otra parte, con la implementación de los talleres educativos del VIH-SIDA, la mujer se enfrentó con el rechazó abierto de parte de su pareja de no querer utilizar condón por causas que obedecen al machismo, sentimiento de culpa a causa de infidelidad, etc.

Amenazando



Así mismo, las mujeres descubren que en diversos casos, sus parejas las contagiaban por tener prácticas con hombres, ya que ellas al igual que muchas mujeres ignoraban que tenían relaciones sexuales con un hombre bisexual, es decir, tiene relaciones sexuales con una mujer o con un hombre. La familia de estos varones ignoran acerca de sus preferencias sexuales mismas que ocultan al casarse y teniendo descendencia. Muchos bisexuales "casados" adquieren la infección de esa forma. Así, al tener relaciones sexuales con su esposa y sin las precauciones necesarias puede contagiarla y en muchos casos al quedar embarazada su esposa infectan también al producto.

Anécdota

En una ocasión, una amiga me platicó acerca de un chico homosexual compañero en su trabajo, quien le contaba acerca de sus romances con hombres de gran posición social y casados. Estas parejas, sufrían por tener que llevar una doble vida, ocultando ante la familia y la sociedad el hecho de que eran bisexuales.

Pregunta:

¿Quizá alguna de ustedes haya conocido algún caso similar y quieran compartirlo con el grupo?

Otra forma muy importante de contagio ocurre cuando el hombre tiene relaciones sexuales con mujeres que puedan convencer, Quizá con algunas mujeres utilicen el condón para evitar embarazos.

No hay problema

Nada sal-
drá mal. No
te preocu-
pes.



El condón masculino, para que brinde protección contra el VIH-SIDA, debe utilizarse de manera correcta, no debe estar roto o caducado.

¿Ustedes saben que la mayoría de las mujeres se contagian por vía heterosexual?

Anécdotas como estas, hemos escuchado en más de una ocasión ¿Alguien quiere compartir alguna?

Y es así, como las mujeres mediante relaciones heterosexuales sin protección, dejan esta decisión a el hombre, debido a aspectos culturales ,psicosociales que las llevan a situaciones de dependencia emocional, a veces económica ,dejando al abandono su autoestima y respeto , se vuelven vulnerables ante el contagio de ETS –VIH ,y en nuestro país llegan a ocupar el primer lugar de contagio de esta terrible enfermedad.

Esta preocupación, condujo a las mujeres a leer e informarse más sobre el tema del VIH-SIDA.

Desde luego, el condón masculino representa un elemento importante como medida preventiva, proporcionando una protección cercana al 100% si se utiliza en forma

adecuada. Las principales recomendaciones que puedes darle a tu pareja (hombre) para su uso correcto incluyen:

No abrirlo ni con las uñas ni con los dientes.

No desenrollarlo con las uñas y viendo el lado correcto en el que ha de ser desenrollado.

Fijarse en la fecha de caducidad.

No traerlo mucho tiempo en la bolsa, ya que se reseca con el calor y se agrieta.

En los siguientes dibujos tu pareja(hombre) y tu podrán guiarse para saber el uso correcto del condón para su mutua protección.



1. Verifica la fecha de vencimiento.
Guarda los condones en un lugar fresco y seco.



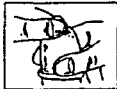
2. Abre el paquete cuidadosamente para que el condón no se rompa.



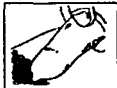
3. Asegúrate de que el condón apunte en la dirección correcta. No lo desenrolles antes de ponértelo.



4. Aprieta la punta del condón.



5. Mientras mantienes apretada la punta del condón, desenróllalo hasta que cubra todo el pene erecto.



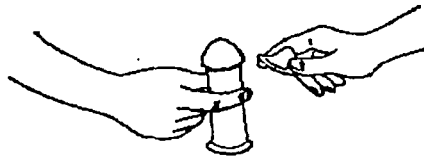
6. Después de la copulación y la eyaculación, agarra el borde del condón y saca el pene antes de que se ablande.



7. Tira el condón en un lugar seguro. Usa un condón nuevo la próxima vez.

De acuerdo a la sensibilidad de la facilitadora, puede realizarse una demostración del manejo adecuado del condón masculino o dejarse para un tiempo posterior.

Observa una demostración de la forma de poner el condón en un modelo de pene.



Cuando las mujeres llegan a contraer SIDA, usualmente se les diagnostica de manera tardía en relación con la evolución de su enfermedad. También se encuentran con problemas de marginación de la sociedad, y deben cuidar de manera prioritaria a su pareja, hijos(as), hermanos(as) padres o madres.



Georgina tiene 25 años de edad. Cerca de dos años atrás tuvo varios síntomas: fatiga, sudor, fiebre y crecimiento de los ganglios linfáticos, pero pensó que tenía un resfriado fuerte o una gripe. Ahora no puede respirar, tiene una tos muy fuerte y le duele mucho la garganta. Ha tenido problemas de estómago y ha perdido 10 kilos. Está tan débil que pasa la mayor parte del tiempo en la cama.



En diversas ocasiones, cuando las mujeres infectadas con VIH quedan embarazadas, viven con la angustia de saber que van a contagiar a su bebe. Sin embargo, se les debe informar de que ya existe la forma de evitar que contagie a su bebe mediante una buena atención perinatal. Misma, que en muchas ocasiones es difícil de obtener.

Una madre con el SIDA

Marija tiene 23 años de edad y tiene el SIDA. Está embarazada y teme que su bebé pueda tener el VIH también.



El padre del bebe la dejó cuando supo que tenía el virus del SIDA. Su familia muy raramente la ve porque tiene miedo de contagiarse con el SIDA.



Ella estaba bien al principio pero ahora se siente cansada, no puede trabajar y tiene muy poco dinero para comprar alimentos. Se queda en su casa simplemente esperando morir.



Otros factores que influyen para contagiarse de VIH se presentan en mujeres quienes tienen problemas de alcoholismo y/o drogadicción, pues las mujeres (y hombres) que se drogan generalmente intercambian jeringas para inyectarse heroína y otras drogas ilícitas. En el caso de las mujeres que ingieren alcohol en exceso caen en inconsciencia de tiempo y espacio y mucho menos recuerdan que existe el condón para protegerse. Aunque no siempre, este problema va de la mano con la pobreza, el lesbianismo, la prostitución .

Esto trae a mi memoria unas anécdotas que quisiera compartir con ustedes y es posible que conozcan algún caso similar para que podamos intercambiar opiniones al respecto.

En el primer caso, conocí a una chica que tenía un trabajo regular en una empresa televisora, huérfana, lesbiana y que consumía alcohol y cocaína. A su vez, ella tenía una amante casada y con un hijo. Se habían conocido muchos años antes de que esta última contrajera matrimonio. Esta mujer, bisexual, también tenía también problemas de alcoholismo y drogadicción. Bajo los efectos de dichas sustancias, sus visitas a bares se hicieron cada vez más frecuentes, teniendo relaciones tanto con hombres y mujeres hasta que su marido le reclamó acaloradamente, de que se acababa de enterar que estaba infectado con VIH y el no había tenido contacto sexual con nadie más que ella, por lo que tomo una pistola y la asesinó.

En otro caso, una amiga me contó de un hombre rico, ganadero, con negocios en el extranjero, quien realizaba viajes frecuentes de negocios en los cuales, alquilaba una suite de algún hotel con amigas y adicionalmente contrataba a varias sexoservidoras, embriagándose durante varios días. Hasta que el y su esposa fueron diagnosticados como infectados por el VIH/SIDA.

Independientemente de las preferencias sexuales de las mujeres, cuando se contagian, se enfrentan también al problema de encontrar agencias sensibles a esta enfermedad que quieran hacerse cargo de ayudarlas en sus asuntos legales como es la custodia de sus hijos(as), problemas sociales a los que se enfrentan, empleo, ya que continúan los casos de despidos al enterarse de que son portadores del VIH, violencia doméstica, aislamiento, deficiencia en la atención de servicios médicos.

Las compañías de seguros en sus cláusulas no aceptan pacientes infectados con VIH.

En los casos de amas de casa o mujeres que tienen relaciones estables solamente con su pareja(hombre) se preguntan como pudo sucederles esto, pero se niegan a pensar que sus parejas sexuales tuvieran relaciones sexuales con otra persona sin protegerse y en consecuencia sin protegerlas a ellas, sumado a esto también la dependencia económica y emocional en la que se encuentren las haga mas vulnerables.

4.1.3 Técnicas didácticas.

Ejemplos. Lluvia de ideas. Corrillos. Estudio de casos. Demostración. Reflexión. Mesas de trabajo.

4.1.4 Materiales.

Rotafolio. Medios audiovisuales. Preservativos. Vibrador o falo para demostración. Espermicidas. Condón femenino y masculino. Cuadernos. Lápices. Gomas. Tarjetas blancas tamaño media carta.

