

01921
144



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“Conocimientos, creencias y percepción de riesgo del
VIH/SIDA en estudiantes de secundaria”.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N:

**MARÍNEZ ESCOGIDO HAYDEE IVONNE
SANTOS ESPINOZA MARÍA DEL CARMEN**

**DIRECTORA DE TESIS
LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA**

**REVISORA:
DRA. CARMEN MERINO,
AUTORIDAD DE MÉXICO.**



MÉXICO, D.F.

2003



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA.**

1



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico el
contenido de mi trabajo recuadro
NOMBRE: Santa Espinoza
Maria Del Carmen
FECHA: 13/02/03
FIRMA: [Firma]

AGRADECIMIENTOS:

A la Universidad Nacional Autónoma de México

D

a la Facultad de Psicología

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por habernos abierto las puertas de sus instalaciones durante toda nuestra
formación profesional.

Lic: Leticia Bustos de la Tijera

*Por haber compartido sus conocimientos y experiencias
a través de este camino de estudio. Por habernos orientado
durante este trabajo tan importante para nosotras y sobre
todo por esa amistad que siempre nos mostró.*

A la escuela Secundaria Ángel Miranda Basurto #63

Turno matutino, en forma especial a la directora:

Micaela Guevara Pérez

Por habernos permitido trabajar con la población de
dicha institución.

Y a cada uno de los alumnos que contribuyeron
a la realización de esta investigación.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

A la Unidad de Redes, Informática y Desarrollo de Sistemas; en especial al Psicólogo Alberto Galicia Montoya por su amistad brindada y por aceptar participar en este proyecto, apoyándonos en base a sus conocimientos en todo el proceso estadístico.

Gracias.

Al Jurado:

Lic. Leticia bustos de la tijera

Lic. Isabel Martínez Torres

Dra. Carmen Merino Gamiño.

Mtra. Selma González Serratos

Lic. Eva Maria Esparza Meza

Damos gracias a Dios por habernos dado el don de la vida, por permitirnos seguir aquí y lograr terminar la universidad a pesar de los obstáculos del camino y los encontrados durante la realización de esta investigación.

Por habernos dado la dicha de tener a nuestro lado a la familia que tenemos, los amigos y toda la gente que nos apoya, la que ya no está o ha sido pasajera pero que ha dejado un gran legado en nuestros corazones.

Gracias por regalarnos la alegría de ver realizado uno más de nuestros sueños.

A mis PADRES:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**GUILLERMO MARTINEZ CRUZ
RICARDA ESCOGIDO JIMÉNEZ.**

Por darme la vida, por su cariño y enseñarme el camino adecuado. Por que siempre han estado ahí, con la motivación y el apoyo incondicional mostrado, basándose en esfuerzos, sacrificios y paciencia.

Por el amor que me han demostrado, saber esperar y ver el fruto de solo una parte de mi vida profesional, el cual también es suyo y de esta familia que cultivaron desde la base de un fuerte matrimonio.

GRACIAS POR TODO LOS AMO MUCHO.

Haydee Ivonne

A mis HERMANOS:

Flor Viviana

Por no ser solo mi hermana mayor, sino por que desde pequeñas me mostraste una amistad, y haber sido una buena guía para orientarme en la base del estudio, gracias por tu apoyo y espero seguir contando con el.

Luis Francisco

Gracias por todos los momentos que hemos pasado juntos, solo me gustaría decirte que eres un gran hermano y muchas gracias por cada uno de los momentos y espero que no se pierdan.

LOS QUIERO MUCHO A LOS DOS SON GRANDES HERMANOS.

Haydee Ivonne

A mi SOBRINITA:

Nadia lizeth:

Que comienza el camino de la vida, por enseñarme a querer de una forma que solo tu nos puedes enseñar a todos, la cual es una forma pura y sincera la cual solo tú lo puedes hacer, la de una gran niña muy especial, espero y que este logro de parte mía sea un ejemplo y una motivación grande en tu vida.

TE QUIERO MUCHO GORDIS.

Haydee Ivonne

A mi ABUELITA +:

Arnulfa Jiménez Salazar

Con todo el amor y cariño, por dejar recuerdos muy bonitos y seguir cuidándonos a todos desde un lugar tan especial que es el cielo y se que siempre estarás conmigo, en mi mente y en mi corazón.

NUNCA TE OLVIDARE GRACIAS.

Haydee Ivonne

A mi PRIMA:

Magdalena Murguía Escogido

Por habernos brindado su confianza para esta Investigación al momentos de apoyarnos
Al momento de permitimos realizar
Los cuestionarios en la escuela donde
Laboras. En forma especial como primas
Por confiar en mí, espero no haberte defraudado.

Haydee Ivonne

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este trabajo es para toda mi familia, tanto materna como paterna, que siempre me ha apoyado no solo a nivel escolar sino a lo largo de mi vida. Gracias por cada uno de los ejemplos que me han mostrado desde pequeña. Comparto mi alegría y mis logros con cada uno de ustedes y espero que ustedes compartan también dicha alegría conmigo.

ABUELITOS, TIOS, PRIMOS Y SOBRINOS.

Con cariño, Haydee Ivonne

a MARIA DEL CARMEN SANTOS ESPINOZA

Por compartir una pagina en nuestra vida y la alegría de ver los resultados de un trabajo, de una carrera y no de un compañerismo sino de una amistad tan importante e invaluable. Por el tiempo compartido y dedicado, en las buenas y en las malas. Sabes que siempre contarás conmigo sin importar la situación. GRACIAS.

Con cariño y admiración, Haydee Ivonne.

A MIS PADRES:

Sr. Luis Santos Barrila

Sra. Catalina Espinoza Santiago

Como una muestra de mi cariño y agradecimiento, por cuidarme, por sus desvelos, por todo el amor, y por alentarme a salir adelante aun en los momentos más difíciles.

En reconocimiento a todo el apoyo brindado durante mis estudios, aún cuando estuvieron cansados o enfermos.

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constante, mi esfuerzo es inspirado en ustedes.

Gracias por la fé que depositaron en mí y por dármele con todo sin esperar a cambio más que el orgullo de hacer de mí una triunfadora.

Muchas gracias por su apoyo y por ser unos padres maravillosos.

Con admiración y respeto, Carmen.

A mis hermanas:

L. A. E. Alicia Santos Espinoza

Por tu ejemplo, apoyo, experiencia y fortaleza en los momentos difíciles.

*Por que sin tus consejos cariño y paciencia no hubiese sido fácil culminar mis estudios.
Gracias por impulsarme a seguir siempre adelante aún cuando hubo problemas, dudas y tropiezos.*

Carmen

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

*Elizabeth y Claudia J.
Santos Espinoza*

Con cariño, por su ayuda incondicional y por enseñarme que siempre hay algo que aprender.

Por confiar y creer en mí, por ser para mí una razón más para ser lo que ahora soy. Por que gracias a su apoyo y comprensión me han inspirado confianza, impulsándome a obtener uno de los objetivos de mi vida.

Espero no haberte fallado y poder ser un buen ejemplo para ustedes.

Carmen

Para mi gran amiga y compañera de tesis

Haydesita:

Por compartir tu tiempo y tus conocimientos conmigo, por tu amistad y apoyo incondicional en los momentos difíciles.

Por saber escuchar con paciencia y brindar ayuda cuando es necesario.

Por que eres una persona que todo lo comprende y das lo mejor de ti misma sin esperar nada a cambio.

Por ser el vivo ejemplo de que el querer es poder.

Por todo esto y más tienes mi cariño, admiración y respeto.

Gracias por poder contar siempre contigo y por saber que siempre estarás apoyándome en cada nuevo reto que se presente.

Tu siempre amiga, Carmen.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Verónica Tovar Mirada:

No hay palabras para describir lo que una amistad representa, es la base de todo, y cuando esa amistad se comparte, no hay nada mejor.

Y eso es lo que tú nos has hecho sentir, **AMISTAD**, sobre todo por el apoyo e incondicionalidad que nos has mostrado siempre. Tu amistad es uno de nuestros tesoros más valiosos, Gracias.

Carmen y Haydee

Así como para cada persona que de alguna u otra manera puso su granito de arena para concluir este trabajo. Gracias.

ÍNDICE

<i>Resumen</i>	4
<i>Introducción</i>	4
CAPITULO 1. VIH Y SIDA	
1.1 Definición de VIH	6
1.2 Definición de SIDA	7
1.3 Antecedentes del SIDA	8
1.4 Como se transmite el VIH/SIDA	12
1.5 Como NO se transmite el VIH/SIDA	15
1.6 Medidas o métodos de prevención	17
1.7 Creencias acerca del origen y propagación de SIDA	23
1.8 Percepción de riesgo de contagio del VIH/ SIDA	29
1.9 Grupos de alto riesgo	34
1.10 Situación actual del SIDA en México	35
CAPITULO 2. ADOLESCENCIA	
2.1 Definición de adolescencia	39
2.2 Características de la adolescencia	40
2.3 Comportamiento sexual durante la adolescencia	47
2.4 Razones por las cuales los adolescentes tienen relaciones sexuales tempranas	49
2.5 Razones por las cuales los adolescentes NO se involucran en relaciones sexuales tempranas	52
2.6 Estudios realizados sobre adolescencia y sexualidad	55
2.7 Adolescencia , drogadicción y SIDA	59
2. 8 La educación sexual en México	66
CAPITULO 3. METODO	
3.1 Planteamiento y justificación del problema	73
3.2 Hipótesis	73
3.3 Variables	74
3.4 Sujetos	76
3.5 Muestreo	76
3.6 Tipo de estudio	76
3.7 Diseño	77
3.8 Instrumento	77
3.9 Procedimiento	78

CAPITULO 4. RESULTADOS

4.1 Análisis Descriptivo	80
4.2 Análisis de las Diferencias	91
4.3 Discusión	97

CONCLUSIONES	104
--------------------	-----

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	107
----------------------------------	-----

REFERENCIAS	109
-------------------	-----

ANEXOS

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general conocer el nivel de conocimientos, las creencias y percepción de riesgo que la población adolescente (estudiantes de una secundaria pública de la Ciudad de México), tiene frente al VIH/SIDA y detectar sus necesidades de información y de educación sobre la sexualidad y el VIH/SIDA. Se utilizó un cuestionario de conocimientos, creencias y percepción de riesgo adaptado para este estudio. Este instrumento fue aplicado a 335 estudiantes de nivel secundaria (1ro., 2do. y 3er. grado), hombres y mujeres, de entre 11 y 17 años de edad. En general los resultados muestran que es mínimo el porcentaje de población que ya tuvo relaciones sexuales siendo la mayoría del sexo masculino, que la mayor parte de los y las estudiantes se encuentran bien informados respecto a la sexualidad y el VIH/SIDA, que la mayoría de los y las adolescentes no se perciben en riesgo de contraer el virus del VIH/SIDA a pesar de que algunos tienen relaciones sexuales; aunque sí manifiestan miedo de contraerlo así como de realizarse en un momento determinado la prueba de detección del VIH/SIDA. Además de encontrar que la mayoría tienen creencias más enfocadas a los aspectos moral y religioso. Al comparar las escalas de conocimientos, creencias y percepción con las variables grado, edad y género si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en este grupo; pero no se encontraron diferencias al ser comparadas con la variable de inicio de las relaciones sexuales.

Palabras clave: Adolescentes, secundaria, VIH/SIDA, conocimientos, creencias, percepción de riesgo.

INTRODUCCIÓN

La salud ha jugado un papel muy importante en el desarrollo histórico de las sociedades, incluso la manera en que los individuos entienden y afrontan la enfermedad es una construcción social que ha caracterizado y diferenciado las distintas épocas de la evolución humana. En la actualidad, cuando ya se habían enfrentado con cierto éxito médico algunas epidemias (como la tuberculosis, herpes, fiebre amarilla, lepra, entre otras.); apareció el VIH/ SIDA, originando una reevaluación social de la salud, al reconocer el hecho de que a la fecha es una enfermedad incurable y mortal.

El impacto social, las repercusiones sociales en la salud de la humanidad, su letalidad y la imposibilidad de curarlo, hace que la investigación en relación con la dinámica de transmisión del SIDA sea crucial.

Durante los últimos 15 años el VIH/ SIDA se ha convertido en un blanco clave para los estudiosos de la conducta, con el objetivo único o principal de evitar su propagación con campañas educativas de prevención y el desarrollo de modificaciones de conducta pertinentes. Actualmente, en nuestro país son pocas las instituciones dedicadas a las investigaciones epidemiológicas y psicosociales; al respecto podemos mencionar al Centro para la prevención y el control del SIDA (CENSIDA), ONUSIDA (Organización creada por las Naciones Unidas), Amigos Contra el SIDA A. C. ,Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA y la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (DGE); entre otras.

Sabemos que una de las formas de transmisión más común del VIH/SIDA es la sexual, que el período en que no se manifiestan los síntomas del virus ya como SIDA es entre 5 y 10 años (posteriores al contagio), y que la población que es blanco de él y de una gran importancia social es la juventud. Por esto, es importante explorar sistemática y permanentemente las conductas de riesgo en las que están incurriendo las y los adolescentes que deberían de fundamentar en primera instancia, la existencia de sistemas y programas de educación para la salud.

La psicología juega un papel relevante frente al VIH/SIDA, considerando que este fenómeno debe ser estudiado y atendido en forma multidisciplinaria. Las personas que han adquirido el virus o desarrollado el síndrome son objeto de un gran sufrimiento físico, social y emocional, esto, y la necesidad de lograr una prevención adecuada en la propagación del VIH involucra temas, áreas y técnicas de modificación de conocimientos, actitudes, creencias, hábitos y prácticas que son investigadas y/o atendidas por la psicología.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo general: Conocer el nivel de conocimientos, las creencias y prácticas de riesgo que la población adolescente, estudiante de una secundaria pública de la Ciudad de México, tiene frente al VIH/SIDA y detectar sus necesidades de información y de educación sobre la sexualidad y el VIH/SIDA como medio para fundamentar los programas y actividades de prevención y lucha contra la propagación del VIH/SIDA dirigidos a esta población.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Objetivos específicos:

- ❖ Identificar las conductas (reportadas mediante un cuestionario) tanto de riesgo como preventivas del VIH/SIDA para evitar la propagación de la enfermedad.
- ❖ Conocer las creencias relacionadas con diferentes explicaciones acerca del origen del VIH/SIDA, su significado, su forma de transmisión y percepción de riesgo.
- ❖ Identificar los factores que influyen en la realización de prácticas sexuales de riesgo respecto al VIH/ SIDA entre los y las adolescentes de este grupo.
- ❖ Establecer las diferencias existentes en estudiantes de secundaria por sexo, edad e iniciación de la actividad sexual con respecto al conocimiento, creencias y percepción de riesgo hacia el contagio de VIH/ SIDA.
- ❖ Explorar mediante un cuestionario si el conocimiento sobre el VIH/ SIDA incide en que los estudiantes realicen conductas con mayor responsabilidad.

CAPITULO 1. VIH Y SIDA

Los primeros informes, de lo que hoy sabemos que es una terrible epidemia de VIH, aparecieron hace mas o menos dos décadas. Desde entonces, hasta diciembre de 1998, se han comunicado 47.3 millones de casos diagnosticados de SIDA en el mundo y desgraciadamente se pueden esperar aún más, ya que una de las razones a las que se puede atribuir este aumento desmedido en el número de casos, es la ignorancia sobre el agente que causa la enfermedad y su modo de transmisión (Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, 2000).

Por lo tanto, empezaremos por definir que es el VIH y el SIDA.

1.1 Definición de VIH.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un microorganismo de los más pequeños que se conocen. Su principal característica es que necesita forzosamente de una célula viva para poder estar activo y multiplicarse, esto puede hacerlo única y exclusivamente en los linfocitos TCD4+ (también llamadas células CD4) que forman parte de los glóbulos blancos del Sistema inmunológico del Ser humano. Es importante destacar que los linfocitos TCD4+ se encuentran en grandes concentraciones en la SANGRE, el SEMEN, el LIQUIDO PREEYACULATORIO, los FLUIDOS VAGINALES y en la LECHE MATERNA (Grupo de apoyo grafico, 2001; CONASIDA, 2001).

¿Cual es el proceso de la enfermedad?

El sistema inmunológico es el encargado de detectar, rechazar y proteger al cuerpo de agresiones por gérmenes dañinos y de mutaciones peligrosas; como son algunos tipos de cáncer. Está formado por un grupo especial de los glóbulos blancos que están circulando en la sangre llamados *linfocitos*, de los que existen dos tipos; los T y los B.

Así es como el sistema inmune esta gobernado por un grupo especial de células T llamado T4; que regula la acción de formación de anticuerpos por las células B y de ataque directo por las células T. Las células T4 recogen la información inmune y ordenan la proliferación de células T específicas y de ataque y a las células B para que produzcan anticuerpos.

Las células del sistema inmunológico se encuentran en la sangre; sin embargo, existen algunas zonas del cuerpo donde se concentran, como son:

- a) el bazo,
- b) el timo,
- c) el intestino
- d) y los ganglios linfáticos.

El virus de la inmunodeficiencia humana ataca a la células que tienen "receptores" o lugares de unión para el virus. Las células con este receptor (llamado CD4) son las células T4, algunas células B y algunas células del cerebro, entre otras.

El virus se une por medio del receptor a las células y pasa al interior donde se libera el núcleo de ARN (ácido ribonucleico) y otro elemento llamado "transcriptasa inversa".

Cuando el virus entra a la célula, el núcleo viral de ARN es modificado por la transcriptasa inversa para poder unirse (integrarse) con el núcleo de la célula infectada.

Sin embargo, cuando el virus se integra con la célula pueden pasar dos cosas:

- a) Que el virus tome el control de las funciones de la célula y se empiece a reproducir, hasta el punto donde destruye la célula y una gran cantidad de virus nuevos son liberados para infectar otras células.
- b) Que la célula mantenga el control; por lo que no hay noticias de reproducción viral. Este "equilibrio" puede romperse en cualquier momento (Olaiz, 1998).

Quando el virus entra en el organismo se puede reproducir sin causar síntomas por mucho tiempo. Es cuando se dice que una persona es **seropositiva**; es decir, que tiene el virus pero aún no ha desarrollado la enfermedad. Al bajar el número de defensas, aparecen síntomas como fiebres, bajas de peso inexplicables, ganglios inflamados, un raro cáncer de piel llamado sarcoma de Kapósi, etc.; aunque es solo un médico quien puede determinar si se trata de un caso de SIDA, ya que estos síntomas pueden aparecer por otras causas; más adelante aparecen enfermedades que aprovechando la baja de defensas del cuerpo causan la muerte (CONASIDA, 2001).

1.2 Definición de SIDA.

Las letras S-I-D-A se usan para identificar al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida; una enfermedad infecciosa causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca el sistema de defensas del ser humano y lo deja desprotegido ante cualquier microorganismo.

Para el Dr. Olaiz (1988), SIDA es la contracción de tres palabras:

"SÍNDROME : Conjunto de síntomas (como dolor) y signos (como pérdida de peso) características de un padecimiento.

INMUNODEFICIENCIA : Fallas o falta completa de respuestas por parte del sistema inmune.

ADQUIRIDA : Que no se nace con ella, que se adquiere durante el transcurso de la vida" (p.6).

Conforme van pasando los años las definiciones acerca del SIDA se van modificando o complementando con lo que las investigaciones van arrojando día a día; lo que ha llevado a la invención de medicamentos que controlen la enfermedad.

Actualmente: la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA (2000), da una definición más completa sobre el significado de SIDA:

"SÍNDROME: conjunto de síntomas (lo que podemos ver y sentir en una enfermedad como diarreas, fiebre, inflamación de ganglios), etc.; y signos, o sea lo que solo podemos conocer a través de análisis de sangre y estudio de los diferentes órganos de nuestro cuerpo por medio de un laboratorio.

INMUNO-DEFICIENCIA: La palabra inmuno se refiere al sistema de defensa natural de nuestro cuerpo en contra de agentes infecciosos, que son visitantes no deseados en nuestro organismo, que nos provocan enfermedades; la palabra inmunodeficiencia se refiere al debilitamiento del sistema de defensa de nuestro cuerpo contra dichos microorganismos (seres tan pequeños que solo pueden ser vistos a través de un microscopio).

ADQUIRIDO: que para tenerlo, tienes que recibirlo de otro organismo; el SIDA es causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el cual no puede ser generado por sí solo en el cuerpo”.

Podemos concluir que el SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) es una enfermedad infecciosa que hasta ahora sigue siendo mortal y que solo es desarrollada por los seres humanos como resultado de la evolución infecciosa provocada por el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) que ataca y destruye progresivamente al Sistema inmunológico del ser humano.

Nadie puede desarrollar el SIDA si no ha sido infectado con el VIH. Al prevenir la infección, podemos prevenir el SIDA.

1.3 Antecedentes.

Hoy en día millones de personas en todo el mundo son ya portadores del virus del VIH/SIDA ya que hasta la fecha no hay ninguna vacuna para prevenir la enfermedad o algún medicamento que la cure.

“Los primeros reportes encontrados sobre VIH/SIDA indican la detección de una neumonía causada por *Pneumocystis carinii* en varones homosexuales jóvenes, a principios de la década de los 80”, quienes además estaban afectados por infecciones confirmadas por el laboratorio causadas por *Citomegalovirus candidatis*” (Gómez Vergara, 1994; p.4).