4.1.5 Número de participantes.

Ocho a diez personas

4.1.6 Lugar.

Casa de alguna participante

Organización no gubernamental

4.2 Número de sesiones y tiempo.

Taller:	Horas
Encuadre	1
Unidad 1 Conocimientos básicos	1
Unidad 2 Prevención del SIDA en las mujeres	3
Unidad 3 Educación y género	3
Unidad 4 Programas y apoyo	1
Número total de horas	9

4.3 Evaluación.

Sin evaluación(exámenes ni calificaciones) según la línea del aprendizaje informal. Pero es importante aclarar que se puede tener evaluación en el proceso mismo del curso, por ejemplo; planteando una problemática al inicio del taller y ver la reacción de las participantes, y posteriormente al finalizar el curso exponerles la misma problemática y analizar respuestas, es decir, que alcance crítico fue al que llegamos,

Encuadre

Las alumnas participarán en la integración e identificación al taller. Con una breve presentación, sensibilización, e indicaciones generales del curso. (por ejemplo, los

lineamientos a seguir por parte de la facilitadora y las participantes, compromisos en el grupo etc)

La coordinadora dará una explicación: al hablar de enfermedades de transmisión sexual y vih-sida, también nos referimos al propio cuerpo, su sensibilidad, las relaciones afectivas, eróticas, y sexuales con otras personas, cuando existe el uso del poder en las relaciones de pareja; el abuso, la violación y la violencia. La importancia del fortalecimiento (empoderamiento) de sí mismas ante las formas de opresión sexual de los hombres.

4.4 Unidades a cubrir.

Unidad 1.- Conocimientos básicos sobre VIH-SIDA .

Actividad	Descripción
1. Preguntas y respuestas básicas sobre el VIH-SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.	Informativa (ilustrada). Unas mujeres hacen preguntas sobre el VIH-SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual. Las respuestas se dan en mesas de trabajo.
2. SIDA: Una mirada de cerca.	Participativa. la facilitadora platica casos de VIH-SIDA de la entrada propuesta. Hace preguntas abiertas.
3. ¿Cómo se infecta una persona con VIH-SIDA?	Informativa. Se describen tres formas de contraer el VIH-SIDA; la información está bien ilustrada.
4.- El VIH-SIDA no se transmite por..	Informativa con alguna participación. Se pide a las participantes que identifiquen dibujos que muestran cómo no se transmite el VIH-SIDA. Lluvia de ideas.
5.- ¿Qué harías tú?	Participativa. Tres historias seguidas de preguntas y una serie de riesgos alientan a las participantes a mirar la transmisión desde una perspectiva realista. Corrillos.
6.- ¿Estas en situación de riesgo?	Participativa. Reflexión sobre estudios de casos.

Unidad 2.- Prevención del VIH-SIDA y las mujeres.

Actividad	Descripción
1. Protégete contra el VIH-SIDA	Delinear cuatro métodos de protección contra el VIH-SIDA. Lluvia de ideas.
2. ¿Qué es más seguro?	Participativa. En mesas de trabajo se analizan formas de transmisión sexual riesgosa. Hacer una lista de métodos que podrían evitar que una persona adquiera la enfermedad.
3. ¿Cómo sabes si tienes VIH-SIDA?	Participativa. Tres casos. Cornillos sobre las pruebas de detección.
4. Razones para protegernos	Informativa. Encontrar diez razones para postergar o protegernos en las relaciones sexuales. Lluvia de ideas.
5. Frases hechas	Participativa. Encontrar diez frases hechas por los hombres para presionar a que las mujeres tengan relaciones sexuales con ellos. Mesas de trabajo.
6. ¿Cómo responder al uso del poder en las relaciones de pareja?	Aprender a postergar, negociar o rechazar si otra persona intentan que haga algo que ellas que no quieren hacer. Estudios de casos.
7. El condón masculino y femenino.	Informativa (ilustrativa). Provee información esencial sobre el condón masc. y fem. y su uso. Demostración con vibrador.
8. Argumentos que usan las personas contra el uso de los condones.	Participativa. Lluvia de ideas.
9. No a las relaciones sexuales sin protección.	Estudio de casos en donde sea necesario protección y exista riesgo.

Unidad 3. Educación y Género.

Actividad	Descripción
1. ¿Qué es sexo, sexualidad y género?	Participativa. Mesas de trabajo.
2. ¿Qué es perspectiva de género?	Participativa. Lluvia de ideas
4. ¿Cómo la inequidad de género interviene en las relaciones sexuales?	Participativa. Mesas de trabajo y estudio de casos.
5. ¿Cómo la inequidad de género interviene en la comunicación con la pareja e hijos?	Participativa. Mesas de trabajo y estudio de casos.
6. ¿Cómo la inequidad de género interviene en la violencia intrafamiliar?	Participativa. Mesas de trabajo y estudio de casos.
7. ¿Cómo la inequidad de género afecta en las actividades laborales?	Participativa. Mesas de trabajo y estudio de casos.
¿Cómo tratar las amenazas y la violencia derivadas de la inequidad de género?	Participativa. Lluvia de ideas. Información de instancias y derechos legales.

Unidad 4. Programas y apoyo

Actividad	Descripción
1. Organizaciones que brindan apoyo a la mujer desde el aspecto social, laboral, sexual y de violencia.	Informativa.

CONCLUSIONES

Desde que inició la Pandemia del VIH/SIDA se ha invertido a nivel mundial un caudal de esfuerzos científicos, educativos y financieros sin precedente en relación con el lapso relativamente breve desde su descripción; sin embargo, se reconoce que continúa siendo un problema grave y que requiere la continuación de las acciones prioritarias implementadas para su control. Apenas el año pasado se produjeron 3 millones de fallecimientos contando entre hombres, mujeres y niños a causa de este mal.

En todas las sociedades, las enfermedades de transmisión sexual se encuentran entre las más comunes. Además, en países en vías de desarrollo como el nuestro, la infección por VIH/SIDA y tres enfermedades más comunes bacterianas de transmisión sexual – gonorrea, sífilis, e infección por chlamydia- se encuentran entre las principales 10 a 20 causas de fallecimiento de personas en edad productiva.

La enfermedad de VIH/SIDA sigue teniendo un impacto cada vez mayor entre las mujeres amas de casa, que se infectan principalmente a través de relaciones heterosexuales; recordemos que durante el año 2000, las mujeres llegaron a conformar el 47% de la población adulta infectada

Es imprescindible responder ante este hecho tan dramático. Para ello, también es posible recurrir a la educación informal, abarcando la problemática que pone en riesgo a la mujer de contagiarse de cualquier enfermedad de transmisión sexual; la inequidad de género, la dependencia emocional, física y económica, la falta de educación, el abuso, la

violencia etc. Al abordar temas sexuales en nuestra sociedad se tocan fibras muy sensibles, para algunos hombres y algunas mujeres que prefieren no hablar del tema debido a sus propios prejuicios y valores, pero , dejando así el panorama, se corren demasiados riesgos entre los cuales podemos mencionar ; el abuso sexual a mujeres y niños ,la pornografía,la prostitución, violencia intrafamiliar etc. y el grave riesgo de ser contagiado del vih-sida

.Muchas mujeres limitan el hablar de temas sexuales debido al poco ó nulo conocimiento que tienen sobre su propio cuerpo; su valor, respeto, su sensibilidad, placer erotismo etc, esto gracias a la educación o mas bien pseudoeducación que en la sexualidad se ha recibido en una sociedad patriarcal; la que imparte una educación desigual para los diferentes sexos, en la que la mujer es menos privilegiada y más reprimida, y el hombre mas favorecido por su condición "natural" .

Debido a esto, es importante mencionar, que en todas las labores educativas dirigidas a las mujeres, resulta indispensable mantener siempre una perspectiva de genero;concienciar a las mujeres de el doble papel que realizan como madres, educadoras, trabajadoras etc, debe hacerse reflexionar a ellas y a toda la sociedad ,para ir en la búsqueda y ampliación de medidas de protección, fuentes de trabajo, mayor participación social, educativa y política, de lo contrario el país no podrá alcanzar el desarrollo que necesita , si no se dá un gran apoyo en todos los sentidos a la labor femenina.

En la actualidad nuestra labor pedagógica, exige un compromiso por rescatar el valor y la dignidad de las mujeres, pero no solo de ellas sino de todos los miembros de la sociedad.

Para lo cual debemos basarnos en el enorme compromiso de elaborar programas, traducidos en acciones que fomenten la concientización de las mujeres, para reencontrar sus propios valores, como gestadora de vida en todos los ámbitos, de tal manera que la liberen de los condicionamientos sociales , que se manejan como paradigma de conducta.

.Pedagógicamente, considero importante trabajar en una conciencia genérica porque, no es sólo hablar de las diferencias físicas y biológicas entre lo masculino y lo femenino, tampoco se trata de victimizar o enorgullecer y enaltecer a una u otra persona, básicamente de lo que se trata es de ubicarlos e identificarlos en el concepto, de que son dos tipos de seres con diferentes particularidades, pero a la vez, con igualdades, es decir, igualmente sensibles, pensantes ,capaces , y respetables en su cuerpo y en su pensamiento.