La neumocistis es una neumonía ocasionada por un parásito unicelular que cualquier persona puede portar en algún momento, sin que por ello se manifieste enfermedad alguna; en su larga prehistoria ha sido confundida con otras neumopatías mal definidas. La presencia de ese parásito fue comprobada en los órganos de diversos animales y en 1942 fue descubierto en los pulmones de un niño de pecho, pero hubo que esperar hasta los años cincuenta para que se demostrara realmente su papel en la patología humana. Fuera del uso de inmunosupresores, la neumocistis sólo se ha reconocido en bebés infectados *in utero*, en niños pequeños subalimentados y en algunos adultos leucémicos (Mirko, 1992).

El número de casos de neumocistis aumentó de manera considerable durante la década de los 40's (Barré, Chermann y Rozenbaum, 1990).

Como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) no presenta cuadros clínicos que permitan un diagnóstico retrospectivo seguro, se deben buscar las anomalías en la aparición de estas enfermedades oportunistas, entre las cuales se encuentra también el Sarcoma de Kaposi.

El sarcoma de Kaposi es una enfermedad cutánea, una especie de proliferación tumoral múltiple descrita a fines del siglo XIX por Moritz Kaposi, quien además lo consideraba como una infección inicialmente generalizada (Patrice, Pesce y Francois, 1987; p. 5). Desde la primera observación de la enfermedad, se impuso la evidencia de que se trata de un cáncer distinto de los demás (Mirko, 1992).

En los 80' se observó una forma fulminante en sujetos homosexuales varones, que fue denominado por algunos sarcoma de Kaposi epidémico que se caracteriza por su comienzo explosivo, por la rapidez de su extensión cutánea que no respeta la cara, por la frecuente afectación de las mucosas, los ganglios, el bazo, el tubo digestivo y los pulmones. Las lesiones son a veces muy atípicas y resulta indispensable recurrir a la biopsia (Gómez Vergara, 1994).

La conjunción de ambas enfermedades, habitualmente rarísimas excepto en algunos terrenos, inquieta a la ciencia y se inicia en E.U., en una encuesta en plano epidemiológico; se sospecha de una enfermedad nueva. Pronto se descubren como características frecuentes en los enfermos, la promiscuidad sexual y determinadas costumbres en este ámbito. Diferentes agentes etiológicos posibles son invocados y luego descartados. Se constata un déficit profundo de la inmunidad celular en todas las parejas de los sujetos vulnerables a esta enfermedad (Patrice, Pesce y Francois, 1987).

Además, se estableció que el VIH/SIDA afecta no sólo a los homosexuales sino también a heterosexuales, toxicómanos que usan drogas intravenosas, describiéndose los primeros casos de VIH/SIDA en heroínómanos, así como también los originados por una transfusión de sangre o de uno de sus derivados, como en el caso descrito en enero de 1982 por una infección oportunista en un hemofílico en el centro de vigilancia de Atlanta (Mirko, 1992).

Epidemiólogos norteamericanos y europeos aseguran que el virus del VIH/SIDA nace en África Central ya que es muy probable que las poblaciones indígenas de Kenia, Uganda, Tanzania fueran atacadas por un virus de la familia del VIH según así lo muestra el estudio realizado de unas pruebas sanguíneas congeladas extraídas en 1962 a dos niños del pueblo de Alto Volta muestran un virus similar al VIH, SIDA. El virus se descubre por medio de microscopio por primera vez en Estados Unidos en 1981, en un grupo de dos personas homosexuales por casos de neumonía según reporta el centro de control de información de Atlanta.

En 1970, los científicos norteamericanos y europeos llegaron a la conclusión que los países con SIDA eran Zaire, Haití y Estados Unidos, también se dice que Estados Unidos extiende la epidemia a Europa en 1981 y a la actualidad los cinco continentes sufren de esta terrible enfermedad sin conocer algún mecanismo para su curación.

En México, la historia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se inicia en 1983 cuando las autoridades sanitarias dan cuenta de la aparición de la rara enfermedad, a raíz del diagnóstico hecho a pacientes extranjeros residentes en el país (Valdespino, 1989).

"A principios de la década de los noventa, el género más afectado y las prácticas de riesgo detectadas en el país mostraron que la población masculina portadora representaba aproximadamente el 86%, siendo los patrones de transmisión sexual los más prevalentes: la homosexualidad en un 37%, la bisexualidad en un 23.6% y la heterosexualidad en un 13.8%. Por su parte, el total de casos registrados en población femenina representaban aproximadamente el

14% de la población total. Los patrones de transmisión en este grupo se desarrollan en otro sentido: la transfusión representa un 59.7%, las relaciones heterosexuales el 24% y la donación remunerada el 11%" (Boletín CONASIDA, 1990; p.5).

En Junio de 1981, científicos de los Estados Unidos de América comunicaron la primera prueba clínica de una enfermedad que pasaría a conocerse como síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA. Han transcurrido veinte años y la epidemia de VIH/SIDA se ha propagado por todos los rincones del mundo. Alrededor de 22 millones de personas han perdido la vida a causa de esa enfermedad y más de 36 millones están viviendo actualmente con el VIH, el virus que causa el SIDA. Pero dos decenios de esfuerzos para controlar la epidemia también han producido un creciente arsenal de progresos decisivos a nivel mundial:

❖ 1981

Se identifican los primeros casos de deficiencias del sistema inmunológico poco comunes entre varones homosexuales en los EE.UU.

❖ 1982

Se define por primera vez el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Durante este año, se identifican los tres modos de transmisión: transfusión sanguínea, materno-infantil, y coito sexual.

❖ 1983

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se identifica como agente causal del SIDA.

En África, se manifiesta una epidemia heterosexual de SIDA.

❖ 1985

El alcance de la creciente epidemia se hace manifiesto. En 1985, en cada región del mundo se notifica por lo menos un caso de VIH/ SIDA.

Rock Hudson es el primer personaje público de fama internacional que revela tener el SIDA.

En los EE.UU., la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) autoriza la primera prueba de anticuerpos contra el VIH.

Empieza la detección sistemática del VIH en las donaciones de sangre.

❖ 1987

Se organiza la primera respuesta de África al SIDA basada en la comunidad (la Organización de Ayuda a las Personas con SIDA o TASO) en Uganda. Esa organización pasa a ser un modelo para actividades similares en el mundo entero.

Se fundan el Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA y la Red Mundial de Personas que Viven con el VIH/SIDA.

En febrero, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el Programa Especial sobre el SIDA, que más tarde le llamará Programa Mundial del SIDA.

En los EE.UU. se autoriza el uso de la azidotimidina (AZT), la primera terapia contra el SIDA.

❖ 1988

Por primera vez, los ministros de salud de todo el mundo se reúnen para abordar el problema de la epidemia de VIH/SIDA en Londres.

❖ 1991-1993

La prevalencia del VIH en las mujeres jóvenes embarazadas de Uganda empieza a disminuir, el primer descenso importante en un país en desarrollo. Ese éxito se atribuye a la amplia movilización del país contra la epidemia.

❖ 1994

Los científicos desarrollan el primer plan terapéutico para reducir la transmisión materno-infantil.

❖ 1995

En Europa oriental se detecta un brote de VIH entre los consumidores de drogas intravenosas.

❖ 1996

Se crea el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Se presentan por primera vez pruebas de la eficacia de la terapia antirretrovírica altamente activa (TAA).

❖ 1997

Brasil es el primer país en desarrollo que facilita terapia antirretrovírica a través de su sistema público de salud.

❖ 1998

Se anuncia el primer tratamiento breve para prevenir la transmisión materno-infantil.

❖ 1999

En Tailandia da comienzo el primer ensayo de eficacia de una posible vacuna contra el VIH en un país en desarrollo.

❖ 2000

El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aborda por primera vez el problema del VIH/SIDA.

❖ 2001

El Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Kofi Annan, hace un llamamiento para la acción, incluida la creación de un fondo mundial para el SIDA (ONUSIDA, 2001).

1.4 Como se transmite el VIH/SIDA.

Con base en los conocimientos actuales, se ha demostrado que el VIH desintegra la estructura genética de la célula huésped para reproducirse, pero como cualquier otro virus, no puede vivir fuera de ella, pues es muy vulnerable.

Ya que el VIH es muy frágil y no subsiste a las condiciones ambientales, existen únicamente tres vías comprobadas de infección y son las siguientes:

1) POR CONTACTO SEXUAL.

Es decir, por tener relaciones sexuales con una persona infectada con VIH/SIDA sin la protección de un condón de látex o poliuretano.

Esto debido a que cuando existe intercambio de líquidos corporales principalmente el semen, secreciones vaginales y sangre entre una persona infectada y otra sana, ya sea en relaciones homosexuales o heterosexuales, más aún si éstas son con parejas múltiples y frecuentes. "Se ha comprobado particularmente que tanto el esperma como las secreciones vaginales, son los vectores principales de la transmisión del VIH" (Ramírez, 1990; p.11).

Dentro de la transmisión por vía sexual se encuentran principalmente tres formas diferentes de contagio:

- **Coito rectal.**

La penetración del compañero o compañera constituye la forma de relación sexual más eficaz en la transmisión del virus tanto en hombres como en mujeres. Durante el coito rectal el epitelio sufre heridas, por lo que al depositarse el semen en ellas, el VIH pasa directamente al torrente sanguíneo, así mismo, si el penetrador tiene pequeñas lesiones (muchas veces imperceptibles) al entrar en contacto con la sangre rectal, el virus entra a través de las heridas directamente al torrente circulatorio (Carrillo, 1990).

La transmisión del VIH guarda más relación con la práctica sexual que con la orientación sexual. Se señala a los varones homosexuales como individuos de alto riesgo. Ciertamente lo son, pero no por la homosexualidad en sí, sino porque practican el coito anal; ya que los tejidos o membranas anales son muy sensibles y al ser penetrados con seguridad son heridos. Sin embargo, los heterosexuales que practican el sexo anal tienen el mismo riesgo elevado, pero pocos trabajos sobre la propagación del SIDA entre los heterosexuales abordan este punto.

- **Coito Vaginal.**

"Este tipo de contacto parece ser menos propicio a la transmisión del VIH. La vagina se encuentra cubierta por un epitelio que posee varias capas de células aplanadas, lo cual le confiere

una mayor resistencia a la fricción que se produce durante el coito. Se piensa que durante la menstruación las condiciones pueden ser más favorables para la transmisión del virus" (Gómez Vergara, 1994; p. 12).

Se tiene que considerar también que, aparentemente, en esta forma de relación sexual la mujer tiene más riesgo de ser infectada por el hombre que a la inversa. Se piensa que ello se debe a que el semen posee una mayor concentración de partículas virales (Carrillo, 1990).

• **Sexo Oral.**

La transmisión del VIH en las distintas modalidades del sexo oral no ha sido demostrada. La manera en que podría ocurrir el contagio, es por el depósito de semen o de secreciones vaginales en heridas imperceptibles en la mucosa bucal. El caso inverso, es decir, el paso del virus por medio de la saliva a la mucosa anal o vaginal, o vía pequeñas heridas en el pene, se considera casi imposible debido a la baja concentración de partículas virales en la saliva.

Aunque esta modalidad es considerada una practica de riesgo no ha sido fácil documentarla. "El problema en la determinación precisa de la transmisión a través del sexo oral, es que éste siempre es parte o termina con el coito". (Carrillo, 1990 y Gómez 1994; p.13).

El virus está presente en el líquido preeyulatorio, semen, los flujos vaginales y, ocasionalmente, en la saliva. Durante el sexo oral, la persona que recibe líquido preeyulatorio, semen, sangre o fluidos vaginales, está en mayor riesgo de ser infectada.

"Las sustancias pueden entrar en la sangre por medio de cortaduras, lesiones o heridas en la boca que son tan pequeñas, que ni se notan" (CONASIDA, 2001; p.10).

El Grupo de Apoyo Gráfico para la Prevención del SIDA (2001), de acuerdo con el riesgo y la facilidad con la que se produce el contagio clasifica a las relaciones sexuales como:

- a) Relaciones Sexuales Poco Riesgosas: El coito vaginal o anal con el uso del condón, los besos profundos y prolongados en los que ambas personas tengan heridas bucales sangrantes.
- b) Relaciones Sexuales Riesgosas: El sexo oral sin condón y tocamiento durante el juego sexual con presencia de la piel lesionada (heridas), implican el posible contacto de las secreciones genitales infectadas con la piel o las mucosas de las personas receptoras.
- c) Relaciones Sexuales de Alto Riesgo: Durante la relación sexual en la que haya penetración ya sea vaginal o anal sin protección mediante el uso del condón.

Cabe recordar que, debido a que muchas personas infectadas no muestran síntomas de su condición, es difícil saber quién está infectado por el VIH. Por lo tanto, mientras más compañeros sexuales sin protección se tengan, mayor será la posibilidad de encontrar a alguien que esté infectado y resultar contagiado.

2) *POR VÍA SANGUÍNEA.*

Esta se produce por el paso de células de la sangre directamente al torrente circulatorio, de un individuo infectado por el virus a un individuo sano, debido a la gran concentración de partículas virales en las células sanguíneas, esta vía es de las más eficientes.

El contagio por sangre puede ser por la transfusión de sangre contaminada y hemoderivados, así como el trasplante de órganos y tejidos provenientes de donadores portadores del VIH/ SIDA, el uso de agujas y jeringas no esterilizadas antes de utilizarse nuevamente; y lo que se ha denominado punción ocupacional, esto es, la picadura accidental al ocuparse de los enfermos, y algunos microorganismos tales como el virus de la hepatitis tipo B, el herpes y las bacterias que generan enfermedades venéreas (Carrillo, 1990).

La forma más segura de contraer el virus, es a través de la sangre, pues la infección se desarrolla a partir de la invasión del virus a los linfocitos. Una vez incorporado a la estructura nuclear de estas células (específicamente los linfocitos T), el VIH se reproduce al mismo tiempo que destruye las estructuras celulares.

La consecuencia más perniciosa, a largo plazo, es el deterioro del mecanismo inmunitario de la persona, lo que la convierte en un terreno sumamente propicio para la acción patológica de cualquier tipo de bacterias (Gómez Vergara, 1994).

El compartir agujas o jeringas, aunque sea solamente una vez, es una forma extremadamente fácil de resultar infectado con el VIH y otros gérmenes. La sangre de una persona infectada puede quedar atrapada en la aguja o jeringa y luego ser directamente transmitida al sistema sanguíneo de la próxima persona que la use.

El compartir otro tipo de agujas también puede transmitir el VIH y otros gérmenes. Estos tipos de agujas incluyen aquellas usadas para inyectarse esteroides, hacer tatuajes o para perforar orejas. Hay que asegurarse de que un técnico calificado esterilice el equipo quirúrgico que va a usar (CONASIDA, 2001).

También puede haber contagio de sangre contaminada por VIH a través de material punzo cortante no esterilizado, y se clasifica en dos grupos:

- a) Material punzo cortante de bajo riesgo.

Los rastrillos, navajas, alicates, y el material para el cuidado y extracción de uñas lastimadas o infectadas, que hayan estado en contacto con sangre contaminada por VIH y que sean utilizados inmediatamente en otra persona sin ser esterilizados.

- b) Material punzo cortante peligroso.

Al utilizar y compartir agujas para la perforación y colocación de aretes en orejas, nariz, lengua, etc. Las agujas para los tatuajes o de acupuntura, las jeringas desechables así como el equipo quirúrgico y dental que hayan estado en contacto con la sangre o los tejidos profundos de una persona infectada por VIH y que sean utilizados inmediatamente en otra persona sin ser esterilizados (Grupo de Apoyo Gráfico para la Prevención del SIDA, 2001).

3) POR VÍA PERINATAL.

La mayor fuente de infección entre los infantes es a través de su madre infectada. Los mecanismos de contagio por esta vía son:

- a) Dentro del útero, es decir, cuando el feto se encuentra en gestación dentro del vientre materno. Durante el embarazo se da un intercambio de sustancias y gases de la madre hacia su hijo, por lo cual puede haber contagio.
- b) Durante el parto al entrar en contacto la sangre del niño con la materna y con diversos líquidos que contienen el VIH/SIDA. Aunque hay quienes dudan de este mecanismo y piensan que la infección ocurre antes del parto, lo cual no es fácil de refutar.
- c) Por medio de la leche materna, ya que el VIH/SIDA ha sido aislado en este fluido y es transmitido al niño al momento de amamantarlo. Por tal motivo, en los hospitales de todo el mundo se ha recomendado a las madres infectadas alimentar a sus hijos con leche en polvo, misma que el hospital se encarga de proveer (Carrillo, 1990 y CONASIDA, 2001).

Un fenómeno interesante que se da en algunos niños/as, es el de *cerorreversión*. Al momento del nacimiento y hasta los 18 meses de edad aproximadamente, los hijos/as de madres infectadas pueden tener una prueba de anticuerpos contra el VIH positiva, sin que esto sea necesariamente sinónimo de infección, ya que dichos anticuerpos pueden ser inmunoglobinas de origen materno que cruzaron la placenta durante el embarazo.

"Se considera que un niño es cerorrevertor cuando ha tenido pruebas ELISA y WESTERN BLOT positivas en los primeros meses de vida y, después de los 6 meses de edad, estas mismas pruebas dan resultados negativos, no hay evidencia de infección por VIH en laboratorio y no se cumplen los criterios para el diagnóstico de SIDA". (CONASIDA, 2001; p.12).

No obstante, se piensa que el riesgo de contagio durante la lactancia es muy bajo. Se han reportado casos de madres infectadas que dan a luz niños sanos, y madres sanas pero seropositivas, que paren niños infectados. En realidad se desconocen aún muchos aspectos de esta vía de transmisión y su crecimiento un tanto acelerado es preocupante (Carrillo, 1990).

1.5 Cómo NO se transmite el VIH/SIDA.

La infección por VIH/SIDA no es algo que sencillamente aparece u ocurre a alguien. No se puede pescar como un resfriado o gripe. No se puede adquirir la infección por medio de contacto diario con personas infectadas en la escuela, trabajo, hogar o por el sólo hecho de acudir a lugares públicos en los que se encuentre una persona infectada.

Tampoco se puede adquirir la infección por medio de la ropa, teléfonos o inodoros. No puede ser transmitido por medio de utensilios tales como cucharas, vasos u otros objetos que alguien infectado con el virus haya usado. No se puede contraer por el contacto diario con una persona infectada (a menos que sea sexual sin protección)(CONASIDA, 2001).

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

Por lo tanto la saliva, el sudor, las lágrimas y los utensilios sucios no transmiten el VIH/SIDA. Ni por estornudos. Aunque estas secreciones contengan el virus, éste no existe en cantidades suficientes como para infectarte (CONASIDA, 2001).

Del mismo modo tampoco se transmite por picaduras de mosquitos ni de otros insectos. El virus del SIDA no puede vivir dentro de un mosquito y no se transmite a través de las glándulas salivales de éste, como otras enfermedades tales como la malaria o la fiebre amarilla. Tampoco podrás infectarte por insectos como las chinches, las moscas, piojos, etc. Ni tampoco es transmitido por los animales domésticos ya que no son portadores del virus (CONASIDA, 2001).

Cuando se toman precauciones de higiene básica (como se menciona más adelante) el virus del SIDA no puede transmitirse por las agujas de acupuntura, los instrumentos de cuidados dentales, los utensilios de tatuaje, las perforaciones de las orejas, el instrumental de las barberías y peluquerías o el instrumental médico. Todos ellos deben ser estériles y de un sólo uso (SIDA, 1997).

No se conocen las respuestas, pero se cree que la infección por VIH no se puede contraer a través de un beso. "Los expertos no están completamente seguros de la transmisión de VIH a través de besos prolongados y apasionados. Aunque los científicos creen que hay una posibilidad remota de que esto ocurra, no se ha reportado ni un caso de transmisión del VIH por medio de un beso. La mayoría de los científicos están de acuerdo en que la transmisión del VIH a través de un beso es posible, pero es muy difícil que ocurra" (CONASIDA, 2001; p.15).

El virus del VIH/ SIDA no se transmite en ningún caso:

- Por darse la mano, abrazarse o besarse.
- Por lágrimas, sudor, tos, estornudos.
- Por la ropa, los muebles o por objetos de uso común.
- Por los alimentos, los vasos o los cubiertos, bebida o café en un bar.
- En las piscinas, en los juegos, en las instalaciones deportivas.
- Por compartir duchas, lavabos o W.C.
- Por dinero o monedas.
- En los lugares de trabajo y los establecimientos públicos.
- En los gimnasios.
- En reuniones de amigos.
- En los colegios, en las aulas, en los juegos escolares.
- Por ninguno de los objetos de uso común en la vida escolar (tizas, lápices, cuadernos, juguetes).
- En los lugares de transporte (autobuses, transportes públicos o taxis, trenes y aviones).
- En los hospitales o visita del médico.
- En salas de espectáculos.
- Al abrir las puertas.
- Con los contactos cotidianos.
- Teléfonos Públicos.

- Donando sangre (con materiales nuevos o esterilizados).
- Por picaduras de insectos.
- Por cuidar a personas con VIH/ SIDA.
- Cualquier circunstancia distinta a las tres causas enumeradas como vías de transmisión.