Lograr que las mujeres adquieran una conciencia de igualdad y respeto, se verá reflejado en actitudes distintas ante el poder y las relaciones humanas, además el tipo de relación que se generará será manifestado en los procesos de intercambio cultural el respeto a la integridad de cada ser humano, la igualdad en la pareja, esto desde luego será la base para la construcción de una mejor sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

Introducción y Justificación.

Castro, R.: La Educación como estrategia prioritaria contra el SIDA: Retos y dilemas. En Sepúlveda, AJ. SIDA. Ciencia y Sociedad en México. Fondo de Cultura Económica. México, 1989. pp. 417.

Faucy, AS. Worldnet dialogue on AIDS. World AIDS Day Global Programme on AIDS. WHO, Geneve, 1994; 27:1211.

Fordham, PE. Informal, non-formal and formal education programmes. En. YMCA George William College ICE301 Lifelong Learning Unit 2. London: YMCA George Williams College 1993.

Gallardo, A.: Metodología Básica de Trabajo Social. Universidad Católica de Chile. Santiago, 1990. pp 35-60.

Richardson, D. La Mujer y el SIDA. Ed. El Manual Moderno. México, 1970. pp 25-65

Secretaría de Salud. Epidemiología. Sistema Único de Información. 2001; 18:1

Sepúlveda, AJ. SIDA. Ciencia y Sociedad en México. Fondo de Cultura Económica. México, 1989. pp. 13.

UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update: December 2000. Geneve: UNAIDS, WHO (2000).

La Enseñanza No Directiva.

Barret-Lennard, GT. Carl Rogers' Helping System. Journey and Substance. Ed. London Sage. Londres, 1998. p 124.

Coombs, P. The World Educational Crisis. Ed. Oxford University Press, Nueva York, 1988, p 25).

Coombs, P. The World Crisis in Education. Ed. Oxford University Press, Nueva York, 1985, p 55)

Fordham, PE.: Informal, non-formal and formal education programmes. En. YMCA George William College ICE301 Lifelong Learning Unit 2. London: YMCA George Williams College 1993.

Graham-Brown, S. Education in the Developing World. Ed. Longman, Londres, 1991. p 33,38

Hernández, EM. Formación de Instructores. Manual de Estudio. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México, 1990:15,17,20, 60).

Jeffs, T. Using Informal Education. An alternative to casework, teaching and control? Ed. Milton Keynes: Open University Press, Nueva York, 1987. p 70,75.

McGivney, V. Adult Education in Development. Methods and approaches from changing societies. Ed. NIACE. Edinburgo, 1991. p 31).

Palacios, J. La Cuestión Escolar. Ed. Laila, Barcelona. 1984. pp 24-208.

Pansza, M. Fundamentación en la didáctica. Ed. Gernika, México. 1987. pp 173.

Rogers, CR. Client-Centered Counselling. ed. Houghton-Mifflin. Boston, 1951:14, 26, 58, 165

Rubenson, K. Interaction Between Formal and Non-Formal Education. Ed. Faure, Paris, 1982. p 43.

Thomas J. La B. Educación no formal y Cambio social en America Latina. Ed. Nueva Imagen,1988 p 43

Thompson, AR. Education and Development in Africa. Ed. Macmillan. Londres, 1981. p 358.

Thome, B. Carl Rogers. Ed. London Sage Londres, 1992. p. 39).

Tight, M. Key Concepts in Adult Education and Training. Ed. Routledge, Londres, 1996. p 15,28.

Torres, C.A. The Politics of Nonformal Education in Latin America. Ed. Praeger. Nueva York. 1990, p 204.

Youngman, F. The political Economy of Adult Education. Ed. Zed Books. Londres, 2000. p 270.

VIH-SIDA.

Buehler, J. "Current Trends in the Epidemiology of HIV/AIDS". En: Sande, MA., Volberding, PA.: The Medical Management of AIDS. WB Saunders Co., Philadelphia. 4th ed. 1995. pp . 3-21.

Centers for Disease Control and Prevention: Update: Acquired immunodeficiency syndrome- United States. MMWR 1992; 41: 463.

Centers for Disease Control and Prevention. Update: Investigation of persons treated by HIV infected health-care workers. MMWR 1993; 42: 329-331.

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance. US Public Health Science, Atlanta. 1994, pp 91, 463.

Secretaría de Salud. Epidemiología. Sistema Único de Información. 2001; 18:1

Sweeney, PA. "Sentinel surveillance of HIV infection in women seeking reproductive health services in the United States". Obstet Gynecol 1992; 79: 503.

Uribe, P. La Respuesta Mexicana al SIDA: Mejores Prácticas. CONASIDA, 2000: 9-70).

Wofsy, CB. "Gender-Specific Issues in HIV Disease". En: Sande, MA., Volberding, PA.: The Medical Management of AIDS. WB Saunders Co., Philadelphia. 4th ed. 1995. pp . 648-664.

Prevención. Educación del SIDA y las Mujeres.

Celestano, D.D. "Preventive intervention to reduce HIV and sexually transmitted diseases: a field trial in the Royal Thai Army". Archives of Internal Medicine 160:535-540, 2000.

Chipungu, J. Zambian women shun female condoms. AIDS LINK 58 1999. Disponible en: www.globalhealth.org/publications/article.php3?id=237

Coates, T.J. "Voluntary HIV-1 Counselling and Pruebaing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and pruebaing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomized tria". Lancet 356:103-12, 2000.

Collington, MM. Si nuestra educación fuera un cuento de hadas. En La Taréa. 1996. No. 8. pp 9-10. ed. por el Centro de Estudios de Género de la Universidad de Guadalajara

CONAPO, Antología de la Sexualidad Humana, Tomo 1 MEX, 1994 P875

Dowsett, P. Young People and Risk-taking in Sexual Situations. UNAIDS. Ginebra, 1999.

Esparza, J. "Accelerating the development and future availability of HIV-1 vaccines: why, when, where, and how?" Lancet 355: 2061-66, 2000.

Fauci, A.S. "The AIDS epidemic: considerations for the 21st Century". N Engl J Med 341: 1046-50, 1999

García Guzmán, B. El Trabajo Extradoméstico de las Mujeres Mexicanas. Comité Nacional de la IV Conferencia Mundial de la Mujer. México, 1995. pp 2-40

Grinstead, O.A. "HIV counseling for behavior change". AIDS Education and Prevention 9:125-32, 1997.

Grosskurth, H. "Control of sexually transmitted diseases for HIV-1 prevention: understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials". Lancet 355: 529-533, 2000

Guay, L.A. "Intrapartum and neonatal single dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial". Lancet 354:795-802, 1999.

Gibb, D.M "Interventions to reduce mother to child transmission of HIV infection: new developments and current controversies". AIDS 13: S93-S102, 1999.

Giddens Anthony, La Transformación de la intimidad, Sexualidad ,amor y erotismo en las sociedades modernas, Ed Cátedra, 1998, pp183

Guiquinto, C. "HIV: mother to child transmission, current knowledge and ongoing studies". Int J Gyn and Obst 63: S161-S165, 1998.

Gutiérrez, BL. La Mujer como agente de cambio en la educación: Un caso de estudio. En La Tará. 1996. No. 8 pp 6-48. ed. por el Centro de Estudios de Género de la Universidad de Guadalajara.

Gweru, Zimbabwe: findings prior to and following the introduction of youth-friendly services". FOCUS on Young Adults Program and SEATS. 2000.

Hanenberg, R.S. "Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases". Lancet 344: 243-45, 1994.

Heise, L.L. "Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries". Social Science and Medicine 40: 931-943, 1995.

Hierro Graciela La Ética del Placer , p 28- 48 , Ed C.H. UNAM, 2001 pp147

Jiménez, V. La condición de la mujer en la sociedad. En La Tará. 1996. No. 8. pp 11-12. ed. por el Centro de Estudios de Género de la Universidad de Guadalajara.

Lamas, Marta. "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género". En La Ventana. Revista de Estudios de Género. 1: 1995 pp 14-20. ed. por el Centro de Estudios de Género de la Universidad de Guadalajara

.Las Mujeres y el VIH ,Disponible en: www.aidsinfonet.org/infored.html

Leroy, Margaret, El Placer Femenino, Que piensan las mujeres sobre el sexo, Ed Paidós, 1996, p349 pp18-67

López Ibor, J. El libro de la vida sexual. Ed. Océano Danae, Barcelona. 1984. pp. 56-72.

Luévanos, C. Las diferencias de género en la familia y en la escuela. En La Taréa, 1996. No. 8. pp 36-39. ed. por el Centro de Estudios de Género de la Universidad de Guadalajara

Luo, C. "Strategies for prevention of mother to child transmission of HIV". Reproductive Health Matters, 8:144-155, 2000.

Mann, J. "Global Overview: A powerful HIV/AIDS Pandemic". En Mann, J., Tarantola, D., eds. AIDS in the World II. New York: Oxford University Press (1996).