La falta de información no ayuda a enfrentarse con el VIH/SIDA, sólo genera rechazo hacia quienes lo padecen. Aislar a las personas afectadas no soluciona el problema (Amigos en Lucha contra el SIDA A. C., 2001). Por el contrario, si se les excluye, tenderán a alejarse del sistema sanitario y estarán menos informados y cuidados. El miedo a la exclusión y a la segregación puede inducirles a ocultar su condición de afectados por el VIH, lo que puede incrementar las probabilidades de transmisión del virus. Un clima de respeto, de comprensión y solidaridad son, por tanto, requisitos imprescindibles para poder adoptar las medidas de prevención necesarias para evitar la transmisión del VIH y detener el SIDA.

1.6 Medidas o métodos de prevención.

Al igual que se conocen las vías de transmisión, también se conocen los medios para la prevención del VIH/SIDA. Cada vía de transmisión del VIH tiene su correspondiente medida de prevención.

> Medidas de Prevención de contagio por Vía Sexual.

“Para comprender como puede suceder el contagio de VIH por vía sexual, es importante saber que la transmisión del virus requiere: 1) Una cantidad suficiente de virus que pueda pasar de un cuerpo a otro. 2) Que el virus este protegido del medio ambiente dentro de una célula viva, que es su vehículo para pasar. 3) El camino por el cual transitan las células que contienen al virus, siendo el semen, los fluidos vaginales o la sangre estos posibles caminos. Y 4) Vías de entrada o de salida a través de heridas o bien de mucosas, las cuales aunque no tengan heridas, son permeables al virus y se localizan en la uretra del pene, en la vagina, el ano o el interior de la boca” (Velasco, 2000; p. 6).

Si falta alguno de estos elementos, no se puede producir la infección por vía sexual, y tampoco puede ocurrir si las vías de entrada se encuentran bloqueadas por algún tipo de pared que las cubra. Así pues, para evitar el contagio podemos utilizar diversas estrategias:

1. La abstinencia sexual. es decir el no tener ningún tipo de contacto sexual con ninguna otra persona. Esta estrategia puede ser útil para algunas personas que consideran que la sexualidad es algo que no pueden realizar mas por vivir con el virus del SIDA. Tiene la ventaja de que no implica costos adicionales y de que es efectiva para impedir la transmisión sexual del VIH. La desventaja de esta opción son los altos costos emocionales y en términos de relación que implica y, sobre todo, SU ALTO INDICE DE FALLAS, ya que mucha gente que opta por la abstinencia, en condiciones de alcohol o de encuentro afectivo intenso y por cuestiones de género y poder, olvida su propuesta y accede a practicas sexuales desprotegidas.

Por ello, aunque se haya optado en primera instancia por la abstinencia, toda persona debe conocer los métodos de sexo protegido y sexo seguro.

2. *La monogamia*, esta puede ser una opción para dos personas que no están infectadas, para ambos, la pareja será el único compañero sexual del otro. Si alguno opta por esta medida de protección, debe de estar seguro de que su pareja también la llevara a cabo, ya que si uno de los dos no practica esta medida no servirá de protección.

3. *El autoerotismo*, es decir caricias que nos proporcionamos a nosotros mismos y que pueden ser acompañadas de estímulos visuales, verbales o de la fantasía para producir excitación u orgasmo. Podemos en estos casos utilizar diversos juguetes sexuales que van desde los dildos, hasta muñecos y muñecas inflables. Obviamente es muy importante para disfrutar de estas opciones, recuperar el sentido lúdico que posee nuestra sexualidad. Una de las ventajas de esta medida es que no hay intercambio de fluidos por ningún motivo.

4. *El llamado Sexo Seguro* que consiste en todas aquellas técnicas para compartir estímulos táctiles, visuales, auditivos y olfativos con una o varias parejas sexuales en las cuales se evita la penetración del pene en otro cuerpo y se evita asimismo el intercambio de fluidos corporales entre un cuerpo y otro (por ejemplo; cybersexo, llamadas telefónicas, cassettes, revistas, películas, etc). Esto incluye caricias de todo tipo, salvo aquellas en que se introduzcan dedos o el pene en cavidades corporales como el ano, la vagina o la boca sin protección.

5. *El llamado sexo protegido*, que consiste en aquellas practicas en las que hay penetración del pene en el cuerpo de otra persona, evitando a través del uso correcto de barreras, como el condón masculino y femenino, el kleen pack o los cuadros y dedales de látex, para evitar que los fluidos corporales lleguen a alguna herida o mucosa.

A partir de lo mencionado anteriormente, Velasco Morales (2000) plantea los siguientes cuatro principios de una Vida Erótica Protegida, que definió como: "El conjunto de actitudes, conocimientos y practicas que nos permiten el ejercicio de nuestro deseo sexual y la obtención del placer, disminuyendo al máximo posible el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, así como evitar embarazos no deseados o no planeados" (p.6).

Estos elementos de Vida Erótica Protegida son los siguientes:

a) Considerar que en toda relación sexual nos involucramos Personas con igual dignidad humana y responsabilidad. Esto quiere decir que somos mutuamente responsables de protegernos de infecciones y (o) reinfecciones, así como de decidir cuando, como, porque y para que decidimos tener relaciones sexuales. Al mismo tiempo que somos mutuamente responsables. Cada uno somos Responsables de Nuestra Protección.

b) Aprender a Desgenitalizar el ejercicio de nuestra sexualidad, es decir retomar lo que hemos dicho acerca de que, en la búsqueda del placer sexual podemos utilizar todo nuestro cuerpo, nuestra imaginación y podemos incorporar juguetes, sonidos, sabores y demás elementos que hagan que nuestro placer no se concentre solo en la penetración del pene en la vagina, el ano o la boca, sino que consideremos posibilidades de tener comportamientos sexuales diversos para obtener placer sexual.

c) Para ejercer la sexualidad con penetración (coito), podemos aprender a utilizar instrumentos y técnicas que reducen el riesgo e incrementan el placer. Entre estos instrumentos se encuentra el condón. Es importante insistir en que el condón es un instrumento y no un amuleto que cambie las características sexuales o morales de las personas que lo usan. Es decir, una

persona que usa un condón no se vuelve promiscuo por usarlo, ni se vuelve homosexual. Recordémosle que el usuario del condón debe siempre practicar antes de llevarlo a cabo con su pareja, a fin de dominar la técnica de uso correcto (Velasco, 2000).

Existe ya un Condón Femenino, que potencialmente tiene tantas o más ventajas que el masculino y puede ahorrar a las mujeres el problema de negociar el uso del mismo si sus parejas no lo desean. Su ventaja es el poder de decisión y la autoprotección.

d) Practicar una Protección Mutua Universal, lo cual significa que se deben evitar la posibilidad de reinfecciones y de propagar la infección; es decir, evitar ser infectado o en su caso seguir infectando (si se tiene VIH/SIDA). Como no podemos andar informando a todos si somos seropositivos, ni podemos tomar exámenes a todos, lo mejor es que las practicas de protección las utilicemos con todo mundo por igual, en especial en nuestra vida sexual o cuando se implique contacto con sangre, como en cirugías o tratamientos de belleza (Velasco, 2000).

➤ Métodos de prevención de contagio de VIH/ SIDA por vía sexual.

1.- EL CONDÓN MASCULINO.

El condón de látex es una barrera mecánica para evitar la transmisión del VIH durante la relación sexual. Los condones de látex, para recibir la autorización de venta, se revisan electrónicamente. Si un electrón no puede pasar, menos lo hará un virus que es millones de veces más grande.

El condón tiene una eficacia mayor al 95% cuando se usa correcta y consistentemente, es decir, en todas nuestras prácticas sexuales. Esto se debe a que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana mide 100 nanómetros. Mientras que los espacios intramoleculares de un condón de látex nunca exceden a 25 nanómetros, aunque la norma oficial acepta hasta 40 nanómetros, por lo que al virus con una dimensión del doble o el cuádruple le es imposible atravesar el condón. Mucho más difícil le es atravesarlo a un espermatozoide cuya medida es de 3000 nanómetros.

Para usar correctamente el condón, deben seguirse los siguientes pasos:

- Lo primero es comprobar su fecha de caducidad, que los fabricantes estiman en 5 años. Sin embargo, para mayor seguridad, se recomienda que se usen los condones sólo 3 años después de su fabricación. Para ello, si tiene la palabra EXP, deben restarse 2 años. Otras veces el empaque del condón indica la fecha de fabricación, precedida de las letras MFD o MFG, a esta fecha deben agregarse tres años de vigencia.
- Después se debe cerciorar que el empaque conserve aire en su interior, es decir, que la bolsita se sienta como un globito cuadrado lleno de aire; si se aplasta es señal de que el aire ha escapado por algún lado, por el mismo lugar por donde seguramente ya entraron bacterias y suciedad, además de ozono, que destruye el látex. En ese caso el preservativo debe desecharse.
- El empaque del condón debe ser abierto con la yema de los dedos, pues es posible que si se hace con las uñas, el preservativo se rompa o perforo, dejándolo inservible. La mayor

parte de los condones traen en el empaque unas muescas en las orillas, que señalan el lugar donde debe hacerse la apertura.

- Hay condones lubricados y no lubricados. Los lubricados se sienten húmedos. Algunos tienen, además del lubricante, un detergente suave que mata a los espermatozoides y los virus contenidos en el espermia, el más usado en los condones es el Nonoxinol 9.
- En el extremo del condón, que corresponde a la punta del pene, hay una pequeña bolsita, que tiene como objeto ser el recipiente del semen. Antes de usar el condón debe extraerse el aire de esa protuberancia para evitar que lo rompa, oprimiendo la bolsita suavemente con los dedos. Una gota de lubricante en el interior del condón puede aumentar el placer de usarlo.
- El condón aun sin desenrollar debe colocarse sobre la cabeza del pene erecto y desenrollarse a medida que éste se va cubriendo. No debe desenrollarse antes porque un condón desplegado es fácil de romperse al colocarlo.
- El condón debe colocarse en el sentido en que se desenrolla, algunas personas lo colocan por el lado equivocado y después tienen que voltearlo para poderlo desenrollar, pero para ese momento el condón pudo haberse contaminado de líquido preseminal que también es capaz de transmitir el virus; si esto sucede el condón debe desecharse.
- Para facilitar la penetración, sobre todo anal y en mujeres que lubrican escasamente cuando el condón ya está colocado en el pene, es recomendable usar abundantemente algún lubricante, que debe ser a base de agua como el KY, Lubrizal o Lubrigel; nunca deben usarse aceites para bebé, petrolatos, ni ninguna otra grasa porque destruyen el preservativo.
- Hay que recordar que el pene erecto tiene un tamaño mayor que en estado de flaccidez. Por tanto, si esperamos a que se pierda la erección para sacarlo del ano o la vagina, es probable que el semen se haya dispersado por la cavidad cuando intentemos sacarlo, con el riesgo de infección y/o embarazo que conlleva. Para evitarlo, no debe esperarse a perder la erección para salirse de la pareja. Una vez que se ha producido la eyacuación, si así se decidió, se toma la base del condón apretando contra la base del pene, para que no se derrame y se jala hacia fuera del ano o la vagina. Una vez afuera, se jala el condón cuidando de no derramar el semen.
- Una vez retirado el condón, el extremo abierto debe amarrarse para evitar que el contenido se salga. O depositarse abierto en la basura donde nadie lo toque antes de 10 horas.
- Los condones deben usarse solamente una vez.
- No se deben guardar los condones en lugares donde estén expuestos a la luz o el calor excesivo, ni transportarse en lugares apretados como los bolsillos de los pantalones o en la cartera, se puede romper la envoltura (Velasco, 2000; Amigos contra el SIDA A. C., 2001; Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA A. C., 2000; CONASIDA, 2001).

2.- EL CONDON FEMENINO

El condón femenino esta hecho de poliuretano, lo que lo hace más resistente que el de látex. Este es más ancho y de textura más gruesa. Tiene la forma aproximada de un condón masculino desenrollado totalmente, con dos arillos de plástico. Para colocarlo, el anillo más pequeño y flexible, se aprieta y se dobla formando un 8, lo cual lo hace más angosto para introducirlo así doblado hasta el fondo de la vagina. Entonces se suelta y se queda sostenido contra el fondo vaginal. El mayor de los anillos queda fuera de la vagina y a través de él pasa el pene.

“Debe tenerse cuidado de que al penetrar, realmente el pene entre al condón femenino, pues si no se tiene cuidado, se corre el riesgo de que se introduzca entre el condón y la pared vaginal y, en este caso no hay protección” (Velasco, 2001; p. 8).

Inmediatamente después de la relación sexual, debe de sacarse el condón girando suavemente el aro externo y jalando el condón hacia fuera, asegurándose de que no se derrame el semen. Finalmente el condón debe ser desechado de una manera segura. Para otra relación sexual se debe usar un nuevo condón.

El condón femenino es relativamente nuevo y no está disponible en nuestro país. Cuesta mucho más que un condón masculino.” Los fabricantes recomiendan que se utilice un nuevo condón femenino por cada relación sexual. Sin embargo, algunas mujeres informan que han reutilizado el condón después de lavarlo y volverlo a lubricar” (Rodríguez, 1997-1998; p.17). Esta última practica no se puede recomendar como segura, ya que no hay suficiente información al respecto que la sustente.

3.- EL KLEEN PACK.

Esta es una película plástica que se utiliza para envolver alimentos. Y es muy eficaz para tener prácticas protegidas de sexo oral, ya sea *annilingus* o *cunnilingus* . Para hacerlo, se debe “envolver” con esa película la vagina o el ano de la persona a la que se desea acariciar con la lengua.

“La película viene en tiras de varios metros, de las cuales se corta la cantidad que se calcula puede ser suficiente para cubrir por encima la zona a acariciar y se coloca encima de ella. Puede añadirse alguna gelatina de sabor o crema, a fin de hacerlo mas apetecible”(Velasco Morales,2000; p. 8).

➤ Medidas de prevención de contagio por Via Sanguínea.

- Si uno mismo o un familiar requiere de transfusión de sangre o sus derivados, así como el trasplante de órganos y tejidos siempre se deberá exigir que sean examinados. En el caso de la sangre el empaque que la contiene debe tener la etiqueta que garantiza ser sangre segura, exige que está tenga una etiqueta con la leyenda VIH-NEGATIVO; en México por ley, a partir de 1986, toda la sangre para transfusión se le somete a la prueba de detección, y si resulta positiva, o sea que se detecto en ella la presencia del virus, es desechada.

- Todas las heridas debemos limpiarlas y desinfectarlas perfectamente, después cubrir las para evitar el contacto con la sangre de otras personas. En un accidente en el que necesitemos limpiar sangre salpicada ya sea en el piso o en cualquier objeto, debemos tomar medidas de precaución. Limpiar todo el lugar con agua y jabón y después con agua y cloro.

- Nunca tocar directamente con las manos la sangre y los residuos. Hay que protegernos con guantes o con bolsas de plástico que no estén perforadas.

- Tener mucho cuidado con los restos punzo cortantes como los vidrios de botellas o vasos rotos, restos filosos de latas de cerveza o refresco, navajas, etc.

- Al asistir al doctor o al dentista, verificar que ocupe material nuevo y desechable, además, hay que preguntar la forma en que esteriliza su equipo.

- Al usar agujas y jeringas para inyecciones, material para canalizar sueros y transfusiones de sangre debemos exigir que sean nuevos y esterilizados y pedir que sean abiertos de su empaque original frente a nuestros ojos. Su uso deberá ser para una sola vez y en forma estrictamente personal.

- Las agujas para la perforación y colocación de aretes, para tatuajes y de acupuntura, las navajas, tijeras y pinzas para el cuidado y extracción de uñas; así como el material dental y quirúrgico, debemos exigir que estén perfectamente esterilizados.

- Es muy importante no compartir los objetos de higiene personal que puedan estar en contacto con sangre contaminada, tales como cepillos de dientes, rasuradoras, cortaúñas y termómetros clínicos.

- En los consultorios de atención ginecológica y de planeación familiar no se ha considerado como riesgo, pero debemos observar que tanto en una exploración vaginal así como en la colocación de un dispositivo intrauterino se tiene contacto con las secreciones vaginales y el sangrado menstrual, por tal motivo, no esta por demás tomar precauciones y exigir que el doctor siempre utilice guantes nuevos y que todo el material a utilizar este perfectamente esterilizado (Sector Salud/ CONASIDA, Grupo de apoyo gráfico para la prevención del SIDA, 2001).

➤ Medidas de prevención de contagio por Via Perinatal.

Las madres portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana tienen, aproximadamente, en uno de cada cuatro o cinco casos, la probabilidad de que su hijo/a nazca con VIH, por lo cual:

- Las mujeres infectadas deben utilizar otros métodos anticonceptivos para evitar el embarazo, además del preservativo y las madres portadoras no deben de dar el pecho a su hijo/a.

- La embarazada seropositiva debe recibir asesoría muy completa sobre los riesgos que corren ella y su futuro hijo, de manera que pueda tomar decisiones conscientes e informadas. En México, actualmente existe un medicamento que administrado a la madre durante el embarazo, reduce en forma importante la posibilidad de que el bebé nazca infectado.

- Si una pareja desea tener un hijo se recomienda que ambos se sometan a la prueba del VIH/ SIDA, si alguno o ambos resultan seropositivos, deberán valorar con su médico los riesgos que implica un embarazo y estar conscientes de la responsabilidad que asumen al poder infectar con VIH al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia.

- Si una madre no puede amamantar a su bebé y desea que otra mujer lo haga por ella, deberán estar seguros de que la nodriza que amamantara al bebé no este infectada por VIH porque puede infectar al bebé a través de la leche materna (ONUSIDA, 2001; Grupo de apoyo gráfico para la prevención del SIDA, 2001).

Algunas personas con información incorrecta, consideran que la medida más segura para evitar la transmisión del VIH/SIDA es apartar a las personas afectadas por el VIH de los colegios, de los hospitales, del barrio, de la vida cotidiana, etc. Esta idea no es sólo errónea sino contraproducente y puede volverse en contra de las mismas personas que discriminan o segregan, porque esta actitud, en lugar de atajar la enfermedad, facilita la transmisión del VIH/SIDA de una forma más descontrolada.

Con actitudes responsables, activas y positivas todos podemos contribuir a prevenir la infección por VIH/SIDA. El SIDA no es un problema de determinados grupos en riesgo: es un problema de todos. Su prevención depende del comportamiento de cada uno de nosotros. La información es un arma contra el VIH/SIDA, al igual que la comprensión y la solidaridad con los afectados. Vencer la epidemia de SIDA depende sobre todo de la adopción de las medidas de prevención que evitan la transmisión del VIH.

1.7 Creencias acerca del origen y propagación del SIDA.

El conocimiento sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha sido fuertemente influido por una serie de creencias y actitudes un tanto equivocadas, relacionadas principalmente con el hecho de que el virus que lo origina (VIH) es transmitido, entre otras formas, por la vía sexual y porque inicialmente las víctimas en el mundo occidental fueron los grupos homosexuales. Estas dos características, principalmente, parecen haber llevado a reacciones de miedo y confusión frente a las formas de contagio que son conductas tan antiguas como la humanidad misma. Sin embargo, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) "... siempre inspiran miedo al contagio fácil y provocan curiosas fantasías de transmisión por vías no sexuales en lugares públicos" (Sontag, 1989; Díaz Loving, 1999; p. 43). Además, el hecho de que el VIH/SIDA apareciera primeramente en los grupos mencionados, ha llevado a reacciones de hostilidad hacia personas con una orientación homosexual y a que todas las víctimas de VIH/SIDA se les considere pertenecientes a este grupo. Esta situación es aún más alarmante considerando que en América Latina, los indicadores epidemiológicos señalan que la distribución de casos está aumentando en poblaciones heterosexuales, sobre todo en mujeres cuya pareja es bisexual o utiliza drogas intravenosas (Preciado y Montesinos, 1992). De este modo, el conocimiento sobre esta enfermedad parece estar muy enlazado con ciertas creencias equivocadas (Díaz Loving, 1999).

Lo cierto es que desde que se dieron a conocer públicamente los primeros casos de VIH/SIDA, se han especulado infinidad de cosas acerca de su origen como las siguientes:

- "El SIDA vino de los monos verdes, los humanos se infectaron por comer sesos crudos de monos.
- Expertos dicen: El SIDA fue causado por la radiación de la prueba nuclear francesa en el desierto del Sahara.
- El VIH fue creado por científicos soviéticos mientras probaban una nueva arma biológica.
- El SIDA es un complot de la CIA.
- El SIDA empezó en África ... por turistas blancos.
- Los soldados de los E. U. fueron los primeros en tener el VIH por tener relaciones... con changos vietnamitas.
- Sexo y drogas entre homosexuales causan el SIDA" (CONASIDA, 2001; pp. 24,25).

Según Pepitone (1991), las creencias son conceptos normativos creados y fuertemente enraizados en grupos culturales, por lo que es difícil cambiarlas por medio de las estrategias planteadas tradicionalmente para el cambio de actitudes. Al ser "...estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa, incluyendo cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida" (p. 63).

Jodelet (1986) agrega que la creencia es un saber transmitido por los grupos ideológicos con los cuales interactúa el individuo, que las acredita y las considera verdaderas. Por esto las creencias dependen de factores culturales, históricos, individuales y ecológicos. Las creencias tienen una coherencia interna por medio de una lógica que organiza enunciados inverificables y forman parte del concepto de representación social, que involucra a una imagen conteniendo significados que permiten a los individuos o grupos interpretar y clasificar circunstancias. Son sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede e incluso, dar sentido a lo inesperado (Díaz Loving, 1999).