Mantilla, L. "La Clasificación de los juegos y su práctica regulada y vigilada en torno al género". En La Taréa, 1996. No. 8. pp 40-43. ed. por el Centro de Estudios de Género de la Universidad de Guadalajara.

Marseille, E. "Cost effectiveness of single-dose nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical HIV-1 transmission in sub-Saharan Africa". Lancet 354: 803-9, 1999.

Moyo, I. "Reproductive health antecedents, attitudes, and practices among youth in

Noguer More, J. Enciclopedia de la vida sexual. Ed. Técnicas educativas, México. 1971. Tomo V, pp. 22-50.

Piaget, J. La formación del símbolo en el niño. Fondo de Cultura Económica. México, 1987. p 194.

Pool, R. "An acceptability study of female-controlled methods of protection against HIV and STDs in south-western Uganda". Int J of STD and AIDS 11: 162-67, 2000

Romo Hernandez A. Pedagogía de la dignidad vs. Pedagogía de la dependencia Ed. Torres Asociados, 2001, pp90

Secretaría de Salud, La vulnerabilidad de las mujeres y el VIH/ sida. Boletín 8 , En Letra S, La Jornada , marzo 2, 2000

Smith, M.U. "Quasi-experimental evaluation of three AIDS prevention activities for maintaining knowledge, improving attitudes and changing risk behaviors of high schools seniors". AIDS Education and Prevention 7:391-402, 1995.

Stecklov, G. "Fertility implications of reduced breast-feeding by HIV/AIDS infected mothers in developing countries". Am J Public Health 89: 780-81, 1999.

Susser, I. "Culture, sexuality, and women's agency in the prevention of HIV/AIDS in southern Africa". Am J Pub Health 90: 1042-46, 2000.

Taguiwalo, M.A. Review of ASEP-Assisted HIV Prevention Activities in Three Cities. Manila: PATH and the AIDS Surveillance and Education Project (ASEP), September 2000, P 16.

UNAIDS. Questions and Answers: Mother to Child Transmission (MTCT) of HIV. 1999.
Disponible: www.unaids.org/publications/documents/mtct/qaweb99.html

UNAIDS. Men make a difference: world AIDS campaign (fact sheet). 2000. Disponible :
www.unaids.org/fact%5FsheetS/files.wac%5Feng.html.

Valente, T. "An evaluation of the use of drama to communicate HIV/AIDS information".
AIDS Education and Prevention 11:203-11, 1999.

Weiss, H. "Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis". AIDS 14: 2361-70, 2000.

Taller.

Organización Panamericana de la Salud. Educación en salud para prevenir el SIDA y las ETS. Washington, 1996: 9-39.

Anexos.

Boekeloo, BO., et al.: Frequency and thoroughness of STD/HIV risk assessment by physicians in a high-risk metropolitan area. Am J Publ Health 1991; 81:1645.

Centers for Disease Control and Prevention: 1993 sexually transmitted disease treatment guidelines. MMWR 1993; 42: 14-20.

Centers for Disease Control and Prevention: Update: Barrier protections against HIV infection and other sexually transmitted diseases. MMWR 1994; 42: 589.

Ebrahim, SH., et al.: Mortality related to sexually transmitted diseases in US women, 1977 to 1992. Am J Publ Health 1997; 12: 34-42.

Fisch, MA.: Treatment of HIV infection. En: Sande, MA., Volberding, PA.: The Medical Management of AIDS. WB Saunders Co., Philadelphia. 4th ed. 1995. pp . 141-160.

Green, WC.: Molecular Insights into HIV-1 infection. En: Sande, MA., Volberding, PA.: The Medical Management of AIDS. WB Saunders Co., Philadelphia. 4th ed. 1995. pp . 22-35

Holmes, KK. (ed): Sexually transmitted diseases. McGraw-Hill, New York. 3rd ed., 1997. pp. 62-76.

Kahn, JO.: An AIDS Vaccine: Will We Have One Soon? En: Sande, MA., Volberding, PA.: The Medical Management of AIDS. WB Saunders Co., Philadelphia. 4th ed. 1995. pp . 703-715.

López Ibor, J. El libro de la vida sexual. Ed. Océano Danae, Barcelona. 1984. pp. 56-72.

Noguer More, J. Enciclopedia de la vida sexual. Ed. Técnicas educacionales, México. 1971. Tomo V, pp. 22-50.

Saag, MS.: AIDS testing. Now and in the Future. En: Sande, MA., Volberding, PA.: The Medical Management of AIDS. WB Saunders Co., Philadelphia. 4th ed. 1995. pp . 65-88.

Staphrans, SI., Feinberg, MB.: Natural History and immunopathogenesis of HIV-1 disease. En: Sande, MA., Volberding, PA.: The Medical Management of AIDS. WB Saunders Co., Philadelphia. 4th ed. 1995. pp . 36-64.

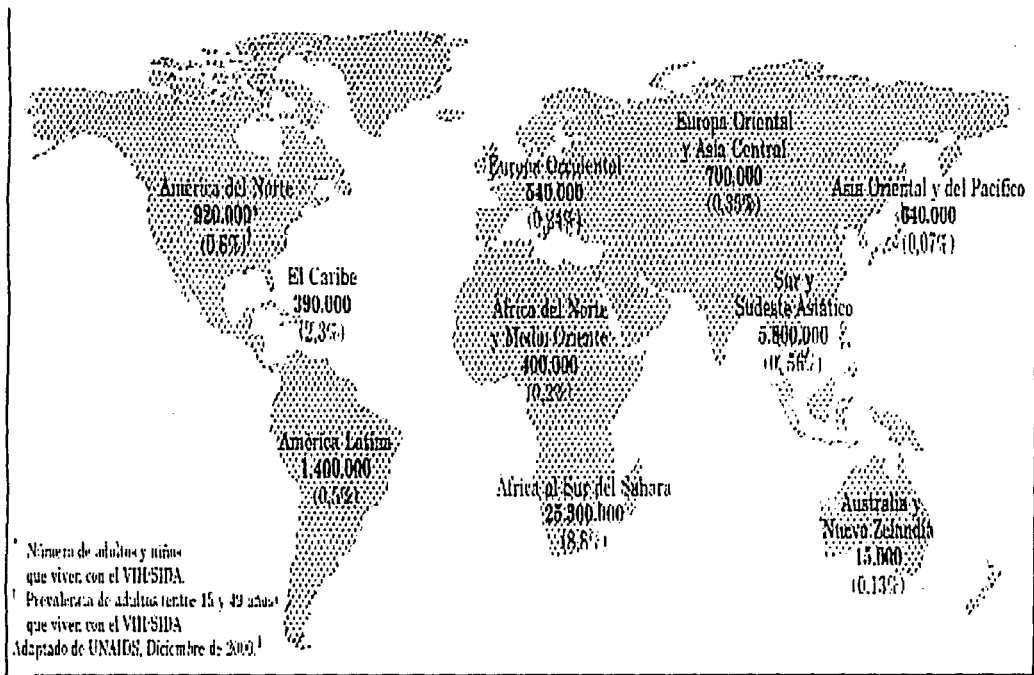


Figura 1. Distribución geográfica de la pandemia del VIH-SIDA

ANEXO I

Enfermedades de Transmisión Sexual.

Diversas bacterias y virus de transmisión sexual han sido descubiertos y caracterizados a partir de 1980, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tipo 1 y 2, el Virus Humano Linfotrópico de Células T (HTLV) tipo I y II, diversas variantes del Virus del Papiloma Humano, *Mycoplasma genitalium*, dos especies de *Mobiluncus* y *Herpes Virus* asociado al sarcoma de Kaposi.

Por otra parte, algunas bacterias de transmisión sexual bien identificadas, incluyendo *Neisseria gonorrhoeae* y *Haemophilus ducreyi*, con frecuencia han desarrollado resistencia a nuevos medicamentos antimicrobianos.

En países en vías de desarrollo, ciertos factores como la sobrepoblación, migración rural-urbana, guerras y pobreza, han favorecido el aumento de Enfermedades de Transmisión Sexual. Además, en estos países, la infección por VIH-SIDA y tres enfermedades bacterianas de transmisión sexual – gonorrea, infección por *chlamydia* y sífilis- se encuentran entre las principales 10 a 20 causas de fallecimientos de personas en edad productiva (Boekeloo, 1991:1645).

Entre las infecciones virales de transmisión sexual, la infección con VIH-SIDA se ha convertido en la primer causa de muerte en personas entre 25 y 44 años de edad, tanto en los Estados Unidos de Norteamérica como en países en vías de desarrollo (*idem*).

El Virus del Papiloma Humano y el Virus de la Hepatitis B constituyen causas importantes de carcinoma en el cuello del útero, vaginal, vulvar y peneano, así como de carcinoma hepático respectivamente.

En países industrializados, las infecciones por Virus del Herpes Simple sexualmente transmitido representan la causa más común de úlceras genitales, que pueden facilitar la

transmisión de VIH-SIDA, y la transmisión perinatal del Herpes Simple produce importantes repercusiones en recién nacidos (Ebrahim,1997:34).