Por su parte, Fishbein (1990) indica que las creencias son precedentes de las actitudes. Afirma que las creencias son la información que se tiene acerca del objeto psicológico, esta información proviene de otros individuos, de la experiencia directa o de las inferencias que los individuos hacen acerca del objeto.

Las creencias son notoriamente resistentes al cambio, por lo que es difícil modificarlas por medio de las estrategias planteadas tradicionalmente para el cambio de actitudes. Las creencias difieren del conocimiento por su componente evaluativo y por tener varias funciones psicológicas: proporcionar apoyo emocional, control cognoscitivo, regulación moral y una identidad grupal. Así todo conocimiento es acompañado de un cúmulo de creencias pero no todas las creencias proporcionan conocimiento.

"Las creencias pueden ser, con respecto a la realidad objetiva; verdaderas o falsas. A las primeras comúnmente se les denominará conocimiento ya que se da por hecho o se cuenta con la base de que pueden ser verificables. Por el contrario las segundas carecen de verificación, en su mayoría son construcciones transmitidas de persona a persona, generalizaciones que se formaron "de oídas" o a través de la interpretación muy personal y circunstancial de la persona que las elabora y que le permiten interpretar el mundo que lo rodea" (Ruiz, 2000; p.20).

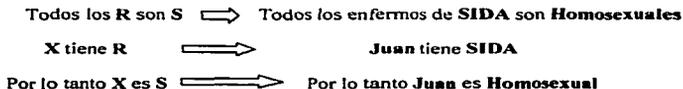
Uno de los intereses psicológicos sobre el estudio de las creencias es el hecho de que uno puede creer sin tener bases empíricas, incluso uno puede seguir creyendo cuando hay evidencias opuestas a la creencia. La importancia es ver las diferencias entre lo que cree la gente y como se forman estas creencias grupal y culturalmente.

Fishbein y Azjen (1990, citado en Ruiz, 2000) establecen tres tipos de formación de creencias:

1.- Creencias Descriptivas. Una persona puede percibir por medio de alguno de sus sentidos que un objeto dado tiene un cierto atributo, es así que en este tipo de creencias se forman en base a las experiencias que se tienen con el objeto, de tal suerte que pretenden describirlo.

2.- Creencias Inferenciales. En este tipo hacemos deducciones a través de las relaciones sobre el objeto fuente de la creencia que permiten ir más allá de las relaciones directamente observables. Estas pueden darse básicamente en dos formas:

- a) El individuo puede usar relaciones previamente aprendidas. Por ejemplo: Las personas dedicadas a la prostitución son asumidas como inmorales.
- b) Por medio del uso de sistemas formales codificados: que se refieren a varias reglas de la lógica que contribuyen a la formación de creencias sobre algunos eventos, aunque de manera no razonada la mayoría de nuestras creencias son procesadas o generadas por una lógica de pensamiento, que nos permiten hacer construcciones con respecto a un objeto. Por ejemplo; una forma de razonamiento común es el silogismo:



3.- Creencias Informacionales. Frecuentemente aceptamos información sobre algún objeto proveniente de fuentes externas (periódicos, libros, revistas, radio, televisión, amigos, parientes, compañeros de trabajo, etc.). La información provista de una fuente externa permitirá la formación de creencias descriptivas pero que no parten de la experiencia directa, más bien de dar por verdadera la información que otros nos dan .

Este tipo de creencia va a adquirir mayor importancia dependiendo de la credibilidad de la fuente, es decir de lo importante que resulte la opinión emitida por alguien y lo veraz que lo considere el sujeto y contribuirán a formar su norma subjetiva.

Como podemos ver, las creencias pueden clasificarse en diversas categorías. A continuación, presentamos la clasificación realizada por Pepitone (1991), pero para efectos de la presente investigación retomaremos solo algunas por considerarlas de importancia con respecto al VIH/SIDA:

- ✓ Creencias morales. Están estrechamente ligadas con la noción de justicia que engloba diferentes aspectos, la equidad social, la distribución de recursos, el aliviar el sufrimiento, la justicia, etc. Y esencialmente subyace la valoración sobre recompensa y castigo.
- ✓ Creencias religiosas. Están fuertemente relacionadas con las creencias de control de eventos que suceden en la vida, el destino y el orden divino.

- ✓ Creencias psicológicas. Se refieren a procesos mentales o estructuras de uno mismo o de otros que determinan o facilitan ciertos resultados. Fenómenos que se atribuyen como paranormales como la precognición o la telepatía o creencias sobre el control personal como la fuerza de voluntad o la mente sobre la materia.
- ✓ Creencias de contexto. Esta categoría se refiere a aquellas creencias que tienen que ver en su formación con el medio ambiente en donde se desarrolla el sujeto, ya sea su entorno social así como la información provenientes de fuentes externas; por ejemplo, lo que la gente cercana a él (familiares, amigos, autoridades) dice u opina sobre un determinado evento.

Las creencias se han hecho cada vez más especializadas, a fin de enfrentar sucesos de la vida cotidiana; por lo cual, también podrían ser consideradas como medio de protección emocional ante la realidad. Esto ha sucedido con fenómenos tales como las enfermedades, las cuales en muchos casos, como señala Sontag (1989), no han sido tratadas simplemente como lo que son, situación más marcada en el caso del VIH/SIDA por las características ya mencionadas. Así, aunque según la clasificación de Pepitone (1991) acerca de las creencias, aquellas relacionadas con la enfermedad inicialmente pueden ubicarse en la categoría natural-material, las referidas al VIH/SIDA parecen estar fuertemente enlazadas con ciertas creencias de tipo moral.

En lo que se refiere al contagio o propagación del VIH/ SIDA, han sido muchos los factores que han intervenido en lo que la gente cree acerca de ello; ya que las creencias difieren según la religión, la educación, la edad, la preferencia sexual o el status de la persona que las manifiesta. Algunas de dichas creencias son las siguientes:

- El VIH es transmitido por prostitutas.
- El VIH es una enfermedad exclusiva de homosexuales.
- El SIDA es un castigo de Dios para las personas con malos actos.
- Les da SIDA sólo a los adultos.
- Yo soy joven y no me puede dar.
- El SIDA le da a la gente pobre.
- No toques, veas o hables a la gente con SIDA que te puedes contagiar (entre otras).

El VIH/SIDA ha desafiado espacios públicos y privados de la vida humana. Aunque es un fenómeno nuevo como enfermedad, ha desatado reacciones tan antiguas como las que surgieron antes, con la peste, entendida ésta como una categoría cultural que refleja el desconocimiento o la amenaza de una enfermedad considerada irremediable. En este sentido, el buscar culpables y el marginar a un grupo por considerar que sus miembros son las víctimas únicas de la enfermedad o transmisores premeditados del mal, es una "solución" que pretende marginar, presuponiendo que esto acabará con la enfermedad. Por tanto, no es sorprendente que las creencias acerca del origen y propagación del VIH/SIDA estén fuertemente influidas por prejuicios.

Castro Pérez (1988) define al prejuicio como una actitud hostil hacia una persona que pertenece a un grupo, generada simplemente por su sola pertenencia a éste, pues se presume que comparte ciertas cualidades objetables. Consta de dos elementos básicos: una actitud negativa hacia alguien o del grupo al que pertenece. Señala que el prejuicio tiene una condición refractaria

a evidencias contrarias por lo que generalmente son las creencias las que se adaptan y amoldan a la actitud negativa.

Así, podemos decir que, el prejuicio es la valoración moral que hace una cultura, es producto del aprendizaje de las costumbres, creencias, valores y normas de los diferentes grupos e instituciones sociales. Los grupos de referencia influyen en el individuo por ser parte de sus sistema normativo que refleja las actitudes y normas de la sociedad en que vive.

El efecto final del prejuicio, así definido, es colocar al objeto del prejuicio en una situación de desventaja no merecida por su propia conducta, sino por poseer un atributo que lo identifica con un grupo.

Esto ha sucedido mucho con el VIH/SIDA y su asociación con ciertos grupos, particularmente desde el punto de vista de la moralidad, es decir, con un orden en el cual los buenos son premiados y los malos castigados. Dichas creencias están muy relacionadas con la "hipótesis del mundo justo" de Lerner (1980), según la cual, las personas tienden a atribuir cualidades morales a aquellos que han tenido experiencias deseables e indeseables. Benson y Ritter (1990) mencionan que las personas que sostienen esta creencia comúnmente también presentan actitudes tales como: autoritarismo, una orientación religiosa fundamentalista, creencia de que los pobres reciben lo que merecen y apoyo para mantener el *statu quo* sociopolítico, entre otras.

Al respecto, algunos resultados de la investigación internacional parecen apoyar la relación entre el VIH/SIDA y las creencias morales. Se ha encontrado que personas heterosexuales, así como aquellas con pocos conocimientos sobre VIH/SIDA, reportan un alto porcentaje de actitudes negativas hacia los grupos de homosexuales y prostitutas (Pryor, Reeder, Vinacco y Kott, 1989 y Sheehan, Lennon y McDevitt, 1989). Kegeles, Coates, Christopher y Lazarus (1989) han denominado a este tipo de confusiones "estigma relacionado con el SIDA", el cual puede llevar a que las verdaderas prácticas de riesgo no sean reconocidas, mientras que otras sean falsamente consideradas como foco de infección.

La situación en México no es mejor. Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda (1989) en una revisión de estudios realizados en 1987 con diferentes grupos, reportan que la población general y las personas dedicadas a la prostitución tenían menos conocimientos que los estudiantes, el personal de salud y los homosexuales. A pesar de estas diferencias, es preocupante que en todos estos grupos, aunque existían actitudes de solidaridad y preocupación para con los enfermos de VIH/SIDA, altos porcentajes de personas se pronunciaron por su aislamiento. "La población general, los y las estudiantes y el personal de salud consideraron entre un 40 y un 60% que el VIH/SIDA es una enfermedad de homosexuales, mientras que éstos y las prostitutas consideraron en mucho mayor porcentaje que era una enfermedad que podía atacar a cualquiera" (Díaz Loving, 1999; pp. 45,46).

Aunque la enfermedad se inicia en grupos de homosexuales, el virus se ha desplazado a la población heterosexual. Por ello se hace necesario proporcionar mayor información para evitar el miedo respecto a los grupos de homosexuales y prostitutas, ya que esto origina conductas de riesgo por parte de otros grupos y provoca homofobia (Martínez García, León Rubio, 1987; Hamilton, 1988, González, 1990, López, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Janz y Becker (1984) reportan que los hombres y mujeres homosexuales y bisexuales están mejor informados acerca del VIH/SIDA y son más susceptibles de cambiar sus conductas de riesgo, que los heterosexuales, ya que si bien perciben el VIH/SIDA como un problema penetrante no se sienten vulnerables ante él e incurrir en prácticas riesgosas. Así a mayor negación de la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA, mayor amenaza de contagio.

También se ha visto que quien a pesar de tener un conocimiento exacto de los mecanismos de contagio realiza una subvaloración del riesgo que corre y no adopta las medidas preventivas correctas. Ante estas conductas de riesgo, se llevaron a cabo varios estudios sobre la atribución de responsabilidad, que revelaron sesgos en el proceso cognoscitivo, especialmente al seleccionar información disponible y al atribuir la responsabilidad del contagio, lo cual puede afectar la motivación para adoptar conductas preventivas. Al mismo tiempo se ha visto que la responsabilidad de la infección no se relaciona con el número de parejas sexuales (Díaz Loving, 1992).

Al principio de la epidemia del VIH/SIDA, mucha gente sentía poca compasión por los enfermos. La opinión general era que esas personas y aquellas que pertenecían a ciertos grupos se merecían la enfermedad.

Parece que la gente tiene puntos de vista irreales sobre sí mismo y percepciones exageradas sobre el control personal, por lo que tiende a ser irrealmente optimista sobre el futuro y a creer que su salud corre menos riesgos que la de los demás. Aunque las personas tienen conocimientos sobre VIH y SIDA, poseen prejuicios que los llevan a estigmatizar a los enfermos de SIDA, mencionando que son personas con múltiples parejas sexuales o que tienen una vida no "sana". Los heterosexuales aun sabiendo que se está incrementando el riesgo, no se sienten motivados para imprimir cambios a su conducta (Bowwnes; Gorman; Dinsmore, 1990; López, 2000, p. 17); Bayes (1989) menciona que para provocar un cambio conductual la propagación de conocimientos es necesaria pero no suficiente.

La creencia más generalizada sobre el origen del VIH/SIDA es la que resulta de la pérdida de valores, como la responsabilidad, la higiene y la vida moral, así como de relaciones con prostitutas y múltiples parejas sexuales. La gente cree que el VIH/SIDA ataca a los que tienen mala suerte, poca inteligencia y conductas no aceptadas, como exceso de sexo y perversión sexual, pues trastocan ciertos valores y son castigados por la iglesia y Dios (Ramos Lira, 1992; López y Villagrán, 1994).

Sin embargo, es hora de abandonar esa posición, todos estamos expuestos a contraer la enfermedad, está comprobado que ha afectado enormemente a amas de casa y niños.

La batalla de los científicos y de la sociedad mundial en general es contra el VIH/SIDA y no contra determinados grupos de personas. El país tiene que enfrentarse a esta epidemia como una sociedad madura y unida. Debemos evitar una mayor propagación del VIH/SIDA y al mismo tiempo debemos elevar nuestro sentido humanitario. Todo ciudadano tienen la responsabilidad de estar bien informado y tomar las medidas preventivas apropiadas; su propagación puede y debe ser detenida (CONASIDA, 2001).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.8 Percepción de riesgo de contagio de VIH/ SIDA.

Desde el inicio de la epidemia, los estudios epidemiológicos muestran que la población contagiada ha aumentado alarmantemente. "En México, el 80% de los casos se deben a transmisión por vía sexual, además, la mayor incidencia de casos de VIH/SIDA queda comprendida en grupos que van de 15 a 44 años de edad" (CONASIDA, 2001; p. 31). Dichos porcentajes se deben a diversas causas y entre ellas están la ignorancia y el hecho de que ciertas personas no se perciben en riesgo de contraer el VIH/ SIDA o alguna otra enfermedad de transmisión sexual.

La percepción es un proceso por el cual una persona interpreta estímulos sensoriales. Los procesos sensoriales simplemente informan acerca de los estímulos ambientales; la percepción traduce estos mensajes sensoriales en forma comprensible (Witting, 1983).

La percepción es un proceso cognoscitivo modular en la adquisición del conocimiento. Con ello se vincula el aprendizaje y el pensamiento que sirve como mediador entre la realidad física, objetiva, y la reacción de un individuo (Forgus, 1975; Moscovici, 1988). El riesgo, por otra parte, es la probabilidad de algún evento futuro, en el cual la certeza de un resultado determinado es desconocida. Para estimar el riesgo personal real, los individuos necesitan algún estándar respecto del cual evaluar su oportunidad de ser afectado por un evento particular (Clarke, 1985).

La percepción de riesgo es quizá el más sobresaliente rasgo psicodinámico que encabeza los modelos de conducta saludable (Prohaska, 1990) y en el VIH/SIDA la acertividad de la percepción de la enfermedad desempeña un papel fundamental.

La percepción parece ser en gran parte función de la experiencia, es decir, una característica aprendida del comportamiento. "Existen evidencias que indican que un sujeto cuya experiencia perceptiva se restringe o elimina, será incapaz de desarrollar reacciones perceptivas normales. Además, el sujeto que no puede, o a quien se le impide interactuar con los estímulos ambientales, no mostrará un desarrollo perceptivo normal" (Gómez, 1994; p. 32).

Dos clases de factores influyen en la percepción de señales externas (estímulos) y señales internas (factores personales). Tanto las señales externas como las internas afectan la manera como una persona atiende a los estímulos. Es necesario poner un mínimo de atención a un estímulo para que se dé la percepción (Witting, 1983).

Jonson y Tversky (citado en Kleinhesselink, 1991) mencionan que dentro de la percepción de riesgo, se tiene una representación cognoscitiva de los riesgos en la cual se ha enfatizado el uso de escalas psicofísicas y procesos multivariados (especialmente del factor de análisis) para crear mapas cognoscitivos de riesgo cuantificados. Según Kleinhesselink (1991), a través de diversos estudios se ha observado que la percepción de riesgo se basa sistemáticamente en que las personas asocian los riesgos con la infrecuencia, catástrofe y actividades involuntarias más que con la frecuencia, la familiaridad y los sucesos voluntarios; y además enfatizan más las características cualitativas de los riesgos que las características cuantitativas (Díaz Loving, 1999).

Por otro lado, Prohaska (1990) menciona que las percepciones de riesgo se derivan de sistemas de creencias que justifican y refuerzan la conducta socialmente sancionada; además, en

las diferentes culturas, en diferentes grupos sociales se alerta sobre algunos riesgos, con el fin de mantener el control de la cultura o del grupo.

De esta manera, podríamos considerar que la percepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA es la conciencia de riesgo de contagio, protección contra el VIH/SIDA y precauciones para no adquirir la enfermedad.

Debido a lo anterior, los y las adolescentes se convierten en un grupo con patrones conductuales de riesgo potencial de adquirir la infección por VIH, ya que se inician a una vida sexual activa sin mucha información, y posiblemente tienen patrones sexuales y de falta de prevención que los ponen en riesgo de adquirir la infección (Sepúlveda, Valdespino, Juárez y Mondragón, 1989).

"Struning y Hingson (1987) realizaron un estudio en adolescentes que mostró que un 54% de éstos no se hallaban preocupados por la posibilidad de contraer la enfermedad, lo que concuerda con lo encontrado por Price y cols. (1985), quienes reportaron que un 73% de los preparatorianos estudiados no se sentían preocupados por esto. Asimismo, DiClemente y cols. (1987) señalaron que, aunque un 79% de los estudiantes temían contagiarse de VIH/SIDA, un porcentaje menor (67%) estaba realmente preocupado por el contagio. Además, el 61% se percibió con pocas posibilidades de contagiarse de VIH/SIDA. Los sujetos que obtuvieron puntajes debajo de la mediana para el número total de respuestas correctas en cuanto a conocimientos, tuvieron más del doble de probabilidad de percibirse como muy susceptibles al contagio de SIDA" (Díaz Loving, 1999; p.96).

Alfaro (1991) realizó un estudio con adolescentes de nivel medio superior y encontró que los y las adolescentes no se perciben a sí mismos en riesgo de adquirir la infección por VIH, por lo cual no realizan consistentemente prácticas preventivas e incluso, recurren a prácticas sexuales con alto riesgo de transmisión de esta enfermedad.

Lewis (citado en Mason, Olson y Parish, 1988) menciona al respecto, que la toma de decisiones en los y las adolescentes está basada en las consecuencias inmediatas que se pueden producir por la ejecución de conductas; asimismo, tienen dificultad para entender las consecuencias negativas personales a largo plazo cuando realizan conductas de riesgo, es decir, los adolescentes niegan la posibilidad de daño personal y adoptan una posición de invulnerabilidad.

Hamilton (1988) en un estudio sobre percepción de riesgo encontró que el VIH/SIDA es descrito como una enfermedad de homosexuales, ya que la mayoría de los estudiantes reportó que este grupo era el que tenía mayor riesgo de adquirir el virus y no los demás grupos, incluyéndose ellos mismos.

Entre los factores psicosociales relacionados con las conductas de riesgo, se encuentran la autopercepción de riesgo, ya que se espera que las personas que se perciben en riesgo de contagio llevarán a cabo prácticas sexuales de bajo riesgo; desafortunadamente diversos estudios realizados con estudiantes encuentran que la mayoría no se siente en riesgo de enfermar; ya que evalúan sus posibilidades de adquirir el VIH como muy bajas, sin embargo, la percepción de riesgo que tienen de otros grupos en los cuales ellos no se incluyen es alta (CONASIDA, 1989; Díaz y Rivera, 1992; Sepúlveda, 1989; Villagrán y Díaz, 1992; Díaz Loving, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por su parte, Lawrence Gree (CONASIDA, 1989) menciona que si existiera una autopercepción alta de riesgo de contraer SIDA, podría influir en la motivación al cambio; sin embargo, opina que todavía la mayoría de los jóvenes heterosexuales tienen una percepción muy baja de adquirir el VIH, por lo que difícilmente las campañas educativas para la prevención del SIDA tendrían algún efecto.

Otros estudios indican que el mayor riesgo de contraer VIH/SIDA se percibe en las personas que tienen más de una pareja, sin importar su orientación sexual; niveles medios de percepción de riesgo corresponden a grupos de personas que cuentan con una sola pareja. Los que se perciben en riesgo de contagio se mostraron más preocupados y con intenciones de cambiar alguna conducta y con más cambios que los de otros grupos.

La autopercepción de riesgo mayor se encontró en quienes tienen mayor número de parejas sexuales, quienes han debutado sexualmente a más temprana edad y quienes tienen una orientación homosexual y bisexual, a diferencia de los que tienen pocas parejas sexuales, debutaron sexualmente a mayor edad y tienen prácticas heterosexuales, los cuales se perciben en menor riesgo (Villagrán, 1994).

Para Prohaska (1990), es importante el estudio de la autopercepción o estimación del riesgo a llegar a enfermar, para entender porqué la gente sigue conductas que ponen en riesgo su salud y cuáles son los factores que motivan a la gente a adoptar medidas para evitarla.

A partir de las investigaciones anteriores, podemos observar que hablar de las cualidades de las características de los riesgos implica una gran complejidad; no obstante, la percepción de riesgo puede ser analizada bajo dos factores que influyen la estructura típica para una mejor claridad de la variabilidad de la percepción de riesgo: el primer factor es el miedo y el segundo la comprensión o incomprensión del riesgo.

Los datos anteriores también nos indican que los y las adolescentes están emitiendo conductas sexuales de riesgo de contagio de VIH; considerando que una solución biomédica aún no es factible para hacer frente a la epidemia; es necesario el estudio de factores psicosociales que puedan estar involucrados en la emisión de conductas sexuales preventivas en poblaciones con conductas de riesgo.

Otro de los factores relacionados al contagio de VIH/SIDA, es el miedo de adquirir la infección; ya que éste puede ser un motivante para llevar a cabo conductas preventivas. El miedo es una reacción emocional que se presenta ante una situación de peligro y que prepara al organismo para una posible defensa.

Asimismo, la presencia de expectativas de control en que las personas piensan que el riesgo de contagio de VIH/SIDA está determinado por la suerte o el destino, conlleva menor precaución y conductas de sexo seguro (Kelly, Lawrence y Brasfield, 1991).

Es posible postular también que una persona realiza conductas riesgosas por valorarlas y considerarlas excitantes, interesantes, originales, etc., mientras otras personas literalmente caen en riesgo al no considerar las consecuencias futuras de su conducta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es interesante señalar que también se ha encontrado que sujetos en estado de ansiedad o depresión son más susceptibles de realizar conductas de riesgo; esto parece ser debido a que durante estas etapas es más importante reducir la tensión estresante realizando una actividad contrarrestante como la de uso de drogas o la de tener relaciones sexuales aun cuando no se hayan tomado las precauciones necesarias para reducir el riesgo de contagio de VIH/SIDA (Quadland y Shattls, 1987).

Por otro lado, la gente llega a basar sus percepciones no solamente en el riesgo, sino también en una gran variedad de información que se tiene acerca de ellos. Jonson (1991) propone que la percepción de riesgo se basa en los siguientes aspectos:

- 1.- Surge la atención (Qué eventos capta la persona en el medio y le llaman la atención porque le resultan significativamente amenazantes).
- 2.- Estimación del riesgo (Qué tan grande es el riesgo).
- 3.- Evaluación del riesgo (Qué tan serio es el riesgo).
- 4.- Atribución de la causa y la culpa (Quién causa el riesgo y quién es el culpable de la atribución).
- 5.- El control del peligro (Cómo trata la persona de controlar el riesgo).
- 6.- Estrategia (Qué acciones elige la persona para conseguir un control sobre el riesgo) (Díaz y Rivera, 1992; Gómez, 1994; Díaz Loving, 1999).

El determinante es el reflejo de la influencia social y se refiere a la percepción del individuo sobre presiones sociales, esto es, la influencia de las personas importantes para él al creer que debería o no manifestar cierto comportamiento. También es importante la motivación del individuo para adaptarse y realizar cierta conducta (Fishbein, 1987).

Estos aspectos se ven fuertemente influenciados durante la adolescencia que puede ser un período difícil, por la incertidumbre, presiones de los compañeros y mensajes contradictorios. Los y las adolescentes se niegan a aceptar que pueden contraer una enfermedad sexualmente transmitida como es el caso del VIH/SIDA y de allí que continúen los tipos de comportamiento que entrañan alto riesgo (Reflexión Juvenil, invierno 1991).

Carentes no sólo de formación sino de información suficiente, inician sus relaciones sexuales sin la menor protección. Sus posibilidades son aquí y ahora o hasta la próxima oportunidad. Esto los hace aceptar el "aquí y ahora" sin medir las consecuencias, que en muchos casos se traducen en embarazos no deseados, matrimonios predestinados al fracaso, infecciones de transmisión sexual, etc. Hoy se suma un nuevo problema, el VIH/SIDA que se expande vertiginosamente.

Los varones, aunque pudieran encontrarse en mayor riesgo debido a que reportan tener más relaciones sexuales que las mujeres, se preocupan menos que ellas.

Los y las adolescentes difícilmente mantienen relaciones con una sola pareja sexual, por lo que están más expuestos a contraer el VIH/SIDA. Así mismo, en muchas ocasiones los y las

adolescentes no reciben la información adecuada sobre el VIH/ SIDA, debido a que sus familias no cuentan con la información o debido a que los prejuicios les impiden hablar abiertamente sobre sexualidad con sus hijos o hijas.

Si bien la vía sexual no es la única fuente de contagio, estadísticamente es la que está causando más víctimas, y los(as) adolescentes no permanecen al margen (CONASIDA, 1991).

Bayés (1989), apeándose a la perspectiva del análisis funcional de la conducta, considera que los individuos seguirán practicando un comportamiento riesgoso, a pesar de estar informados sobre el peligro, debido a los siguientes factores: el placer que se produce en forma inmediata, las consecuencias nocivas aparecen a largo plazo, no existe una cadena de hechos que vincule en forma definida el momento de la infección con una sintomatología y las consecuencias nocivas que se pueden derivar de un comportamiento de riesgo son sólo probables desconociéndose muchos factores específicos que incrementan o disminuyen el riesgo de que un episodio concreto produzca el contagio (Díaz Loving, 1999).

Se argumenta que "la percepción de riesgo debe ser entendida en términos de disposiciones de orientación, que implican rasgos de personalidad, aspectos de estructura social y prejuicios culturales" (López, 2000; p.23).

COMPORTAMIENTOS QUE PRESENTAN RIESGOS

(López Sánchez, 1995; p. 210)

Comportamiento sin riesgo	Comportamiento con poco riesgo	Comportamiento con gran riesgo
- Abstenerse de relaciones coitales de cualquier tipo.	- Usar siempre condón durante cualquier tipo de relaciones coitales.	- Usar drogas que inhiben el poder de decisión sobre los asuntos sexuales (incluido el alcohol).
- Relaciones coitales en una relación mutuamente monógama con una persona no infectada.	- Recibir transfusión de sangre "segura", en cualquier hospital.	- Relaciones coitales sin usar condón.
- Cualquier comportamiento donde no hay contacto con sangre, semen o secreciones vaginales (sexo seguro).	- Donar sangre donde utilizan agujas desechables.	- Compartir agujas para inyectarse drogas o para otros fines.
		- Contacto coital casual con una persona que esta infectada o tiene el SIDA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.9 Grupos de alto riesgo.

Un grupo de alto riesgo es aquel sector de la población que por razones laborales, sociales, físicas o por su conducta, tienen un riesgo mayor de estar en contacto con una enfermedad o condición de riesgo.

Dichos grupos, según el Dr. Olaiz (1988) son los siguientes:

a) **Hombres homosexuales.**

Aquellos hombres que han tenido relaciones homosexuales después de 1970. En especial los que han tenido muchos compañeros sexuales son los que tienen el mayor riesgo de infección por el VIH. Esto debido a que las membranas anales son muy sensibles y se hieren en la penetración.

b) **Personas que usan drogas intravenosas.**

En este grupo el riesgo más elevado es para aquellos que comparten agujas y jeringas para inyectarse.

También ocurre la infección cuando las jeringas y agujas son usadas repetidamente, sin tener una desinfección adecuada; como sucede en ciertas regiones de África.

c) **Personas que frecuentemente tienen "sexo casual".**

Las prácticas sexuales con personas desconocidas o casi desconocidas (sexo casual) son un riesgo muy importante para la transmisión del VIH.

d) **Prostitutas.**

La prostitución está relacionada con el virus del SIDA no sólo por el alto número de compañeros sexuales, sino porque en este grupo es común el uso de drogas intravenosas.

e) **Los compañeros sexuales de personas expuestas.**

Los compañeros sexuales de homosexuales, bisexuales y heterosexuales; sin embargo, se sabe de la transmisión del virus a la pareja sexual en todos los grupos de alto riesgo.

f) **Hemofílicos.**

Es un grupo que ha sido muy afectado, en especial las personas que han recibido múltiples transfusiones antes de que se tuviera la prueba para los donadores de sangre.

g) **Receptores de transfusiones.**

Las personas que hayan recibido transfusiones en los años 70 y hasta mediados de los 80 tienen una alta probabilidad de haber sido infectados con el virus del SIDA. Actualmente hay medidas más eficaces de prevención por este medio, pero no se descarta la posibilidad de ser infectado.

h) **Los hijos de madres con el virus del SIDA.**

Una gran cantidad de niños con SIDA son hijos de mujeres que han sido infectadas por el virus. Los niños se pueden contagiar durante el embarazo, parto o en la lactancia.

i) Adolescentes.

Ya que son individuos que se encuentran en plena etapa reproductiva y presentan intensos deseos de experiencias sexuales.

j) Amas de casa.

Este grupo lo integran las mujeres casadas que niegan o ignoran que el marido puede tener relaciones sexuales fuera del matrimonio y por lo tanto, no usan ni le piden a su pareja que use protección.

k) Otros grupos.

Una pequeña porción de los casos, no se pueden calificar en alguno de los grupos anteriores. Este grupo está constituido principalmente por contactos entre personas de diferente sexo (relaciones heterosexuales).

A pesar de que se habla mucho acerca de los grupos de alto riesgo, lo cierto es que todos estamos expuestos al contagio por diversas razones y sobre todo porque el VIH/ SIDA no respeta edad, sexo, posición social, preferencias sexuales, condición socioeconómica, raza, nacionalidad, ni ningún otro aspecto.

1.10 Situación actual del SIDA en México.

El VIH/SIDA es una enfermedad que está íntimamente relacionada con la sexualidad de las poblaciones. En México, al igual que en el resto de los países del mundo, se ha convertido en un complejo problema de salud pública, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas, que rebasan el ámbito de la salud. Por esta razón, es clara la necesidad de la participación de diversos sectores y países para poder combatirla. A continuación, se presentara el programa epidemiológico actual de este padecimiento en nuestro país.

México ocupa el treceavo lugar en cuanto al número total de casos notificados mundialmente y el tercer lugar en el continente americano; sin embargo, tiene la posición 72 respecto a la tasa de incidencia acumulada a nivel mundial, el vigésimo noveno lugar en Latinoamérica y el Caribe y el catorceavo lugar para toda América, por lo cual está considerado entre los países con tasa de incidencia muy baja.

El primer caso de VIH/SIDA en México fue diagnosticado en 1983, sin embargo, mediante las técnicas de interrogatorio y análisis retrospectivo, se ha documentado que el inicio del padecimiento fue en realidad en 1981. Desde el inicio de la epidemia y hasta el 30 de septiembre del 2000, se han registrado de manera acumulativa 46,870 casos en nuestro país.

Sin embargo, esta cifra sólo constituye una aproximación a la magnitud real de la epidemia, debido a los fenómenos conocidos como retraso en la notificación y subdiagnóstico. "Los más recientes sobre la materia estiman que existe retraso en la notificación en un 33% de los casos de VIH/SIDA, en tanto que el subdiagnóstico se ubica en 18.5%. De este modo, al aplicarle de manera acumulada estos porcentajes a la cifra de casos registrada, en realidad existen en nuestro país alrededor de 64,000 casos acumulados"(CONASIDA,2001; p. 31).

Por su parte, la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (DGE) reporta los primeros casos desde 1983, no antes; desde ese momento hasta el primer trimestre del 2000 han registrado 42, 787 casos notificados y 45,133 casos diagnosticados. A los casos acumulados hay que agregar 35% por retraso en la notificación y 15% por subregistro, dando como resultado los casos diagnosticados oficialmente (45,133). Esta institución estima que a la fecha hay 67,700 casos de VIH/SIDA en nuestro país. (ONUSIDA, 2001).

Según ONUSIDA por cada caso de SIDA deben considerarse de 3 a 4 casos de infección por VIH sin haber desarrollado el SIDA (seropositivos); según esto, en nuestro país hay además 270,798 casos de VIH (Véase ANEXO, tabla 1).

Un indicador que complementa adecuadamente el análisis del número de infectados por el VIH, es decir las personas que son portadoras del virus pero que todavía no manifiestan la enfermedad como tal. "Según las estimaciones de CONASIDA (2001) más recientes, el número de personas infectadas oscila entre 116,000 y 174,000, dato que se extrajo de los resultados de la detección de VIH en donadores, las encuestas centinela en las embarazadas, así como las encuestas epidemiológicas en subpoblaciones específicas" (p. 32).

➤ Características de la epidemia.

La forma y las características de la epidemia actual son el resultado de diferentes epidemias que ocurren, en la población mexicana.

Existen varios patrones de transmisión de subepidemias en cada región del país, que se dan en forma distinta, dependiendo de la cultura, valores, condiciones sociales, dinámica sexual y situación socioeconómica de los involucrados. En otras palabras, en México no existe epidemia homogénea sino varios tipos de epidemia.

Por ejemplo, "desde el punto de vista geográfico, existen dos patrones polares; uno urbano (que se observa principalmente en las grandes ciudades de la República Mexicana y en la frontera norte) en el que todavía se encuentra un mayor porcentaje de casos en hombres y períodos de duplicación más largos (18 meses); y otro rural, con mayor proporción de casos entre mujeres y períodos de duplicación más rápidos (8 meses), que se presentan en la región Centro y Sur del país. Todos los estados de la República Mexicana han reportado casos de SIDA; se observó que el Distrito Federal, el Estado de México y Jalisco, concentran el 55% del número total de casos acumulados (Véase ANEXO tabla 2).

Ahora bien, al revisar el promedio de las tasas de incidencia anual de los últimos tres años, resulta que el estado con mayor tasa de incidencia (Nuevo León) es casi cinco veces mayor que el estado con menor incidencia (Puebla). Entre estas dos cifras extremas se ubican las 30 entidades restantes, que muestran un abanico heterogéneo de velocidad de crecimiento" (CONASIDA, 2001; p. 32).

Sin embargo, solamente en unos meses (enero a julio del 2000) las estimaciones de la DGE demuestran lo contrario, resulta que en este lapso el estado con mayor tasa de incidencia es el Distrito Federal con el 0.1321% de casos y el de menor incidencia es el estado de Chiapas con 0.0130% de casos (Amigos contra el SIDA; véase ANEXO, tabla 2).

Por otro lado, "las características del panorama epidemiológico del VIH/SIDA en México, también se pueden analizar de acuerdo con la edad y sexo de los pacientes. En México, se han registrado hasta septiembre del 2000, 46,870 casos de SIDA en total, el 85.7% de los casos acumulados corresponde a hombres y el 14.3% a mujeres, lo que significa que la referencia es de una mujer por cada seis hombres infectados. El grupo más afectado lo integran los hombres y mujeres entre los 15 y 44 años, concentrando el 77.9% de los casos (Véase ANEXO figura 1 y 2).

En los hombres, la principal vía de transmisión es la vía sexual (homosexual y heterosexual) y, en menor medida, la transmisión sanguínea; en las mujeres, en un principio la transmisión fue sanguínea, ahora es heterosexual; y en menores de 15 años, grupo en el que inicialmente la transmisión sanguínea, ahora es perinatal y en mucho menor medida sexual. Por transmisión sexual acumula, casi el 90% de los casos en México" (CONASIDA 2001; p.32).

México se ha considerado como un país en el que la epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de hombres que tiene sexo con hombres, con un "peso" superior al 50% en total de casos acumulados por transmisión sexual (Véase ANEXO, figura 3). Sin embargo, al clasificar los casos según el año de diagnóstico, puede observarse que dicho grupo muestra una tendencia sostenida a la disminución en los últimos años, en tanto que la proporción de transmisión heterosexual crece de manera importante.

Otro dato que parece confirmar lo anterior, es la reducción en la razón hombre-mujer, según fecha de diagnóstico, que se redujo de 11 a 1 al inicio de la década de los noventa a únicamente 6 a 1 al finalizar la misma. A nivel de entidad federativa, también es posible observar estas variaciones, en donde el grupo de hombres que tienen sexo con hombres tiene una proporción de casos superior al 35%, con respecto al total de casos por transmisión sexual como en los estados de Yucatán, Nuevo León, Distrito Federal y Quintana Roo, mientras que Tlaxcala, Puebla, Chiapas, Hidalgo, Michoacán y Zacatecas, registran cifras inferiores al 30% (Véase ANEXO, tabla 3).

En México existen disposiciones legales desde 1986, que prohíben la comercialización de sangre y obligan a que toda sangre "transfundida" sea analizada previamente. Además, se han realizado actividades educativas dirigidas a los donadores, con la finalidad de evitar que personas con prácticas de riesgo donen sangre.

Como resultado de lo anterior, los casos nuevos de VIH/SIDA debidos a transfusión sanguínea y hemoderivados, según fecha de notificación, presentan una notable reducción durante el período 1994-2000, al pasar de 14.7% a 0.09%. Asimismo, los casos de VIH/SIDA por transfusión sanguínea y hemoderivados, según fecha de diagnóstico, comenzaron a disminuir a partir de 1988, hasta que en 1999 y en el año 2000 no se han presentado casos relacionados con esta forma de transmisión (CONASIDA, 2001).

➤ Mortalidad por SIDA.

Durante el período 1988-1998, las defunciones por SIDA ascienden a 31,108, de las cuales el 86.3% corresponden a varones y el 13.7% a mujeres. A nivel nacional, el SIDA ocupa el lugar 16 como causa de muerte, con una tasa de 4.2 por cada cien mil habitantes.

La población más afectada por la epidemia son los y las jóvenes de 25 a 34 años de edad. En este grupo, la tasa de mortalidad en varones pasó de 3.2 defunciones por cada cien mil habitantes, en 1988, a 17.2 en 1998. A partir de 1989, el SIDA se sitió dentro de las primeras

diez causas de muerte en varones de 25 a 34 años y, para 1998, representa la cuarta causa de muerte.

Por su parte, durante el mismo período, la tasa de mortalidad por SIDA en mujeres de 25 a 34 años, pasó de 0.4 a 2.8 muertes por cada cien mil habitantes.

Desde 1988, el SIDA ha ido ascendiendo como causa de muerte hasta que, en 1994, se colocó dentro de las diez primeras en mujeres de 25 a 34 años. En 1998, es la séptima causa de muerte en este grupo (CONASIDA. 2001).

El hincapié que se hace en los datos sobre la incidencia del SIDA en la juventud (25-34 años; aunque, hay gráficas que se disparan desde los catorce o 15 años de edad), es porque la mayoría de ellos es contagiado en la adolescencia y el propósito de esta investigación es saber como perciben al VIH/SIDA las y los adolescentes tempranos estudiantes de secundaria (ver capítulo 3, planteamiento del problema).

Esto es difícil porque la adolescencia es una etapa complicada y algunos adolescentes no se expresan fácilmente y otros tienen muchas fantasías acerca de la sexualidad y el VIH/SIDA (entre otras razones); lo que hace de ella una fase vital de riesgo.

Por lo tanto, en el siguiente capítulo se revisarán algunas definiciones de adolescencia, las características que distinguen a esta etapa, el comportamiento sexual de los adolescentes; así como una breve historia de la educación sexual en nuestro país, principalmente frente al VIH/SIDA.

CAPITULO 2. ADOLESCENCIA

2.1 Definición de adolescencia.

Durante largo tiempo el crecimiento y desarrollo humano, han sido motivo de varias investigaciones, pero a principio del siglo XX se dedicó una especial atención al periodo evolutivo comúnmente llamado adolescencia, e iniciando un nuevo siglo se han mostrado varios cambios (históricos y sociales) con respecto a este periodo de la vida, por esta razón no se puede dejar de investigar.

"La palabra adolescencia deriva de la voz latina adolecer, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez"(Muss,1984, p.10).

Etimológicamente la palabra adolescencia "proviene del adjetivo: a, hacia la condición proceso de crecimiento, que implica un periodo de crisis vital; de kisis, que en griego es el acto de distinguir, elegir, decidir y resolver, a partir del cual se logra identidad personal" (CONAPO, 1994).

Las definiciones anteriores coinciden en que la etapa de la adolescencia es seguir creciendo, desarrollarse, el cual es el punto donde se pasa de la niñez hacia la adultez, esto significa madurar, crisis vitales, cambios fisiológicos, psicológicos, en entidad y personal, posibilidades de elegir, y seguir definiendo la adolescencia con respecto a su ámbito social.

Hallengsted (1975) menciona que "es el periodo de la vida de una persona en el que la sociedad donde se desarrolla, cesa de considerarlo niño, pero no le otorga plenamente el estatus de adultez" (p.9).

Por otro lado, algunos autores hacen una separación de adolescencia y pubertad, pero ¿cual es la verdadera diferencia? Al respecto Blos (1980) y Reymon-Riviere (1978) dicen que "la pubertad se refiere a una serie de cambios biológicos, tanto en la esfera del crecimiento físico como en el de la maduración sexual, en ella los órganos sexuales alcanzan su plenitud y aparecen los caracteres sexuales secundarios; mientras que adolescencia se refiere aún periodo de ajuste y búsqueda de equilibrio, cualquiera que sea el contexto sociocultural e historico donde el joven se desarrolle" (CONAPO, 1982).

Como una de las definiciones más completas, de una visión holística la cual se consideró como una unidad biopsicosocial en evolución; para Ingersoll (citado en Dulanto, 2000) la adolescencia es "el periodo de desarrollo personal durante el cual un joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprende una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales más maduras, la adaptación a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos"(p155).