Las úlceras genitales ocasionadas por Enfermedades de Transmisión Sexual favorecen la transmisión del VIH-SIDA, de donde se deriva la urgencia para la prevención y control de las mismas.

Las Enfermedades de Transmisión Sexual pueden clasificarse de acuerdo a su causa o sus manifestaciones clínicas. En la tabla I se resume la clasificación según el agente causal. Algunos de ellos, son transmitidos también por vía no sexual, sin embargo, la transmisión sexual es importante tanto clínica como epidemiológicamente.

Ninguna Enfermedad de Transmisión Sexual puede considerarse como un problema aislado, debido a que resulta común la existencia de infecciones múltiples denotando una conducta sexual de alto-riesgo (Holmes, 1997:63).

TABLA I. SINDROMES CLINICOS COMUNES Y SU AGENTE CAUSAL SEXUALMENTE TRANSMITIDO

SÍNDROME	AGENTE CAUSAL PRIMARIO SEXUALMENTE TRANSMITIDO
SIDA Uretritis en los hombres	VIH tipos 1 y 2 Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urelyticum, Tricomonas vaginales, Virus del herpes simple C. trachomatis, N. gonorrhoeae
Epididimitis Infecciones del tracto urinario inferior en mujeres	C. trachomatis, N. gonorrhoeae, Virus del herpes simple C. trachomatis, N. gonorrhoeae Candida albicans, T. vaginalis Diversas bacterias C. trachomatis, N. gonorrhoeae C. trachomatis, N. gonorrhoeae Virus del herpes simple 1 y 2, Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi, C. Trachomatis, Calymmatobacterium granulomatis
Cistitis/uretritis	C. trachomatis, N. Gonorrhoeae, Virus del herpes simple, Treponema pallidum Campilobacter spp, Shigella spp, Entamoeba histolytica Giardia lamblia, Crytosporidium, Microsporidia
Cervicitis mucopurulenta Vulvovaginitis Vaginosi bacteriana	C. trachomatis, N. Gonorrhoeae Virus del papiloma humano Citomegalovirus, VIH, Virus Epstein Barr Virus de la hepatitis B, Citomegalovirus, Virus Epstein Barr.
Enfermedad pévica inflamatoria Infertilidad Lesiones ulcerativas en genitales	Virus de Papiloma Humano, especialmente los tipos 16, 18, 31, 45
Infecciones intestinales Proctitis Proctocolitis o enterocolitis	Herpes virus asociados al Sarcoma de Kaposi HTLV-I Virus de la Hepatitis B HTLV-I Sarcoptes scabie Phthirus pubis
Enteritis	
Artritis aguda con infección urogenital Verrugas anales y genitales Síndrome mononucleosis Hepatitis viral	
Neoplasias Neoplasias de células escamosas y cáncer del cérvix, ano, vulva, vagina o pene Sarcoma de Kaposi, linfomas	
Leucemia de células t Carcinoma hepatocelular	
Paraparesia tropical espástica Sarna Ladillas púbicas	

La mayoría de las Enfermedades de Transmisión Sexual excepcionalmente (o nunca) pueden transmitirse por ropa, alimentos e insectos. Por lo menos un compañero sexual está infectado. Las personas con secreción, úlceras o dolor genital usualmente interrumpen su actividad sexual y buscan atención médica. Así, quienes transmiten infecciones usualmente están asintomáticos o con molestias leves.

La importancia creciente de las Enfermedades de Transmisión Sexual virales, radica en que la mayoría son incurables, por lo que la atención se centra en acciones preventivas. Así, mientras la detección oportuna y tratamiento curativo puede evitar la propagación y consecuencias de Enfermedades de Transmisión Sexual bacterianas, el control de las virales depende enteramente en evitar la exposición sin protección con personas infectadas. La única excepción es la vacunación contra la infección por hepatitis B (Ibid, p 62).

Las Enfermedades de Transmisión Sexual afectan desproporcionadamente (más) a mujeres y recién nacidos. Una vez que ha ocurrido la infección, producen complicaciones con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, por diversas razones. Así, por razones anatómicas y fisiológicas, por ejemplo, la mujer parece ser intrínsecamente más susceptible al desarrollo de cáncer genital que complica una infección por Virus del Papiloma Humano, a infecciones genitourinarias y a complicaciones puerperales. Adicionalmente, la mujer tiende a desarrollar infecciones con síntomas leves que conllevan un retraso para el inicio del proceso diagnóstico. **De allí que la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual en la mujer se considera como una acción prioritaria de salud.**

Estudios epidemiológicos del CDC reportaron 150,737 fallecimientos atribuibles a Enfermedades de Transmisión Sexual en mujeres en los Estados Unidos entre 1973 y 1992; 29% de dichas muertes fueron atribuibles a VIH-SIDA, 59% a cáncer cérvico-uterino, 11% a hepatitis y el resto a diversas ETS.

La propagación de las ETS es mayor en grupos poblacionales con mayor cambio de compañeros sexuales y con difícil acceso o baja motivación para obtener atención médica.

La frecuencia de Enfermedades de Transmisión Sexual bacterianas curables como la sífilis, gonorrea y chancroide está aumentando en "grupos nucleares", así como por ejemplo en trabajadoras sexuales, usuarias de drogas ilícitas, y alcohólicos. Otras Enfermedades de Transmisión Sexual se distribuyen en la sociedad de manera no uniforme. Por ejemplo, las infecciones por *chlamydia* pueden persistir asintomáticas durante meses y se propagan ampliamente. De manera similar, la infección por VPH es incurable y por tanto persiste y se disemina en grupos que no son considerados de alto riesgo (CDC, 1994: 42).

ANEXO II

Definición.

El significado de la palabra SIDA:

Síndrome: Conjunto de síntomas de una enfermedad.

Inmunodeficiencia: Debilitamiento del sistema inmune o de defensa.

Adquirida: Que se adquiere por algún mecanismo de transmisión.

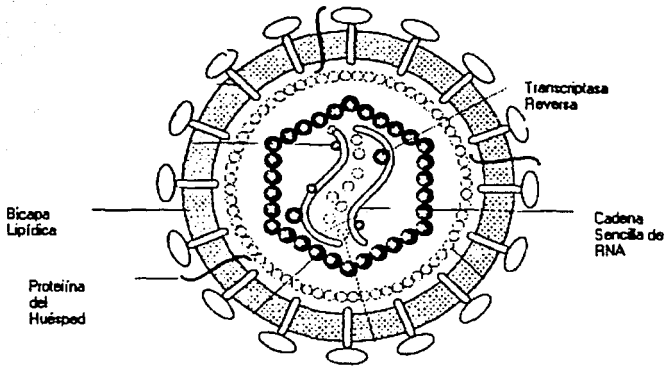
Inicialmente el VIH-SIDA fue definido como la presencia de una enfermedad causada por un germen oportunista debida a una alteración subyacente en la inmunidad celular en ausencia de causas conocidas de inmunosupresión como enfermedades neoplásicas o yatrogénas. Cuando se identifico el VIH como agente causal y con la disponibilidad de pruebas diagnósticas, la definición se modificó. Utilizando el sistema de definición propuesto en 1993 cualquier individuo infectado con una cuenta celular de linfocitos CD4+ menor a 200 / UL por definición tiene SIDA, independiente de la presencia de síntomas o enfermedades oportunistas (CDC, 1993:14).

Agente causal o etiológico.

El agente etiológico del SIDA es el VIH, que pertenece a la familia de los retrovirus y a la subfamilia de los lentivirus. La causa más común de enfermedad por VIH-SIDA alrededor del mundo se debe al VIH-1 (Green, 1995:23).

Morfología del VIH.

La microscopía electrónica muestra que el virión del VIH presenta una estructura icosaédrica (fig.2), conteniendo numerosas espículas externas formadas por dos envolturas proteicas, responsables de la unión del virus con las células que infectará (ibid, p 23).



Ciclo de vida.

El VIH es un virus RNA cuya característica es la transcripción reversa de su genoma de RNA a DNA por la enzima transcriptasa inversa. El ciclo de vida del VIH inicia con la unión de gran afinidad de su proteína gp120 a un receptor en la superficie de la célula huésped, denominada molécula CD4. Esta molécula es una proteína que se encuentra de manera predominante en un subtipo de linfocitos T que son responsables de colaborar o inducir la función del sistema inmune. Dicha molécula receptora también se encuentra en la superficie de monocitos/macrófagos y en las células dendríticas de Langherhans.

Después de la unión, ocurre una fusión de la membrana de la célula huésped mediante la molécula gp41 y el genoma RNA del virus se internaliza en la célula diana. La enzima transcriptasa inversa, contenida en el virión, cataliza la transcripción del genoma RNA en una doble hilera de DNA. El DNA se transloca al núcleo en donde se integra a los cromosomas de la célula huésped mediante otra enzima llamada "integrasa". A esta

célula se le considera ya un provirus, que puede permanecer latente (inactivo) o puede manifestar diversos grados de expresión genética, hasta la producción activa de otros virus (Staphrans, 1995:38).