La adolescencia es considerada una etapa de cambios definitivos en todas las edades evolutivas y en todos los ámbitos que le rodean. A continuación, se presentan algunas de las características más sobresalientes que se observan en esta etapa de desarrollo.

2.2 Características de la etapa.

❖ Características físico-biológicas de la pubertad.

Uno de los aspectos centrales de la pubertad son los cambios biológicos y físicos; pero que pasa por su cuerpo, y con su cuerpo? El cuerpo se modifica radicalmente en su tamaño y forma y no es de sorprender que muchos y muchas adolescentes experimenten un periodo de desmañada torpeza mientras intentan adaptarse a tales cambios. Estos cambios principalmente se ven en una edad entre los 11 y los 15 años, dependiendo de la cultura y del desarrollo nutricional del individuo y tal vez de factores genéticos. La pubertad se inicia con un crecimiento casi repentino de las gónadas (órganos de los aparatos reproductores masculinos y femeninos, testículos y ovarios) y de los demás genitales y es el periodo de maduración sexual y de conformación de las características sexuales secundarias. Otros rasgos propios de este periodo es el rápido crecimiento del cuerpo, crecimiento que realmente se inicia en las niñas uno o dos años antes que en los niños. El crecimiento ocurre a diversos ritmos en las diferentes partes del cuerpo; el cual es llamado el clásico estirón de la pubertad.

Los cambios físicos, son sellos biológicos de la pubertad ya que hay una notable aceleración en el ritmo de crecimiento, un rápido desarrollo de los órganos de reproducción y la aparición de características sexuales secundarias como el vello corporal, el incremento de grasas en el cuerpo y el aumento de la masa muscular, así como el crecimiento y la maduración de los órganos sexuales internos y externos. La pubertad es la llegada de la madurez sexual; en las mujeres esta señalada por la primera menstruación (menarquía), y en los hombres por la primera emisión seminal. En general, los cambios de la pubertad están precedidos por un aumento de grasa corporal, y algunos(as) preadolescentes se vuelven considerablemente regordetes.

Cambios característicos de la pubertad.

NIÑAS.	NIÑOS
-Desarrollo de los pechos	-Crecimiento de testículos y escrotos.
-Crecimiento del vello púbico.	-Crecimiento del vello púbico.
-Crecimiento del vello axilar.	-Crecimiento del vello facial y axilar.
-Crecimiento corporal.	-Crecimiento corporal.
-Menarquía.	-Crecimiento del pene..
-Mayor actividad de glándulas sebáceas sudoríparas	-Cambios de voz.
	-Primera eyaculación seminal.
	-Mayor actividad de glándulas sebáceas y sudoríparas.

Los cambios físicos que tienen lugar durante la pubertad guardan de alguna manera relación con los cambios psicológicos, el desarrollo rápido e irregular que sufre el y la adolescente, es una de las causas de su inestabilidad emocional. Estos cambios afectan las concepciones de sí mismo el cual ha manejado gran parte de su vida. Estas características se asocian la mayoría de las veces al atractivo sexual. Estas características si no son desarrolladas

satisfactoriamente para la cultura , suele ocurrir un rechazo social y un sentimiento de insuficiencia sexual en los jóvenes y esto afecta desde su autoestima, su auto imagen, su personalidad y podría llegar a ser una falla muy importante en la estructura funcional de su psique y su personalidad cuando alcance una edad madura. Por ejemplo; con respecto a los medios masivos de comunicación, los y las adolescentes tienden a mantener normas idealizadas de atracción física y a sentirse insuficientes o inferiores si no se hallan a la altura de dichos criterios impuestos socialmente, los cuales están muy lejos de la realidad.

Quizá uno de los puntos más importantes en la adolescencia es el efecto de los cambios físicos sobre el conocimiento de sí mismos e ir descubriendo su identidad; en ocasiones estos cambios suelen vivirse como desagradables ya que no son niños(as) ni tampoco adultos y desconocen su propio cuerpo, estos cambios tan rápidos en el aspecto exterior son fundamentalmente importantes para el individuo, tanto para su autoestima, como para ser atractivos frente a la sociedad y ser mejor aceptados.

❖ *Características sociales y psicológicas de la adolescencia.*

▪ *CARACTERÍSTICAS SOCIALES.*

Además de los importantes y notorios cambios físicos y morfofisiológicos, en la adolescencia encontramos cambios sociales y psicológicos, que se explicaran a continuación.

Diversos factores sociales comienzan a modificarse desde el núcleo familiar del y de la adolescente, pues es el que lo educa para que se incorpore a la sociedad. Se vive una adolescencia cada vez más prolongada actualmente en la sociedad (principalmente en las zonas urbanas, en grupos de nivel socioeconómico medio). Se inculca que para que un joven pueda ejercer su sexualidad o contraer matrimonio, debe tener una carrera y un sustento económico con el cual debe contar para que esa próxima unión pueda ser funcional y no llegue al divorcio (Dulanto, 2000). Esto conlleva a que los hijos vivan más tiempo con los padres ya que con estas expectativas es más difícil que un(a) adolescente o joven se independice de la familia; es decir, necesita de ella para que lo sigan manteniendo, proporcionándole lo necesario para continuar sus estudios y conseguir un “buen trabajo”.

La labor de la familia consiste en formar una estructura funcional conciente en el y la adolescente, quizá incluye su yo ideal, es decir, las expectativas propias de sí mismo y las consideraciones necesarias para adaptarse, su autoimagen, su amor propio y su narcisismo. Todos estos elementos llevan al individuo a lograr el equilibrio entre su ser biológico, psicológico y lo sociofamiliar hasta alcanzar la estabilidad que culmina el proceso de maduración llamado “adolescencia”.

“Posteriormente el y la adolescente comienza a apartarse del núcleo familiar y se va integrando al mundo de los adolescentes para buscar su autonomía. En esta edad los y las adolescentes solo buscan la compañía de sus amigos, excluyendo a su familia, tratando de tomar sus propias decisiones y elegir su propias actividades. En esta etapa los padres van perdiendo la influencia sobre sus hijos, siendo ahora la influencia más fuerte en su conducta los amigos y los medios de comunicación”(Ariza, 1996; p.10).

Carvajal de Guerrero *et al* (1984) clasifican los aspectos sociales que consideran más importantes en la adolescencia en dos puntos: la amistad en los y las adolescentes y las funciones del grupo. A continuación se explica cada una de ellos.

1) La amistad en los y las adolescentes:

La amistad en el y la adolescente es más sincera, más íntima y menos dependiente de los factores que determinan la aceptación social. Esto se debe a la afinidad en cuanto a necesidades y sentimientos profundos, las características fundamentales de la amistad entre ellos(as), que es una relación personal y de compromiso afectivo; pues existen dos necesidades muy importantes que satisfacen la amistad de los y las adolescentes:

- a) La de comprensión.
- b) La de solidaridad.

Necesidad de comprensión: Los y las adolescentes tienen un yo que aún no está bien estructurado, por lo tanto son volubles e inseguros, con este "yo" se tienen que enfrentar a grandes retos y a veces, se sienten invadidos por sentimientos de inferioridad, buscan una relación que les proporcione una sensación de seguridad, que los escuchen, que los comprendan. Esta función la cumplen las y los amigos de la misma edad, que pasan por experiencias similares y con los que pueden compartir inquietudes y sentimientos, sin riesgo de ser juzgados o rechazados.

Necesidad de Solidaridad: El y la adolescente buscan ayuda y comprensión, se interesan en sus semejantes, tratan de ayudar a resolver problemas y se identifican con el que sufre y las causas justas, volviéndose muy idealistas. Estas experiencias de altruismo y solidaridad, les proporcionan una satisfacción que contrarresta eficazmente la angustia e inseguridad propias de la edad y despierta sentimientos de autovaloración y confianza en sí mismos.

2) Las funciones del grupo.

Las funciones más importantes del grupo son:

- *Ayuda en la consolidación de la identidad:* A medida que se va estructurando el Yo, el y la adolescente van definiendo mejor su propia identidad; sin embargo esto ocurre gradualmente, pasando por una etapa angustiosa en la que la imagen de sí mismo es vaga y confusa, sumando el hecho de que ya no se sienten a gusto en el mundo de los niños y tampoco en el de los adultos. Necesitan por lo tanto, un mundo propio, un contexto social que les ayude a consolidar su identidad, y es el grupo de adolescentes el que satisface esta necesidad, ya que al interactuar se satisfacen simultáneamente ofreciéndose aceptación social, lo que a la vez facilita la tarea de diferenciarse de los demás.

- *Aceptación social:* En la adolescencia las tensiones y conflictos que aparecen, dan como resultado patrones de conducta que dificultan la interacción entre los y las jóvenes y personas de otras edades, esto los coloca en una situación de aislamiento, por lo que el grupo de amigos de la misma edad, les ofrece un contexto en el que se sienten aceptados y comprendidos; por consecuencia esto favorece sus sentimientos de autovaloración.

- *La diferenciación de los demás:* En la estructuración de la identidad, uno de los pasos indispensables es la diferenciación entre el Yo y los demás. También lo es la creación de un mundo propio para adolescentes con el establecimiento de elementos culturales como la moda, el lenguaje, la música y el vestido, que permiten a la y al joven identificar claramente su mundo, diferenciarlo del de los adultos, desarrollando su sentimiento de pertenencia y por consiguiente apoyo en la consolidación de su identidad.

- *Ayuda en el proceso de independencia:* El y la adolescente se sienten impulsados a abandonar el ambiente seguro del hogar y a enfrentarse a un mundo lleno de desconcertantes realidades. Este enfrentamiento lo hacen cuando aún se sienten confundidos e inseguros, por lo que el grupo de ellos les brindan a sus integrantes el apoyo necesario para llevar a feliz término su proceso de independencia.

La madurez social también involucra haber logrado una adecuada inserción en la sociedad, lo cual se traduce en tener un trabajo adecuado a sus necesidades, con el cual será capaz de mantenerse a sí mismo sin ayuda de sus padres y colaborar un poco en la manutención de ellos. En la actualidad aquella persona que sea competente en las tareas cognitivas, afectivas, y sociales demostrará un desarrollo oportuno y adecuado a lo que espera la sociedad.

El desarrollo moral, también cambia en la adolescencia, se va produciendo con actitudes como prejuicios y tolerancia; en identificaciones como la admiración de determinado héroe. En la formación de las creencias religiosas y el comportamiento moral, así como en una filosofía de la vida e interés o rebelión frente a la religión. (Frederick, 1973).

▪ *CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS.*

En la maduración psicológica se encuentran muchos cambios con respecto al área intelectual, ya que se desarrollan capacidades intelectuales especiales como la imaginación, la de memorizar y de recordar (estas dos últimas aumentan con la edad); pero también se desarrolla el razonamiento, el pensamiento, el juicio, el discernimiento, y el sentido del humor (Frederick, 1973). Así mismo, se caracteriza por la emergencia del pensamiento lógico y con él, la posibilidad de manejar conceptos abstractos que están en la base de la disciplina académica y de una considerable evolución en el plano emocional.

Aspectos Intelectuales.

La adolescencia es una etapa de desarrollo durante la cual se amplía o aumenta la capacidad de adquirir y utilizar sus conocimientos. El nivel de funcionamiento intelectual que se alcanza al final de la adolescencia y al comienzo de la edad adulta y el grado en que esta capacidad se ejercite, determinará la actividad intelectual de la persona. En esta etapa de desarrollo, el y la adolescente que maneja las operaciones mentales concretas llega a la etapa de operaciones formales. Va adquiriendo paulatinamente nuevas capacidades de las que se destacan:

- a) Capacidad de retornar su pensamiento para reflexionar y razonar por sí mismo,
- b) Obtener varias alternativas para la solución de un problema,
- c) Poder distinguir lo verdadero de lo falso y confrontar sus hipótesis con la realidad.

Como una consecuencia del desarrollo intelectual, el y la adolescente adquiere:

- a) **“La conciencia del yo:** Empiezan a tomar conciencia de su “Yo”, es decir, de su individualidad. A diferencia de los niños, enfocan sus inquietudes hacia sí mismo, descubre sus propios sentimientos y vivencias, adquiriendo conciencia de su propia identidad y buscan consolidar su personalidad y hacerla reconocer por los demás. Al mismo tiempo van desarrollando la capacidad de hacerse a sí mismos y de analizar y comprender el mundo que los rodea.
- b) **La reflexión:** En la adolescencia las personas se plantean por primera vez interrogantes fundamentales de la vida, más allá de buscar su identidad, les preocupan las cuestiones de tipo filosófico que los llevan a pensar en el sentido, la finalidad y la dirección de la existencia.
- c) **La inconformidad con la realidad:** Con su capacidad de confrontar los ideales y las hipótesis con la realidad, el y la adolescente comienza a tener preocupaciones sociales desarrollando sentimientos de inconformidad y cuestionamientos que, en algunos casos, son fuentes de angustia.
- d) **La crítica:** Como resultado de los anteriores aspectos, los y las adolescentes desarrollan un agudo espíritu crítico que los lleva a oponerse a las opiniones de los adultos y adoptar algunas veces posiciones rebeldes y extremistas” (Flores, 1996; pp. 24,25).

Aspectos Emocionales.

Al mismo tiempo que el desarrollo intelectual del y de la adolescente, se empieza a afianzar la conciencia de su propia identidad, descubren nuevas experiencias emocionales que los llevan a replégarse sobre sí mismos y a experimentar un intenso despertar de su sensibilidad. En esta etapa de la vida, los y las jóvenes se toman introvertidos y soñadores y se abandonan frecuentemente a sus intensos sentimientos de amor, miedo, ternura, rabia, alegría, compasión, afecto y tristeza. Por esto la adolescencia es la edad de la intimidad, del diario, del secreto y del aislamiento; el y la joven parecen extasiados ante la infinita variedad y complejidad de sus experiencias emocionales.

La madurez afectiva implica un nivel de estabilidad emocional básica que le permite al y la adolescente ser capaz de asumir su responsabilidad en una relación de pareja. Este compromiso se demuestra al momento de compartir con la pareja en un clima de amor y de respeto por las necesidades propias y las del otro. Pero esta madurez no solo se representa con una pareja sino en todos los ámbitos como el familiar, laboral y social en general. (Silva Raveau, 1994).

El y la joven alcanzan un grado de desarrollo emocional, que les permite tener experiencias de altruismo y solidaridad. En la práctica, esto se traduce a la capacidad de olvidarse de sí y darse a los demás, de compartir las penas y alegrías de otras personas y de sacrificarse por ellas. Por esta razón, la adolescencia es la edad de los grandes ideales y anhelos de heroísmo.

Pero no todo sucede tal como se dijo anteriormente, también se presentan conflictos en el camino para llegar a una madurez emocional óptima; ya que el y la adolescente se enfrenta simultáneamente a grandes interrogantes y a la necesidad de adaptarse a un nuevo cuerpo y a

nuevas funciones biológicas, al establecimiento a un nuevo tipo de relaciones familiares y sociales, a nuevas exigencias en el plano académico y a nuevas experiencias en el terreno afectivo y sexual. Por todo esto; queda expuesto a conflictos emocionales y a riesgos que pueden detener o desviar su desarrollo, sobre todo de tipo psicológico.

De acuerdo con Flores (1996) a continuación se mencionan los conflictos más comunes a los que se enfrenta el y la adolescente, teniendo en cuenta que su frecuencia e intensidad varían según las características y circunstancias de cada muchacho(a) y según su tipo de desarrollo o personalidad.

- **Ambivalencia ante la emancipación:** El y la adolescente se encuentran en una situación de ambivalencia y conflicto, debido a que están al mismo tiempo sujetos a dos fuerzas, una que lo impulsa hacia la emancipación y otra que se lo impide. En la primera, se encuentra su deseo de independencia y las presiones sociales que empiezan a exigirle responsabilidades propias del adulto y lo alejan del proteccionismo de la infancia. Entre los obstáculos que se le presentan por lograr su autonomía está la prolongación de la educación y, por consiguiente también de la convivencia con los padres y de la dependencia económica; la inconsistencia de la sociedad tratando a la y al joven como niños y a veces como adultos; las discrepancias entre los padres respecto al grado de autonomía que se le puede conceder y, finalmente, la ambivalencia personal, o sea, experimentar al mismo tiempo un deseo y un temor a la independencia. Este conflicto entre ser autónomo y los obstáculos que se oponen a ello, son fuente de angustia, por lo que en casos extremos, pueden llevar a la y al joven a adoptar una conducta rebelde y agresiva.

- **Inconsistencia en la autoevaluación:** La adolescencia como etapa de transición a la vida adulta en la que el y la joven se obligan a dejar de ser niños, cuando aún no se sienten plenamente capaces de ser adultos, éste puede verse afectado por fuertes sentimientos de inseguridad, que son traducidos en una actitud de desaliento ante la tarea de completar su propia formación, de culminar sus estudios y de llegar a ser una persona de valor. O bien, presentar períodos de subvaloración personal alternados con otros en los que predominan sentimientos opuestos o de sobrevaloración; en donde el muchacho se considera un superhombre; el más inteligente, el más valiente, el único capaz de arreglar el mundo. Y en los casos extremadamente difíciles, esta inconsistencia en los sentimientos de autovaloración pueden dar origen a problemas emocionales como la depresión, la susceptibilidad excesiva y la vulnerabilidad a la crítica (Flores, 1996).

La Función del Yo.

En cualquier crisis el yo recurre a medidas de emergencia dirigidas principalmente hacia la protección de su función básica: el mantenimiento de la cohesión psíquica y el contacto con la realidad. A parte de sus aspectos defensivos originados en la ansiedad conflictiva y en el temor a la intensidad de impulso, el retiro de las catexis del mundo externo durante la adolescencia opera para preservar y proteger las funciones básicas del yo. La situación adolescente requiere de medidas extremas para prevenir el trauma o la desintegración. Cuando se ocupa la energía psíquica en operaciones defensivas, se provoca un agotamiento de energía móvil en el yo (Blos, 1980).

“El yo adolescente sólo se puede desarrollar correctamente si la fase preparatoria del período de latencia se ha culminado más o menos con éxito. Sólo entonces los y las adolescentes pueden tratar con las tareas próximas de la maduración, en términos de procesos integradores y diferenciales nuevos” (Blos, 1980; p.251).

Según Blos (1980), al iniciarse la adolescencia hay un aumento cuantitativo de la energía del impulso instintivo, los que pasan a un primer plano, y el intento por controlarlos es evidente en las reacciones típicas del adolescente: la escótopofilia lleva a la timidez, la vergüenza o el rubor; el exhibicionismo lleva a la modestia y a una conciencia de sí mismo; el paso de tendencias sadomasoquistas lleva a la pasividad e indiferencia; y el sentido de olor y gusto son llevados al campo sexual en donde se conflúan con las reglas sociales.

Las precondiciones que debe tener el yo al principio de la adolescencia para desarrollar las cualidades y funciones que son específicamente adolescentes y que traerán las transformaciones del yo son los siguientes:

- 1) “Un aumento en la catexis de los objetos internos (representaciones de objeto y autorepresentaciones) con la resultante automatización de algunas funciones del yo;
- 2) Una resistencia creciente de las funciones del yo a la regresión (autonomía secundaria) con una expansión consecuente de la esfera no conflictiva del yo;
- 3) La formación de un yo autocrítico que complementa en forma creciente las funciones del superyo para que la regulación de la autoestima llegue a un grado de independencia de ambiente;
- 4) Una reducción del uso expresivo de todo el cuerpo y un aumento de la capacidad de expresión verbal aislada de la actividad motora;
- 5) Un control del ambiente a través del aprendizaje de actitudes y del uso del pensamiento en los procesos secundarios como un medio para reducir la tensión” (Blos, 1980; pp.252-253).

El logro psíquico de la infancia temprana está en la dominación del cuerpo, el del período de latencia en la dominación del ambiente y el de la adolescencia en la dominación de las emociones.

Tomando en cuenta los datos anteriores; según Frederick (1973), éstos serían los logros más importantes para un excelente desarrollo de la psicología de las y los adolescentes al final de esta etapa:

- 1.- Madurez emocional general.
- 2.- Establecimiento de interés heterosexual.
- 3.- Madurez social general.
- 4.- Desarrollo de la madurez intelectual.
- 5.- Emancipación del control del hogar.

- 6.- Elección de una ocupación.
- 7.- Desarrollo de una filosofía de la vida.
- 8.- Identidad del yo" (p. 46).

2.3 Comportamiento sexual durante la adolescencia.

La adolescencia es un periodo de exploración en el que la conducta sexual, tanto la estimulación de un(a) adolescente representa un progreso de comportamiento infantiles, se da un nuevo significado a la expresión sexual. Algunas áreas en las que suceden desarrollos importantes durante la adolescencia, entre otros, son: la masturbación, las caricias, el establecimiento de relaciones afectivas, el coito y la homosexualidad.

Masturbación: También llamada autoerotismo es la excitación sexual de uno mismo por medio físico y principalmente por frotación de sus genitales con sus manos.

Principalmente la masturbación es un medio de expresión sexual durante la adolescencia. Es una válvula de escape de tensión sexual y es considerada como una forma de aprender del propio cuerpo y de su potencial sexual; además a través de ella se satisface el deseo sexual, se incrementa la autoestima y la sensación de valía personal se conoce mejor y se valora más nuestro cuerpo sexuado como fuente de placer, satisfacción , etc.

A la masturbación se le considera todavía como una conducta peligrosa, pecaminosa y, por lo tanto, no deseada y sigue siendo un tabú socialmente. Aunque, científicamente es considerada como una conducta normal y natural, que no conlleva ningún tipo de riesgo y que cualquier persona puede ejercer sin consecuencia alguna (aunque es una conducta principalmente de adolescentes).

Por otra parte, es bien sabido que, la masturbación va acompañada de fantasías, a través de ellas se escenifican relaciones presentes o se anticipan relaciones futuras, se satisfacen deseos posiblemente irrealizables, se construyen escenarios sexuales "ideales", se facilita el acercamiento a otras personas, etc. (López, 1995).

Caricias: "Es el acudir a un contacto físico erótico que comprende besarse, abrazarse, tocarse, estimularse manual u oralmente los genitales, pero no el coito. El "besuqueo, el "faje" y el "jugueteo" son otras expresiones de las caricias. Las caricias pueden ser una oportunidad de que los jóvenes experimenten la intimidad sexual permaneciendo "vírgenes"(Crooks, 2000; p. 390).

Este tipo de caricias conllevan la intención de lograr la excitación erótica sin realizar el coito, algunos autores las "llaman "Petting" al tocamiento sexual de la cintura para abajo, y "Necking" a las demás caricias sexuales"(Hernández, 1996; p.16). Principalmente, estas actividades son un puente para relaciones posteriores o para iniciar una vida coital; sin embargo, esto no siempre es así . Aunque estas conductas son naturales y necesarias, la ansiedad y los sentimientos de culpa continúan causando estragos entre los adolescentes.

Coito: "Es definido como la penetración del pene a la vagina, que se da entre los miembros de una pareja" (Crooks, 2000; p. 391).

El desarrollo del coito se efectúa en cuatro fases, minuciosamente estudiadas en el laboratorio por los sexólogos norteamericanos W. Masters y V. Jonson (1983) con parejas voluntarias. "Se distingue la excitación preliminar, de la que la erección es la principal manifestación biológica. Esta se debe a un aflujo de sangre arterial en los tejidos eréctiles del pene y del clitoris. La fase siguiente es la meseta: es más prolongada en la mujer que en el hombre; el conjunto de los fenómenos que llevan a la mujer al orgasmo dura diez minutos por término medio, mientras que el hombre es más rápido en general (dos o tres minutos). La fase orgásmica se caracteriza por una intensificación muy breve de la voluptuosidad. El pene está hinchado al máximo y el meato uretral expulsa al esperma en tres o cuatro chorros bruscos (eyacuación). El orgasmo de la mujer, que no está asociado a secreción alguna, es más difícil de objetivar, hasta el punto de que durante mucho tiempo se dudó de su existencia. Viene por último la fase de la relajación: el hombre permanece inexcitable durante cerca de media hora, mientras que la mujer puede llegar a experimentar varios orgasmos sucesivos en el transcurso del mismo coito" (Diccionario Larousse, 1983).

De acuerdo con Azcárraga (1986), existen tres variedades de coito. 1) Se llama **coito prolongado** al coito cuya duración se prolonga voluntariamente gracias al control de los movimientos copulatorios. Se excluye de este concepto el coito que tiene larga duración por retardo involuntario de la eyacuación. Tiene por objetivo alargar el tiempo que dura el acto para obtener placer durante más tiempo, o para darle satisfacción completa a la mujer cuando ella responde a la excitación con lentitud y, por lo tanto, requiere más tiempo para llegar al orgasmo, o cuando es capaz de tener varios orgasmos y demanda un coito duradero para tener tiempo de disfrutar todos ellos.

2) El **coito interrumpido** es el que se suspende voluntariamente antes de llegar a la eyacuación. Esta practica tiene dos variaciones: en una, el pene se retira de la vagina con suficiente anticipación para evitar que la curva de excitación se acerque al orgasmo masculino y, por lo tanto, no se presenta la eyacuación ni el orgasmo; en la otra, el pene se retira de la vagina cuando el orgasmo masculino ya es inminente, de tal manera que la eyacuación y el orgasmo se presentan inmediatamente después de la extracción del pene.

3) Se llama **coito reservado** al que se practica evitando voluntariamente la eyacuación sin evitar el orgasmo y sin interrumpir el acto sexual. Este tipo de coito es practicado solamente por escasos individuos que son capaces, por medio de una disciplina especial, de evitar voluntariamente la expulsión del esperma.

El coito interrumpido y el coito reservado se practican con objeto de evitar la inseminación y el embarazo consecutivo, es usado como método anticonceptivo.

Homofilia: Identificación con el grupo de pares. Las conductas sexuales con personas del mismo sexo, lejos de ser algo raro, forman parte de la experiencia de un buen grupo de adolescentes. Las dificultades reales para acceder a conductas heterosexuales (timidez, vergüenza, falta de oportunidades, etc), la curiosidad por conocer otro cuerpo, la tendencia a intimar, etc, están en el origen de estas conductas homofílicas (más no homosexuales).

Los contactos homofílicos son más frecuentes antes de los quince años, tendiendo a disminuir con la edad. La presión social, la formación de parejas, las mayores posibilidades de relaciones heterosexuales pueden explicar esta tendencia. Otro número importante de ellos/as pueden tener sentimientos negativos (vergüenza, culpa, ansiedad, etc.) después de tener un

contacto homofílico, por el significado que dichas relaciones pueden tener respecto a su identidad sexual (López, 1995).

Homosexualidad: Es la atracción sexual hacia personas del mismo sexo.

La identificación homofílica puede generar graves problemas para los jóvenes. Quizá empiecen por darse cuenta de que sienten cosas distintas en cuanto a atracción sexual de las que por lo común verbalizan sus compañeros; a menudo tendrán una experiencia homosexual antes de que apliquen la categoría de homosexualidad al comportamiento o entiendan el significado. Los adolescentes de los que se sospecha que son homosexuales son sometidos a rechazos o agresiones físicas o verbales. Los gays y las lesbianas adolescentes informan haber tenido elevados niveles de violencia antigay por parte de sus familiares. Además de ser sometidos a la victimización violenta, puede que les resulte muy difícil a los jóvenes con una orientación homosexual encontrar confidentes con quienes compartir sus problemas o encontrar una guía. Los padres, los sacerdotes, los médicos y los maestros; a menudo son incapaces de ofrecer ayuda o apoyo constructivos aceptativos (López, 1995; Crooks, 2000).

2.4 Razones por las cuales los adolescentes tienen relaciones sexuales tempranas.

Según Dulanto (2000), hay razones por las cuales los y las adolescentes se involucran en actividades genitales; así como también hay razones personales y sociales que facilitan su iniciación temprana. A continuación se mencionan algunas de estas razones.

Presión de los compañeros: Se tiene necesidad de ensayo en grupo para ser calificados y uno a otros se aportan valor para lo que temen hacerlo solos.

Evitar la soledad, obtener afecto a cualquier precio, comunicar afecto: Las y los jóvenes sienten soledad y vacío existencial que se origina en la misma dinámica familiar. Sufren el abandono afectivo de los padres y la familia, la destrucción familiar, la lejanía y frialdad y la escasa comunicación con hermanos. Así al percibir sentimientos de desamor por parte de la familia y el grupo de pares; experimentan la necesidad de ser valorados y estimulados a través de ternura y afecto cálido no sólo verbal. Esta situación hace que los busquen mostrar sentimientos amorosos en una relación, y mantener una relación afectiva descada, más nunca programada o pensada, como vía para comprometerse en actividad de coito.

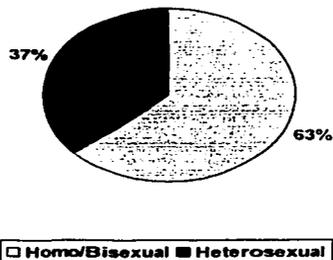
Demostrar independencia, mostrar ante los pares que es adulto: La actividad genital, según su sentir, les proporciona seguridad en los papeles que llevan a cabo; por medio, de ella, pone distancia con los padres o autoridades totalitarias que continuamente los trata como niños, critican sus actitudes y son coercitivos para imponer valores. Es así como el y la adolescente ve la relación sexual como necesaria para ser conocido y valorado por otros jóvenes del barrio, la escuela o el grupo social, al igual que para ser admitido en la experiencia del grupo. La siente indispensable para apoyarse en alguien ante miedos irracionales y sentimientos de minusvalía e inseguridad.

Desear la experiencia de relación sexual, curiosidad, placer o diversión: En esta etapa de crecimiento hay un deseo sano de experimentar la relación cargada de afecto. No les mueve sólo la curiosidad o la adquisición de prácticas en técnicas de coito; hay una clara reunión de aspectos sensuales y afectivos. Sin embargo; en algunos(as) adolescentes, el fracaso de la formación, la



Figura 3.

CASOS ACUMULADOS DE SIDA POR TRANSMISIÓN SEXUAL.



Fuente: *Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, a través del CONASIDA.*

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Imposibilidad para resolver la crisis de adolescencia: La iniciación sexual temprana se facilita en adolescentes que desde niños(as) tienen numerosos problemas personales y de carácter psicosocial. Esos conflictos más que conducir a una conducta delictiva se convierte en un impedimento para resolver la crisis de la adolescencia. Así los y las jóvenes se dedican a una "vida" de placeres que no les enaltece ni les lleva a la creatividad. Sin embargo, ellos no mantienen compromiso afectivo o responsable alguno para con su "pareja" o su proyecto de vida; la sociedad con sus diferentes opciones tampoco "les interesa" y se mantienen al margen .

En general, la iniciación sexual es más precoz en los adolescentes varones. Sin embargo, una vez iniciada la sexualidad compartida, las adolescentes mujeres suelen tener una sexualidad más continuada que sus pares varones. Esto ocurre por las distintas motivaciones que llevan a varones y mujeres a compartir la sexualidad.

Al llegar a los 18 años, más del 80% de los adolescentes varones y el 60% de las adolescentes mujeres han iniciado su genitalidad.

El que en los hombres se tengan una mayor porcentaje de iniciados sexuales se puede deber también a que a ellos se les inculca una doble moral, la cual a veces es fuente de los conflictos que tienen al momento de iniciar o no una vida sexual temprana o prematura. Como es el caso en las mujeres que tienen que llegar vírgenes al matrimonio pero al mismo tiempo también en estos tiempos es más vergonzoso decir "soy virgen". Y en el caso de los varones es un poco contradictorio también; ya que si no tienen relaciones sexuales tempranas, se les tacha de homosexuales. Para ellos es difícil esta situación, ya que si su información acerca de la homosexualidad es bien fundamentada no las tendrán, pero si no, le harán más caso a los comentarios de sus pares e iniciarán una vida sexual temprana para que no crean que son homosexuales.

Es prácticamente universal que el acto de la penetración sea vivido como el suceso o momento relevante del inicio de la sexualidad, ya sea masculina o femenina. Marca un antes y un después. Puede que una secuencia gradual de encuentros no sea valorada como inicio de la sexualidad hasta que exista penetración.

En general los y las adolescentes disponen de pocos recursos económicos y además, aunque dispusieran de ellos, legalmente les está prohibido concurrir a hoteles hasta la mayoría de edad, por ello es muy común que aquellos que desarrollan un vínculo de afecto entre sí suelen utilizar la propia habitación para sus encuentros sexuales que generalmente tienen lugar en presencia de algún familiar en casa. El estado de ansiedad que esto ocasiona bien puede transformarse en condicionante de anorgasmia femenina y eyacuación precoz en los varones. Por lo tanto la posibilidad de disfunción sexual aparece como una posibilidad cierta ante la práctica de relaciones sexuales que no respeten sus tiempos y lugares.

La iniciación sexual es un momento crítico en la sexualidad. En este preciso momento se ponen en juego múltiples mecanismos que en caso de "superar la situación" permite encontrar el camino hacia una plena sexualidad o hacia la disfunción en caso de fracaso. El hecho de que no haya más consultas sobre insatisfacción y disfunciones sexuales en la adolescencia no refleja la realidad, sino la incapacidad de verla (Baglivo, 2002).

2.5 Razones por las cuales los adolescentes NO se involucran en relaciones sexuales tempranas.

Por otro lado, Dulanto (2000) menciona que también hay razones por las cuales los y las jóvenes no se involucran en relaciones sexuales. Sin embargo, el autor realiza una clasificación de situaciones desde un punto de vista muy conservador, moralista, represivo y un poco idealista; quizá muchas de ellas sean ciertas o sean pensadas por los adolescentes para no incurrir en relaciones sexuales, pero lo que no creemos es que sea de manera tan extremista como él lo aborda. Pareciera que elaboró dicha clasificación tomando en cuenta lo que dicen ciertos grupos sociales y no por una convicción personal.

Dicha clasificación de razones por las cuales los y las jóvenes no se involucran en relaciones sexuales se menciona a continuación:

Valores morales, cuidar la reputación personal: Algunos(as) jóvenes por razones supuestamente morales tienen convicciones y fundamentos. Entienden los motivos, las situaciones y los objetivos que inducen a involucrarse en una relación. Ponderan y valoran la castidad y la abstinencia y asumen una conciencia de fines. Viven plenamente la sexualidad y se dan un justo tiempo para desarrollar con libertad su proyecto de vida. No consideran que la participación genital afirme su identidad genérica, ni condiciona su papel sexual como varón o mujer. Tienen vías alternativas para vivir con plenitud su sexualidad en buena relación con sus pares del sexo contrario. El cuidado de la reputación personal es otra razón para evitar las relaciones sexuales; se da en todos los estratos sociales, pero es particular en las clases de poder económico alto. Diversos grupos de mujeres afirman que la pérdida de la virginidad como valor supremo del sexo femenino es una situación superada; sin embargo, gran número de jóvenes no lo siente así. En este sentido, hay quienes siguiendo sus convicciones culturales, religiosas y morales consideran la virginidad como uno de los grandes valores de la mujer; se reconoce a sí misma como poseedora de muchos valores, pero aprecian en su virginidad otro más.

Hay mujeres que no conceden importancia a ser vírgenes o no; pero saben bien que de no serlo experimentarán el rechazo de la mayoría de los pares varones que son machistas. Consideran que la doble moral es una constante en la educación moderna y obliga a la mujer a una abstinencia mientras premia al varón que se ostenta capaz en este terreno. Es decir, hay quienes se abstienen de las relaciones por el miedo a la pérdida de estatus, lo cual las dejaría en desventaja a la hora de elegir el matrimonio.

Creencias religiosas: Las creencias religiosas son limitantes muy claras de la relación sexual temprana que siempre indican pecado, culpa y remordimientos y se supone que alejan del diálogo con Dios. En los y las jóvenes con estas razones se percibe la idea de un Dios justiciero más que de amor y comprensión. Otros tienen y dan un gran valor a la castidad pero con un timbre de distinción a los ojos de Dios. En ocasiones son muy culpígenos, soberbios y despectivos; consideran equivocados a aquellos pares que no siguen los preceptos como ellos. Esta actitud es impropia de los que esgrimen razones basadas en valores morales.

Sentimiento de falta de preparación: En este concepto se considero el desarrollo biológico, la falta de maduración social y emocional de los y las adolescentes para aceptar responsabilidades de una vida en pareja, así sea ésta legitimada por el matrimonio. Algunos y algunas adolescentes califican la etapa como creación de vínculos de amistad y afectivos que le permiten madurar libres de ansiedad y miedo en lo personal y en la relación humana. Según su

percepción, formar parejas con actividad genital limita la participación libre de problemas, crea obligaciones inadecuadas y siempre conduce a la frustración.

Miedo a cortar los planes ya claros de proyecto de vida, a dañar la relación con los padres y perder la imagen ante ellos: En esta etapa también hay jóvenes con valores humanos y culturales claros y sólidos. Aceptan tener deseos de involucrarse en las relaciones sexuales ya experimentadas por algunos; pero en ellos y ellas aparece el miedo a tener que aceptar responsabilidades, en caso de reclamo y embarazos no deseados, que van a interrumpir su ruta del proyecto de vida, ya sea alcanzado o en vías de hacerlo. Consideran muy importante su imagen social y temen perder lo ya logrado. Como muchos de los y las adolescentes son dependientes de sus padres, sobre todo en lo económico, temen alterar la relación familiar, y son vigilados y muy condicionados en su vida social. Asimismo, son poco sinceros y dan más importancia a "su imagen personal familiar" que a valores morales; muchos ya tienen relaciones y las suspenden más por miedo que por convicción.

No querer cambiar la relación con el novio o la novia: Este tipo de argumentos corresponde a jóvenes de ambos sexos, en todos los estratos sociales, que sienten un cariño profundo por su pareja. Han logrado vivirse con afecto y, aunque, en la mayoría, ninguno se ha propusado en sus fines, no dejan de sentir en atractivo y deseo de una relación sexual lejos de ayudar, los separaría. En este grupo de jóvenes hay quienes ya han propuesto las relaciones sexuales a la pareja; pero, según explican, finalmente sus valores morales y su educación cultural los han hecho recapacitar sobre los verdaderos fines que la pareja convocó al iniciarse el noviazgo.

Temor al embarazo o temor a contraer una infección de transmisión sexual: El temor al embarazo es una causa común de abstenerse en ambos sexos, en todas las edades y las diferentes capas sociales; sin embargo, esa es una preocupación más constante en mujeres. De nuevo el miedo es el factor de contención. Por otro lado, está el temor de contagio de alguna infección. Esta razón se da en todos los estratos sociales, pero es particular en los varones de 14 a 16 años de edad. Al parecer, el factor de contención ha sido el temor a verse infectados y en consecuencia segregados e incluso desarrollar esterilidad; el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es y será la causa de limitación más importante. De ese modo, el miedo contiene a estos jóvenes.

El uso del condón es conocido. Pero los menores "relatan" vergüenza, pena o miedo a exponerse en sitios de venta; los mayores (17 a 19 años de edad) lo consideran injusto o indigno para sus compañeras de aventuras a quienes llaman novias o "amigas íntimas", más no prostitutas (con ellas sí lo usarían); otros arguyen interrupción de la presencia natural del acto con el uso del preservativo. No se argumentó el problema económico como impedimento para la compra del condón.

Sentimientos de culpa: Entre hombres y mujeres, y en todas las clases sociales hay quienes tienen y viven con culpa lo sexual aun antes de haberlo experimentado. Hay casi una imposición coercitiva distorsionada de los valores.

No se trata de observancia de los valores con alto contenido moralista; existe una interpretación errónea de la sexualidad. Por desgracia, hay entre los y las jóvenes con esta manera de pensar quienes por presiones externas a las auto impuestas manifiestan otros datos que hacen suponer que están en vías de detener su maduración sexual y afectiva. Parte de este grupo

también suele reflejarse como jóvenes evasivos al tema, tímidos, con miedo a lo sexual y con confusión respecto de los papeles sexuales.

Los y las adolescentes no se contienen por un valor, sino por un miedo irracional debido a la ausencia de educación sana e integrada; es decir, la falta de educación formal ayudó a tener una visión deformada de sexo, sexualidad y genitalidad.

Si bien es la propia persona la que debe decidir en última instancia cuándo, con quién y cómo iniciar sus relaciones sexuales, la situación podría ser para algunos menos traumática si contara con la información suficiente para no desarrollar su sexualidad a escondidas y sin angustias, sobre todo en las mujeres.

Por otro lado, el despertar de lo psicosexual que tiene lugar en la adolescencia, no se traduce solamente en nuevos impulsos biológicos, sino que determina también el pensamiento y la vida sentimental de los muchachos y las muchachas.

Hablando de los muchachos, se supone que el despertar de lo sexual se caracteriza por una mayor inclinación a la experiencia física por el sexo y por una disociación entre el deseo sexual y la dimensión afectiva del amor. Por este motivo, el adolescente se siente fuertemente atraído por todo lo relacionado con el sexo, piensa en el desnudo femenino y experimenta el deseo de tener experiencias sexuales, aunque éstas no estén relacionadas con sus sentimientos de amor. El objeto de su deseo sexual puede ser cualquier mujer, aún cuando esté enamorado de una chica en particular. En la mujer, el despertar de la sexualidad se presenta con características diferentes, ya que ésta tiende a sublimar el impulso sexual y a expresarlo en forma sentimental. Así pues, sus deseos no se refieren únicamente a la experiencia física del amor, sino que incluyen su dimensión romántica y afectiva traduciéndolo a un anhelo de ternura, afecto y comprensión y a diferencia de los jóvenes abarca también, en muchas de ellas, el sueño de un hogar y de hijos. Sus deseos sexuales suelen estar relacionados con sus sentimientos y se dirigen a la persona amada (Flores, 1996).

Culturalmente, en una sociedad machista como la nuestra, en los varones existe el falso concepto de que su necesidad sexual es una tensión la cual debe aliviarse, aunque se deben salvar diferencias educativas, religiosas de la propia persona y del entorno familiar. "El hombre puede (y generalmente lo hace) no involucrar sentimientos en su genitalidad, a diferencia de la mujer que por el contrario suele desarrollar su sexualidad de una manera menos genital, más elaborada, plagada de sentimientos y con la necesidad de enamorarse: necesita contención de las caricias y de juegos sexuales previos" (Baglivo, 2002; p.1).