ANEXO III

Diagnóstico y tratamiento del VIH-SIDA

Situaciones diagnósticas clínicas del VIH-SIDA.

Candidiasis en los bronquios, traquea o pulmones.

Candidiasis esofágica.

Cáncer cérvico-uterino invasivo.

Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar.

Coccidioidomicosis crónica intestinal (> 1 mes de duración).

Enfermedad por Citomegalovirus, (localización diferente al hígado, bazo o ganglios).

Citomegalovirus, retinitis (con pérdida de la visión).

Encefalopatía (relacionada al VIH).

Herpes simple: Ulceras crónicas (> 1 mes de duración); o bronquitis, neumonitis o esofagitis.

Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar.

Isosporiasis, intestinal crónica (> 1 mes de duración).

Sarcoma de Kaposi.

Leucoencefalopatía progresiva multifocal.

Linfoma de Burkitt (o denominación equivalente).

Linfoma inmunoblástico (o denominación equivalente).

Linfoma primario cerebral.

Mycobacterium avium o *M. Kansasii*, diseminado o pulmonar.

Mycobacterium tuberculosis, cualquier localización (pulmonar o extrapulmonar).

Mycobacterium, otras especies o especie no identificada, diseminado o pulmonar.

Neumonía recurrente.

Pneumocistis carinii, neumonía.

Salmonella, septicemia recurrente por.

Síndrome de desgaste debido al VIH.

Toxoplasmosis cerebral.

(CDC, 1993: 15)

Diagnóstico de la infección por VIH.

El diagnóstico de infección por VIH-SIDA consiste en aislar el virus, en identificar alguno de sus componentes (proteínas, RNA, DNA) o en demostrar la presencia de anticuerpos. El aislamiento y la identificación del virus, requieren una tecnología compleja, que sólo está al alcance de unos pocos centros de investigación o laboratorios de referencia. La presencia de virus en el cultivo, se pone de manifiesto mediante la detección de antígenos víricos o de transcriptasa reversa. El antígeno vírico circulante (en general la proteína p24) puede detectarse mediante una técnica de ELISA; tiene escasa utilidad diagnóstica y se emplea sobretodo para evaluar la progresión de la infección y la respuesta a los agentes antiretrovíricos. La detección de componentes del genoma vírico (RNA o DNA) puede efectuarse por medio de técnicas de hibridación, con amplificación previa o sin ella. Cuando se utiliza la amplificación previa (**Reacción en Cadena de la Polimerasa, PCR**) la técnica es muy sensible y su especificidad es muy alta.

La presencia de anticuerpos se debe considerar en la práctica como signo de infección activa. De hecho, prácticamente en el 100% de los individuos, sintomáticos o asintomáticos, con anticuerpos se puede aislar el virus. Por el contrario, se han descrito casos excepcionales en los que se aisló el virus sin que fuera posible detectar anticuerpos. En algunos casos, se trataba de fases muy precoces de la infección (los anticuerpos tardan de 4 a 6 semanas en aparecer) y en los restantes no se aclaró la causa.

Por el momento, las pruebas serológicas se basan en la detección de anticuerpos contra una o varias de las proteínas del virus y son las que más se utilizan para el diagnóstico de

la infección por el VIH-1. En general, se considera que las glucoproteínas de la envoltura son más inmunógenas que las proteínas del core, pero el tipo de anticuerpos del suero y su título pueden variar según la fase evolutiva de la infección e, incluso, de unas áreas geográficas a otras. Cuando se utilizan técnicas como el Western-Blot o la Radioinmunoprecipitación se puede analizar con detalle el tipo de anticuerpos presentes. Son técnicas complejas y caras, que en general utilizan células infectadas como fuente de antígeno. Como criterios de positividad del Western-Blot se acepta la presencia como mínimo de dos de las tres bandas más importantes (p24, gp41 y gp120-160). Por último, hay que señalar que el método de detección de anticuerpos basado en el enzoinmunoanálisis (ELISA) es el más barato y sencillo. Cuando el ELISA se utiliza como método de detección sistemática (en los bancos de sangre), la tasa de falsos positivos es inferior al 1-3%. Si la prueba es positiva en al menos dos ocasiones, y la reacción es fuerte, la presencia de una infección por VIH-1 se puede confirmar casi en el 100% de los casos. Si la reacción es débil, o es negativa al repetir el ensayo, el cultivo de linfocitos en busca del VIH-1 suele ser uniformemente negativa (Saag, 1995:65).

Tratamiento.

El tratamiento de la infección por el VIH-1 persigue dos objetivos : a) Encontrar un fármaco o grupo de fármacos con gran actividad antiretrovítica, que sean capaces de destruir al VIH-1, y b) Mejorar el tratamiento de las distintas complicaciones infecciosas y neoplásicas que presentan los pacientes con SIDA.

El descubrimiento de la eficacia antiretrovítica de la Zidovudina o AZT en 1986 ha sido, hasta ahora, el principal avance en el tratamiento del SIDA.

Aunque no cura esta enfermedad, su administración prolonga la supervivencia de los pacientes y disminuye la frecuencia y la gravedad de las distintas complicaciones que presentan. Si a ello se añaden los avances logrados en el tratamiento y prevención de

las principales infecciones oportunistas, es fácil comprender que la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes con SIDA hayan mejorado.

Aunque existen numerosos fármacos prometedores, en el momento actual, la Zidovudina, la Didanosina (DDI) y la Zalcitabina (DDC), se utilizan para el tratamiento de la infección por el VIH-1 en fases avanzadas o para evitar la progresión de la infección en pacientes asintomáticos con menos de 500 CD4+/ μ L.

La Zidovudina se utiliza para el tratamiento del SIDA y del CRS (complejo relacionado al SIDA). En estos pacientes disminuyen el número de infecciones oportunistas y la mortalidad. Desde el punto de vista virológico se observa una disminución o desaparición del antígeno p24, en la mayoría de los casos a las 2-4 semanas de tratamiento. Desde el punto de vista inmunológico, hay un aumento transitorio del número de linfocitos CD4+ (aumento medio .90/ μ L) durante las primeras 16 a 20 semanas de tratamiento. Existe, sin embargo, una serie de situaciones clínicas en las que la administración de Zidovudina ha demostrado ser beneficiosa o se ha recomendado: a) pacientes con un número de linfocitos CD4+ inferior a 200/ μ L o antigenemia persistente, independientemente del estadio de los CDC a los que pertenezcan; b) pacientes con trombocitopenia grave; c) pacientes con leucoplasia vellosa y/o candidiasis orofaríngea; d) pacientes con un número de linfocitos CD4+ entre 200 -500 / μ L y con alguna manifestación clínica menor relacionada con el VIH o sin ella, y e) tras exposición accidental de alto riesgo en personal sanitario.

Recientemente se ha comprobado la aparición de cepas VIH-1 resistentes a la Zidovudina y a otros antiretrovíricos en pacientes que han tomado dicho fármaco durante periodos más o menos prolongados. Se usan dosis entre 300-1,500 mg/día repartidos cada 4 a 12 horas. La dosis más habitual para los adultos es de 500-600 mg/día en dos-tres tomas.

Existen otros fármacos antiretrovíricos, que pueden considerarse como alternativas a la Zidovudina, que en el futuro será el fármaco de referencia. Han demostrado actividad in vivo, reduciendo los niveles plasmáticos del antígeno p24, algunos análogos de los nucleótidos como la DDC y la DDI, aunque su toxicidad, cualitativamente diferente a la de la Zidovudina, limita su uso. También ha demostrado su eficacia frente al VIH-1 y al Sarcoma de Kaposi el interferón alfa.

El enfoque más aceptable es iniciar el tratamiento cuando la cifra de CD4+ es inferior a 500/ μ L con Zidovudina (Monoterapia) y cambiarla por DDI o añadir ésta o DDC, si se produce un deterioro clínico o inmunológico o no se tolera el tratamiento. Algunos pacientes asintomáticos y con más de 500 CD4+ / μ L también podrían beneficiarse de iniciar un tratamiento; por el contrario, cuando la cifra de CD4+ es igual o inferior a 50 es raro que se obtenga un beneficio evidente. La combinación de dos fármacos no parece prevenir la selección de mutantes resistentes, aunque puede ser ventajosa por otras razones (Fisch, 1995:141).

ANEXO IV

SIDA y sexualidad

Como punto estratégico para entender el riesgo en que están las personas sanas de adquirir la infección del VIH-SIDA, se considera necesario mencionar la diferencia que existe entre una persona enferma y la seropositiva:

- Una persona con VIH-SIDA es aquella que ha comenzado a desarrollar síntomas como inflamación de ganglios, fatiga, fiebre, diarrea crónica, escalofríos nocturnos, pérdida de peso, etc. Esta situación es la etapa final de la infección.
- La persona seropositiva-asintomática es aquella que tiene la infección latente, es decir, todavía no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad; y puede permanecer sin mostrar ninguna señal física de cinco a diez años después de haber recibido al virus en su organismo.

Las personas seropositivas, quienes tienen apariencia de buena salud, que ni ellas mismas sospechan ser portadores del VIH, representan un riesgo de contagio para sus compañeros sexuales.

Se considera que una investigación social que hable del VIH-SIDA, sin relacionarlo con el comportamiento sexual de las personas, no estaría abordando correctamente el problema, ya que desviaría la realidad; y la verdad es que, entre los adultos la principal forma de infección que causa esta enfermedad, es por vía sexual; situación que se presenta peligrosa para los seres humanos. Ya que su necesidad de intimidad física, es fundamental.

Viviendo en un país en el que cada quien es libre de sus propios actos, la responsabilidad ante el contagio del VIH-SIDA –por vía sexual– recae en cada uno de los individuos; pero

corresponde a las autoridades sanitarias, el ofrecer una información real, necesaria para que las personas puedan tomar decisiones.

Se considera importante estudiar los comportamientos de la gente –en aspectos sociales y culturales- para conocer el grado en que mitos, prejuicios y demás actitudes humanas, ayudan a disminuir o extender el problema del VIH-SIDA en nuestro país.

En relación a la sexualidad, López Ibor (1984:60) afirma que "constituye una dimensión esencial de la conducta humana" y que a pesar de ser un aspecto tan importante en la vida de todo ser humano, tratamos a toda costa de ocultarla, como si fuera algo inexistente o carente de importancia. Al respecto se puede decir que precisamente por ser un factor tan importante en la vida de toda persona por la intimidad que implica, es por lo que se dificulta hablar de ello; y el VIH-SIDA nos llega hoy, exactamente por el aspecto más complicado de tratar.

La sexualidad ha sido considerada durante muchos siglos como tema tabú; y ahora el VIH-SIDA nos viene a recordar que en la era del avance tecnológico, en relación al crecimiento como seres humanos, en nuestro país la situación no ha progresado mucho. Noguer Moré (1971: 42), dice "el problema sexual, es tan antiguo como el hombre". Haciendo una revisión de los datos históricos de la humanidad, encontramos que desde los tiempos más antiguos, existen situaciones problemáticas relacionadas con la sexualidad; mismas que han sido siempre las más complicadas y las menos discutidas por gobiernos y autoridades religiosas.

Desde que el hombre existe a lo largo de toda su historia, han surgido problemas relacionados con la sexualidad, en diferentes aspectos: En la economía, política, demografía, cultura, familia, etc., y otras facetas donde se involucra el ser humano: Sin olvidar el aspecto de salud, que es donde ahora se nos presenta el problema sexual en alianza con el VIH-SIDA.

ANEXO V

Distrito Federal

ACADEMIA MEXICANA DE DERECHOS HUMANOS, A. C.

Filosofía y Letras, # 88
Col. Copileo Universidad

Del. Coyoacán
04360 México, D.F.,

Tels. 5659 4980 8764, 5658 5736, Fax. 5658 7279

E-mail: amdh@laneta.ape.org

Resp. Lic. Oscar Ortiz Reyes - Director General

Objetivo: Difundir Información sobre los Derechos Humanos

Servicios: Cursos, Diplomados, Conferencias en relación a los Derechos Humanos, Programa de Estudios Migratorios, Centro de Documentación, Derechos Políticos, Derechos a la Información.

ACCION CIUDADANA POR LA TOLERANCIA, A. C.

Av. Alvaro Obregón, # 73

Col. Roma

00000 México, D.F.,

Resp. Ricardo Hernández Forcada

ACCIONES

ACCION EDUCATIVA POR LA SALUD SEXUAL, A. C.

3er. Andador de Ma. del Mar, # 27 - A

Unidad CTM Culhuacán

Del. Coyoacán

15450 México, D.F.,

Tel. 5607 9330

E-mail: acciones@laneta.ape.org

Resp. Heddy Villaseñor Hernández

E-mail: heddy@servidor.unam.mx

Objetivo: Asociación Civil Formar campo de Educación Sexual

Servicios: Pláticas de Información Básica, Prevención.

ACCION VOLUNTARIA

Calz. Ermita Ltapalapa, # 429 R-4

Col. Prado Churubusco

04230 México, D.F.,

Del. Coyoacán

Tels. 5582 7259 / 1038 Fax. 5559 0747

E-mail: accionvoluntaria@yahoo.com

Atn. Rossy Pérez

Resp. Fernando Reyes

Objetivo: Información y Educación para la Prevención de la Intección por VIH SIDA, asesorías a personas impactadas directa e indirectamente por VIH SIDA, Asistencia Psicológica a personas con VIH SIDA.
Servicios: Pláticas sobre VIH SIDA, Taller de Erotización "El Placer de los Objetivos", Asesorías, Asistencia fase terminal, Orientación en trámites funerarios.

ALBERGUES DE MEXICO, I.A.P

Notaria 10 Aeta 249147

Saltillo, # 39

Col. Hipódromo

06100 México, D.F.,

Tel. 5286 2622, Fax. 5286 7336

Objetivo: de corta estancia

"Casa Brasil"

Brasil, # 82 Int. 305

Col. Brasil

Ermita-Ajusco

Tels. 5846 2994 2895

E-mail: albergues@compuserve.com.mx

Objetivo: de corta estancia

Resp. Dr. René García Félix

Objetivo: Brindar ayuda y Apoyo Emocional, Psicológica y Espiritual a personas impactadas por el VIH SIDA.
Servicios: Hospedera Casa Brasil, Albergue de corta estancia, Visita domiciliaria y Hospitalaria, Banco de Medicamentos, Dar rostro a la enfermedad, Albergue para enfermos terminales.

AFLUENTES, S.C.

Giotto, # 58
Col. Mixcoac
Entre Leonardo de Venei y el Greco
03910 México, D.F.,
Tel. 5563 1485 Fax. 5563 7978 5563

E-mail: afluentes@laneta.apc.org
Resp. Lic. Gabriela Rodríguez
Gerente de Análisis y Difusión

Objetivo: Información sobre temas de Sexualidad y Género

Servicios: Capacitación, Información y Vinculación a temas de Salud Reproductiva y Género.

ALIANZA NACIONAL REVOLUCIONARIA, A. C.

Notaria 198 Acta 51915
Av. Plaza de la República # 16
esq. Ezequiel Montes
Col. Tabacalera
06030 México, D.F.,
Tels. 5705 4792, 4793 Ext. 205 Fax. 5705 4692 Ext. 206

Resp. Gral. Div. Dem. Ret. Jesús Esquina Gurrusqueta

Objetivo: Apoyar los trabajos que realiza la sociedad en lo referente al combate a la Pobreza, Salud, Empleo, Abasto, Desarrollo Educativo y promover la participación de sus miembros, sus familias y simpatizantes en programas de asistencia social, Educación y Cultura.

Servicios: Combate a la pobreza, Promover la Salud, Empleo, Desabasto, Defensa de la Economía Familiar, la participación de la sociedad civil organizada, Deporte y Recreación, Vivienda y Desarrollo Urbano, Atención a las fronteras y pueblos indígenas, Participar en tareas de procuración e impartición de justicia, Participación en caso de desastre natural en auxilio de la población afectada.

APROASE, A. C.

Melchor Ocampo, # 212
Despacho, 504
esq. Río Yang Tze
06500 México, D.F.,
Col. Cuauhtémoc

Tel. 044 5508 7945 Fax. 5703 0404

E-mail: aproase@vol.com.mx
Resp. Alejandra Gil Cuervo

Objetivo: Dignificar y Defensa de Derechos Humanos de las personas no asalariadas y desprotegidas.

Servicios: Asesoría Jurídica, Talleres de : "VIII SIDA, ITS, Cáncer de mama, Uso del condón femenino y masculino", Gastos funerarios.

ARSOI

ARTE SOCIAL INTEGRAL.

Tel. 5368 9635

E-mail: arsoi@yopmail.com

Bjper: 21208764

Resp. Daniel Quintero Varajas

Objetivo: Información y Prevención

Servicios: Solo Información.

AMIGOS CONTRA EL SIDA, A. C.

Av. Universidad, # 1330 Edif. Versalles # 1402-C
Col. del Carmen Coyoacán
04100 México, D.F.,

Tel. 5659 7531 Fax. 5659 0166

Resp. David Alberto Murrillo

E-mail: amigos@prodigy.net.mx

Objetivo: Publicación de revista.

Servicios: Publicación de revista para personas con VIH/SIDA.

ANMHH

AMIGOS DE NIÑOS INFECTADOS CON VIH.

Netzahualevoad, # 72 Int. 303

Col. Centro

06090 México, D.F.,

Del. Cuauhtémoc

Tel. 5709 0424

E-mail: anmhh@prodigy.net.mx

campus @ infocel.com
campusluis @ gmail.com

Resp. Luis Campis Tellez

Objetivo: Llegar a tener un albergue y constituirse como A. C.

Servicios: Acompañamiento a niños infectados por VIH SIDA. Centro de acopio. (juguetes, comida, medicamentos).

ARBOI. DE LA VIDA. ENFERMOS EN SUPERACION. A. C.

Grupo 24 horas

Calle Aztecas. # 49

Col. Barrio de la Asunción

09000 Mexico, D.F.,

Del. Iztapalapa

Tel. 5685 5975

Resp. Ent. Ma. Elena Romero Castellanos

Objetivo: Sacar al enfermo VIH SIDA adelante a través de diferentes terapias ocupacionales. (trabajos manuales).
Aceptación y Comprensión de la enfermedad y el proceso de la muerte.

ARBOI. DE LA VIDA. I.A.P.

Clavera. # 75 Esq. Tebas

Col. Clavera

Del. Azcapotzalco

02080 Mexico, D.F.,

Tels. 5386 2180, 0034 Fax. 5386 1347

Resp. Sra. Emma Medina Martínez

E-mail: arboi @ iakatus.com.mx

Objetivo: Atención a personas con VIH SIDA.

Servicios: Pláticas de Autoayuda. Pláticas de Información sobre el VIH SIDA. Atención Psicológica. Albergue para personas con VIH SIDA o con Enfermedades crónicas e incurables. Grupo de autoapoyo.

APADE

ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO. A. C.

Notaria 52 Acta 64504

Jose Ma. Iglesias. # 49

Col. Revolucion

Del. Cuauhtemoc

00000 Mexico, D.F.,

Tel. 5535 8787 Exts. 1371 y 1374

Resp. Karina Camarillo Merino

Objetivo: Información y Prevención

Servicios: Asistencia Médica y Psicológica.

AMAC

ACCIÓN HUMANA POR LA COMUNIDAD. A. C.

Notaria 99 Acta 64059

Puente de Alvarado # 42 piso 5

Oficina. # 106

Col. Tabacalera

06030 Mexico, D.F.,

Tel. 5772 0778 Fax. 5379 1762

E-mail: amac @ laneta.ape.org

Apartado Postal. # 27-31

06761 México, D.F.,

Resp. Francisco Lagunes Gavtan

Objetivo: Aminorar el Impacto Psicosocial del VIH SIDA

Servicios: Programas de Capacitación a familiares. Distribución de Medicamentos. Promoción de red de trabajo.

ASOCIACION MEXICANA PARA LA ADOLESCENCIA. A. C.

Monterrey 172-302

Col. Roma

06760 Mexico, D.F.,

Tel. 5574 0267 Fax. 5531 3809

Resp. Dra. Alicia Gorab Ramirez.

AMISAVHI

ASOCIACION MEXICANA DE SERVICIOS

ASISTENCIALES EN VIH SIDA. I.A.P.

Notaria 89 Acta 69049

Av. Insurgentes. # 76 Int. 102

Col. Juárez

06600 México, D.F.,
Tel. 5514 6239 Fax. 5525 7417
E-mail:amsavh@iol.com.mx
Resp. Carlos Fco. Gutierrez Avila

Objetivo: Servicio asistencial a población con VIH/SIDA

Servicios: Atención Médica en General, Atención en Especialidades como: Proctología, Ginecología, Olfamología, Psicología, Otorrinolaringología, Odontología, Consejería Pre-post prueba, Descuento en exámenes de laboratorio, Apoyo en medicamentos, Servicio de Colposcopia, Información sobre VIH a familiares y platacas de Información.

AMISS
ASOCIACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD, A. C.

Tezoquipa, # 26
Col. La Joya
Del. Tlalpan
14000 México, D.F.,
Tel. 5573 3460 Fax. 5513 1065
Resp. Dr. Eusebio Rubio Auroles

Objetivo: Formar vinculos entre asociaciones publicas y privadas. Promover profesionalismo en el trabajo en VIH/SIDA
Servicios: Terapias en poblaciones y disfunciones sexuales.

ASOCIACION PRO-INTEGRACION
DEL HIPOCAUSICO, A. C.

Notaria 92 Acta 63664
Playa Hornos, # 210
Col. Reforma Iztacihual
Del. Iztacalco
08810 Mexico, D.F.,
Tel. 5553 0820
Resp. Octavio Herrera O.

Objetivo: Informacion, Prevencion y Educacion a Población Hipocausico.

AVE DE MEXICO, A. C.
COMPAÑEROS EN AYUDA
VOLUNTARIA EDUCATIVA, A. C.

Notaria 85 Acta 94631
Tuxpan, # 2 Int. 1004 y 1005, piso 10
Col. Roma Sur
06760 Mexico, D.F.,
Tels. 5515 7984 / 5574 2891 Fax. 5574 5309
E-mail: ayedemexico@mevix.com

Resps. Dr. Carlos Garcia de León, Ninel Diaz
Objetivo: Asesoría y servicio a personas con VIH/SIDA

Servicios: Talleres de "Sexo seguro" y SIDA, Asistencia previa a la prueba de detección, Terapia Psicológica individual y en grupo.

BRIGADA CALLEJERA DE APOYO
A LA MUJER, A. C. "ELISA MARTINEZ"

Notaria 214 Acta 920
Calle Corregidora, # 115 Depto. 204
Col. Centro Del. Venustiano Carranza
06060 Mexico, D.F.,
Tel Fax. 5542 7835
Correspondencia
Norte 53, # 2002
Col. Salvador Xochimanca
Del. Azcapotzalco
Tel. 5342 0077 (hodega)
Resp. Elvira Madrid Romero

Objetivo: Prevención en trabajadoras del sexo comercial

Servicios: Talleres y apoyo moral, Ingresos alternativos para mujeres trabajadoras sexuales, Prevención de ITS y SIDA, Correspondencia

BUSCA, A. C.
BRIGADA UNIVERSITARIA DE SERVICIOS
COMUNITARIOS PARA LA AUTOGESTIÓN, A. C.

Notaria 149 Acta 18148
Calle Soria, # 127 Int. 9
Col. Alamos
03400 México, D.F.,
Tel-Fax. 5440 1568

E-mail busca@laneta.ape.org

Resp. Rosanna García Astorga

Objetivo: Involucrar a los jóvenes estudiantes con la problemática del país

Servicios: Ruta ciclista. Campañas juveniles de trabajo comunitario. Talleres en comunidades indígenas.

BUENA SALUD. CLINICA 10. IMSS

Calz. de Tlalpan. # 931

Col. Niños Heroes de Chapultepec

03440 México, D.F.,

Tels. 5579 6130 Ext. 221

Resp. Dra. Ruiz.

Objetivo: Dar seguimiento a la enfermedad

Servicios: Apoyo emocional. Derechos Humanos e Información.

**CANDIL DE LA CALLE.
ASOCIACION CULTURAL**

Emiliano Zapata Sur. # 9

Ecatepec Centro

55000 Edo-Mex.

Tel. 5882 4117 Tel Fax. 5770 1093

Resp. Lic. Diana Luisa Jiménez Pérez

Objetivo: Procurar Informar y Concientizar a población en general

Servicios: Obras de Teatro, vs Adicciones y VIH SIDA.

ARQUIDIÓCESIS DE MÉXICO.

CARITAS, I.A.P.

Providencia. # 339

Col. del Valle

Del Benito Juárez

03100 México, D.F.,

Tel: 5682 4658 Ext. 218 y 256 Fax. Ext 254

Resp. Javier Eduardo Martínez Almanza

Objetivo: Grupos de auto apoyo. Pláticas de sensibilización

Servicios: Apoyo emocional y espiritual. Pláticas de sensibilización a jóvenes.

CASA DE LA SAL. A. C.

Notaria 193 Acta 1561

Córdoba. # 76

Col. Roma

06700 México, D.F.,

Tel. 5514 0628 Fax. 5207 8042

E-mail casasal@mati.net.mx

Resp. Dra. Rosa Ma. Rivero Velasco

Objetivo: Brindar albergue a personas que lo requieran.

Servicios: Apoyo Psicológico, Psicoterapia en pareja a domicilio. Albergue infantil temporal y definitivo. Atención Médica. Banco de medicamentos y Servicio funerario.

CFCOVH. A. C.

Notaria 103 Acta 61075

Dr. Vertiz. # 185 letra C

Col. Doctores

06720 México, D.F.,

Tel. 5578 9751

Resp. Psic. Guillermo Ramírez Ramírez

Objetivo: Orientación y Prevención

Servicios: Talleres de revalorización afectiva.

CENTRO DE APOYO A LA MUJER

"MARGARITA MAGÓN". A. C.

Carlos Pereira. # 113

Col. Viaducto Piedad

08200 México, D.F.,

Del. Iztacalco

Tel Fax. 5519 5845

E-mail marmagon@laneta.ape.org

Resp. T.S. Miriam Martínez Méndez

Objetivo: Brindar servicios en las áreas: Psicología, Jurídico, Salud y Capacitación

Servicios: Servicios de Calidad, Servicios Integrales alternativo para Mujeres.