Por su parte, Amuchástegui (1998) menciona que existen diferencias en "...el conocimiento que un hombre y una mujer deben tener al momento de la primera relación sexual: mientras que un hombre, cierto o no, debe saber cómo moverse y qué hacer con su pareja y, por tanto, se espera de él que haya tenido experiencia sexual antes del matrimonio, una mujer no debe mostrarse activa en la búsqueda del placer erótico ya que ello arriesgaría sus posibilidades de matrimonio. La virginidad femenina sería así una condición para poder conseguir un esposo y una familia. Para probarla, la mujer debe comportarse como si fuera ignorante de toda actividad y placer sexual; aun el dolor sirve como evidencia de su pureza"(p. 128).

Por este tipo de pensamiento moralista y conservador con respecto al rol de la mujer en la pareja es que en la educación de los varones la figura femenina aparece dividida en dos tipos excluyentes uno del otro, jamás intermedio. "Uno de ellos esta constituido por las mujeres con las que se establecen vínculos familiares, a las que definen como tiernas, comprensivas, tranquilas, serias, que refrenan los impulsos masculinos. Otras son las mujeres erotizadas, que definen como promiscuas, no confiables, que incitan al hombre, toman la iniciativa, expresan deseos e impulsos. El segundo tipo de mujeres son incompatibles con el matrimonio y la maternidad y no tienen valor como personas, no se establecen relaciones con ellas" (Szasz, 1998; p.91). Es decir, si la mujer muestra un rol activo en la práctica sexual es causa de duda de su calidad moral.

La represión de la sexualidad en la mujer nos habla de poder, el poder que el hombre siempre ha ejercido sobre lo femenino; así pues, la autonomía sexual en la mujer es una amenaza a la virilidad masculina ya que es un indicador de pérdida de poder sobre ella, de debilidad y ellos necesitan tener el control de la situación para sentirse fuertes. En este caso, por medio de la sexualidad se expresa y se mide el poder masculino, y se marcan sus límites.

En gran parte de nuestra sociedad actual, la mujer es considerada un objeto asexual y sin emociones, siempre a disposición de las demandas masculinas. Todos sus sentimientos y deseos deben ser dirigidos a la maternidad.

Como se menciono anteriormente, la ignorancia es calificada como la imagen de la virginidad tanto corporal como espiritual y lo ideal es que sea el hombre quien integre a la mujer a la actividad sexual. Gracias a él descubrirá y despertara su ser sexual. Por tales motivos en la mujer se origina un conflicto: la lucha entre seguir los mandatos morales y la necesidad de expresar y satisfacer su naturaleza sexual.

Estos patrones normativos tan diferentes para cada género afectan el uso de anticonceptivos y de medidas de prevención de la transmisión del VIH/SIDA, especialmente entre los jóvenes, entre las personas de baja escolaridad y entre la población que vive en contextos tradicionales en materia de cultura sexual y de género, como son las zonas rurales.

Como podemos ver, en nuestra sociedad hay una gran necesidad de educación sobre sexualidad, porque aun en nuestros tiempos hablar sobre sexo parece considerarse una manera de llevarlo a cabo, y su prohibición puede relacionarse con la posibilidad de evitar que el habla produzca algún tipo de placer que anticipe e incluso incite al coito y a encuentros eróticos. "El conocimiento a través del habla es considerado una invitación al acto sexual" (Amuchástegui, 199 ; p.133).

2.6 Estudios realizados sobre adolescencia y sexualidad.

Cada día es más común tener relaciones sexuales entre los y las adolescentes y aunque éstos no son mayoría hay muchos casos en los que inician a muy temprana edad (10, 11 años). Pero esto no es lo más importante sino que ahora ya no están solo propensos a culpas o a quedar embarazada o a embarazar a su pareja, según sea el caso, sino que, a parte están propensos a una infinidad de riesgos e infecciones, principalmente el VIH-SIDA. Esto deriva de varios factores como de una mala educación sexual, por razones propias de la misma adolescencia (como las mencionadas anteriormente) o simplemente porque creen no tener riesgo de contagiarse de alguna infección mortal como el VIH-SIDA. Algunos de estos factores son visibles en la vida

cotidiana y en los resultados de investigaciones mexicanas realizadas con población adolescente, como las que mencionaremos a continuación.

Alfaro M. (1991) realizó un estudio con adolescentes de nivel medio superior, cuyas edades fluctuaron de los 15 a los 20 años. Encontró que en general los y las adolescentes tienen malos conocimientos sobre sexualidad. La mayoría de los adolescentes respondieron incorrectamente a las cuestiones relacionadas con la etiología, epidemiología y desarrollo de infección del VIH-SIDA; excepto las referentes con los síntomas, mecanismos de transmisión y las medidas de prevención. Por otra parte; están de acuerdo en que los y las adolescentes deben tener relaciones sexuales y no ven inconveniente en que sean premaritales, mencionan que ellos deben de tener la libertad de decidir si las tienen o no (no tienen que pedir permiso), creen que no es necesario que una pareja deba casarse para poder tener relaciones sexuales. En lo que respecta a las prácticas sexuales, más del 50% de los y las adolescentes tienen una actitud favorable para que una pareja tenga relaciones sexuales de cualquier tipo. Finalmente, encontró que ellos no se perciben en riesgo de contraer el virus del VIH-SIDA porque no se incluyen en algún grupo de riesgo; sin embargo los datos anteriores dejan de manifiesto que los adolescentes presentan un alto índice de riesgo de contagio de VIH-SIDA.

Nájera (1991) encontró que el 30% de su muestra (adolescentes de secundaria y preparatoria, de 12 a 18 años), ya había tenido relaciones sexuales y aunque este porcentaje es menor a los que no han tenido lo consideró significativo tomando en cuenta que su población estuvo formada por adolescentes. La edad de inicio sexual abarcó un rango de 11 a 18 años, teniendo como promedio los 15 años 4 meses. Menciona, que la mayoría de los iniciados tuvo relaciones con su novio/a, seguido de un amigo/a, conocidos u otra persona. Finalmente, es importante señalar que encontró que la comunicación dentro de la familia juega un papel primordial dentro del desarrollo integral del adolescente; es decir, mientras más cerca sentían su relación con la familia, en la que existía confianza, afecto, comprensión y protección, menor era la probabilidad de que empezaran a tener relaciones sexuales tempranas. Por el contrario, si la presencia de estos factores es menor hay mayor probabilidad de que el o la adolescente tienda a buscar las relaciones sexuales premaritales como forma de sustituir dichas carencias.

Ita (2000) en su estudio realizado con adolescentes de preparatoria, de edades entre los 14 y 19 años; encontró que un poco más del 18% de su muestra ya ha tenido relaciones sexuales, siendo la mayoría de ellos del sexo masculino; además de mencionar que los hombres manifiestan su búsqueda de actividad sexual sin compromiso o responsabilidad en cambio las mujeres ligan a una relación más fuerte, a un compromiso. Sobre las razones que tuvieron para tener relaciones sexuales por primera vez encontró que los hombres lo hicieron principalmente por deseo y pasión seguidas de la curiosidad y el amor; mientras que las mujeres respondieron que principalmente por amor dejando en último lugar a la curiosidad. Esto dejó de manifiesto que definitivamente la mujer adolescente relaciona y/o maneja su sexualidad con emociones afectivas como lo es el amor, lo cual va más dirigido al compromiso; por su parte los hombres se inclinan más por la experimentación o satisfacción del deseo, la pasión, o bien curiosidad.

Una investigación que, aunque no es mexicana, es relevante por ser una de las pioneras y mas completas en el campo de la sexualidad es la realizada por Schofield (1972) en adolescentes españoles. Su objetivo fue comprobar si existían factores asociados a la experiencia sexual temprana. Evaluó aspectos tales como: ambiente familiar, la educación y trabajo, lo grupos en los que se desenvuelven y actividades recreativas; nos referimos a ellos a continuación.

- AMBIENTE FAMILIAR:

Las circunstancias domésticas no parecen ser un factor importante en la conducta sexual de los jóvenes, mientras que la actitud y actuación de los padres son mucho más decisivas. Así pues, Schofield menciona que los adolescentes no se ven muy afectados ni por el número de traslados de domicilio, ni por la ausencia de un padre o un hogar destruido, ni por su clase social (excepto las chicas, ya que es más probable que las de clase media tengan relaciones sexuales que las de las otras clases) o el oficio de la madre antes de casarse, ni por su posición en la familia (el hijo mayor no es ni más ni menos probable que tenga experiencia sexual, ni el más pequeño, ni tampoco el hijo único), ni por su afiliación religiosa, ni por la asistencia de sus padres a la iglesia.

Por otra parte, menciona que las relaciones con los padres y su felicidad conyugal, la disciplina en el hogar y las facilidades y oportunidades dadas, y en particular el interés de los padres hacia sus hijos durante la adolescencia y el tiempo que pasan juntos; son hechos que parecen influir notablemente en el desarrollo sexual del adolescente. Esto concuerda con lo encontrado por Najera (1991) en adolescentes mexicanos.

Muchos de los resultados de esta investigación demuestran que la conducta de los adolescentes depende de las facilidades disponibles; ya que hay una fuerte relación entre nivel de actividad sexual y oportunidades de invitar a los amigos a la casa sin los padres, tiempo libre de los adolescentes fuera de la casa, el saber a dónde y con quien salen, si conocen a los amigos de sus hijos o no y de la hora que tienen permitida para regresar a su casa (por las noches principalmente).

- EDUCACIÓN Y TRABAJO:

En esta área se encontró que no existe ninguna deferencia en lo que concierne al nivel de actividad sexual entre las chicas que iban a una escuela mixta y las que no; pero sí hay una ligera tendencia a que los chicos expertos sexualmente procedan de escuelas mixtas que de escuelas con separación de sexos. Además, es interesante notar que los chicos que han alcanzado niveles académicos más altos y los que aún van a la escuela tienden a ser personas que no han practicado el coito, pero tienen experiencia de estimulación por debajo de la ropa, estimulación genital y/o contacto intergenital. Muchos de los y las adolescentes que ya han abandonado la escuela son a menudo los que tienen más experiencia sexual.

Por lo anterior, se cree que los y las adolescentes que continúan su educación tienen menos experiencia sexual porque disponen de menos tiempo libre, al igual que ocurre con los que siguen en la escuela; pero no parece que esto pueda aplicarse a los que van a clases nocturnas, ya que estos tienen la misma cantidad de experiencia sexual que los que no asisten a la escuela.

En lo que se refiere al trabajo, se encontró que entre los chicos que trabajan, es más probable que tengan experiencia sexual. Entre las chicas, las que estaban sin empleo parecía ser más probable que tuvieran experiencia sexual, pero las cifras son bajas.

- PERTENENCIA AL GRUPO

Los resultados expuestos por Schofield (1972) en este apartado demuestran que el grupo sí influye en la conducta sexual de los y las adolescentes. Las chicas con experiencia sexual es más probable que pertenezcan a un grupo mixto y los chicos también con experiencia es probable que pasen mucho tiempo con su grupo. Los que se reúnen en establecimientos públicos son expertos con más frecuencia que los que se encuentran en clubs juveniles o en sus propias casas. Los chicos(as) sin experiencia suelen pensar que sus amigos tienen más relaciones sexuales que ellos; esto, junto con las fuertes presiones contra el conformismo en los grupos adolescentes, debe constituir uno de los factores que empujan a un muchacho a la experimentación sexual.

Los chicos y chicas comprometidos tienen más experiencia sexual. Muchos adolescentes se casan con la única persona con quien han practicado el coito, ya sea porque opinan que esto sólo es permisible entre futuros esposos, o ya sea porque un embarazo inesperado les ha conducido al matrimonio.

La mayoría de los y las jóvenes sexualmente activos suelen descubrir lo relativo al sexo a través de sus amigos y acostumbran a prescindir de la información o consejo procedentes de sus padres. La educación sexual dada en las escuelas no parece reprimir las actividades sexuales de los y las adolescentes ni tampoco haberlos alentado "poniéndoles ideas en la cabeza", como algunos temen. Muchos(as) adolescentes creen saber todo lo referente al sexo, tanto si en la práctica tienen una experiencia, como si no. De hecho, los que tienen experiencia sexual están algo mejor informados, pero sus conocimientos aún dejan mucho que desear.

- ACTIVIDADES RECREATIVAS

En lo que se refiere a este punto se encontró que no existe diferencia en la conducta sexual entre los chicos que no están en ningún club, los que están en clubs mixtos, donde se supone que encontrarán a las chicas recomendables y los que están en clubs de un solo sexo, donde no encontrarán chica alguna.

Hay algunas señales que indican que las chicas con experiencia sean las primeras en dejar los clubs juveniles al hacerse mayores. Esto debido a que cuando las chicas tienen un novio desean pasar la mayor parte del tiempo libre con él a solas.

Además, se realizaron indagaciones especiales acerca de las fiestas debido a que se ha dicho que muchas de estas reuniones son preparadas especialmente para facilitar las actividades sexuales. Se encontró una gran asociación entre el nivel de actividad sexual y el número de veces que un chico o una chica habían estado en una fiesta sin vigilancia paterna o materna, el número de veces que ha permanecido en una fiesta hasta la madrugada, el que ingiera alcohol y la cantidad de cigarrillos fumados a diario.

De los anteriores resultados se desprende que lo que parece estar asociado con la experiencia sexual no es el número de fiestas, sino la índole de éstas.

Finalmente, podemos decir que, la principal diferencia entre las chicas y chicos con experiencia sexual estriba en que la chica está más influenciada por la familia. Para llegar a aceptar el coito prematrimonial debe superar las presiones de la familia y olvidar su lealtad hacia

ella; lo cual concuerda con lo encontrado por Ita (2000) en adolescentes mexicanas. Aparte de esto, los factores discriminativos son muy similares y dependen de las facilidades disponibles, del desarrollo físico, del deseo de adaptarse a la adolescencia y de la facilidad con que una persona joven puede adoptar una actitud tolerante frente a las cuestiones morales; esta tolerancia es esencialmente una característica de personalidad, que parece combinarse con un hedonista afán de salir en los muchachos y un rechazo de las influencias familiares en las chicas.

Con todos los datos anteriores, obtenidos en su investigación, Schofield (1972) desarrolla un perfil del adolescente con experiencia sexual; en donde menciona que la imagen de este tipo de chicos y chicas es siempre apresurada por vivir al máximo y partidaria del amor sin moralidad. Aunque no sea del todo exacto, el y la adolescente con experiencia sexual puede ser identificado en cuatro aspectos conductuales:

“Facilidades: Aunque su ambiente familiar no es muy distinto al de los otros, la falta de interés o disciplina por parte de los padres hace que el adolescente encuentre más oportunidades para la conducta sexual.

Desarrollo físico: El grado de crecimiento humano varía considerablemente y la conducta sexual parece estar relacionada con la energía, fortaleza y desarrollo físicos, tanto como con la edad cronológica.

Adaptación: La mitología adolescente es ahora un elemento importante en toda la conducta juvenil y los que tienen experiencia sexual son especialmente propensos a combinar este egocentrismo con un antagonismo hacia las normas adultas exteriores.

Tolerancia: Un fuerte espíritu gregario, combinado con un actitud tolerante hacia las cuestiones morales, parece ser el rasgo más común de todos los muchachos con experiencia sexual, por debajo de los veinte años” (p.228).

2.7 Adolescencia , drogadicción y VIH/SIDA

La drogadicción y el VIH-SIDA son problemas sociales de salud pública cuyo origen implica una multicausalidad de variables interrelacionadas orgánicamente. Entre éstas, encontramos a las socioeconómicas, culturales, familiares e individuales. Es importante mencionar que dependiendo de las características específicas de manifestación del fenómeno, algunas de estas variables aparecen como determinantes fundamentales, sin que por esto, otras pierdan su importancia, ya que es la conjunción de diversos elementos y condiciones lo que intervienen en la gestación y evolución del problema.

Como problema social y de salud pública, la masificación en el consumo de drogas a nivel mundial es un fenómeno relativamente nuevo, cuyos orígenes explícitos, bajo ésta circunstancia, se remontan a la década de los sesentas, en algunos países industrializados europeos y en los Estados Unidos de Norteamérica.

Si bien es cierto, el consumo de drogas es compañero de viaje de la humanidad dentro de diversas culturas, la motivación hacia el acto es cualitativamente distinto entre las sociedades preindustriales y las industrializadas. En algunas culturas se utilizan como parte de rituales y en otras como enajenación.

En nuestros días las drogas, su consumo y la posibilidad de adquirirlas se norma legal o ilegalmente dentro de una lógica de mercado, lo que hace que un mayor número de personas tenga acceso a estos productos.

Por otro lado, sabemos que la familia juega un papel importante dentro de este problema pero el que un miembro de la familia y no el otro, consuma alguna droga, está más relacionado a las características individuales; esto, según investigaciones de Centros de Integración Juvenil (1995).

Dentro de los factores individuales que inciden en la drogadicción se encuentran aquellas características psíquicas que pueden predisponer al abuso de fármacos.

El hecho de que un individuo recurra al abuso de drogas nos habla de una estructura psíquica que lo puede inducir o facilitar a ello para autoprocursarse una fuente inadecuada de satisfacción, de resolución a sus conflictos, una fuente de placer que alivia la tensión emocional. Sin embargo, como esto es una forma de sentir bienestar y como se producen estas dos dependencias psíquicas y/o físicas, el consumo tiende a aumentar y a acentuar la conflictiva interna, el sujeto ha entrado a una situación de un círculo vicioso en donde no encuentra salida.

Rice (1997), ha encontrado una correlación cercana entre los siguientes factores familiares y el consumo excesivo de drogas en adolescentes durante el crecimiento. En comparación con los chicos y chicas que no las consumen:

- “Es menos probable que los y las jóvenes que abusan de las drogas tengan una comunicación abierta con el padre y la madre.
- Usualmente, quienes abusan de las drogas no están cercanos a su padre y a su madre por lo cual, reciben poco apoyo de ambos, y es más probable que tengan malas relaciones con los progenitores.
- Es más probable que quienes abusan de las drogas tengan padres y madres que beban con exceso o utilizan otras drogas psicotrópicas.
- Es más probable que quienes abusan de las drogas provengan de hogares rotos o que no vivan con su padre y madre.
- Es más probable que estén insatisfechos con sus padres y madres y que experimenten privación paterna.
- Los padres y madres de los chicos(as) que abusan de las drogas rara vez suelen alabarlos, aconsejarlos y establecer límites a su conducta.
- El conflicto entre el padre y la madre respecto a las prácticas de crianza de los niños, la disciplina inconsistente, la disciplina restrictiva y el rechazo materno son factores asociados con el consumo de marihuana y alcohol en los y las adolescentes mayores.
- Es probable que los consumidores hayan sido víctimas del abuso físico y sexual por parte de alguno de los padres, lo que los lleva a menospreciarse.
- Las relaciones familiares de los y las adolescentes que abusan de las drogas son similares a las observadas en el caso de los y las adolescentes con perturbaciones emocionales” (Rice, 1997; p. 413).

Los anteriores tipos de situaciones familiares ocasionan problemas de personalidad que hacen más probable el consumo de drogas.

Es importante señalar que durante los períodos de cambio evolutivo, existen etapas de crisis donde la persona tiene que adaptarse a un nuevo estilo de vida. Estos períodos de crisis crean confusión y es cuando el individuo está más predispuesto a iniciarse en un consumo de drogas que le provea de una seguridad artificial.

Uno de los períodos más importantes es la adolescencia, donde el individuo tiene que realizar un reordenamiento de valores, definir su identidad, separarse de los padres en busca de su independencia, etc. Es una etapa de preparación a la vida adulta. Esta crisis por la que atraviesa lo lleva a la búsqueda de nuevas experiencias, lo que propicia el inicio de un consumo de drogas.

Aún cuando la adolescencia sea una etapa de vulnerabilidad hacia el uso inadecuado de drogas, tanto en la niñez como en la vida adulta se atraviesa por períodos y situaciones difíciles que pueden inducir a la drogadicción, sin olvidar que este fenómeno es visto como un síntoma dentro de toda una conflictiva individual, familiar y social.

Como se mencionó anteriormente, es común el experimentar con el alcohol y las drogas durante la adolescencia. Desgraciadamente, con frecuencia los y las adolescentes no ven la relación entre sus acciones en el presente y las consecuencias del mañana. Ellos tienen la tendencia a sentirse indestructibles e inmunes hacia los problemas que otros experimentan. El uso del alcohol o del tabaco a una temprana edad aumenta el riesgo del uso de otras drogas más adelante. Algunos(as) adolescentes experimentan un poco y dejan de usarlas, o continúan usándolas ocasionalmente sin tener problemas significativos. Otros desarrollarán una dependencia, usarán drogas más peligrosas y se causarán daños significativos a ellos mismos y posiblemente a otros.

Por su parte la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998) menciona que "la adolescencia es el tiempo de probar cosas nuevas. Los y las adolescentes usan el alcohol y las otras drogas por varias razones, incluyendo la curiosidad, para sentirse bien, para reducir el estrés, para sentirse personas adultas o para pertenecer a un grupo. Es difícil el poder determinar cuáles de los y las adolescentes van a desarrollar problemas serios.

Los y las adolescentes que corren el riesgo de desarrollar problemas serios con el alcohol y las drogas incluyen aquellos:

- con un historial familiar de abuso de sustancias,
- que están deprimidos,
- que sienten poco amor propio o autoestima, y que sienten que no pertenecen y que están fuera de la corriente".

Los y las adolescentes abusan de una variedad de drogas, tanto legales como ilegales. Las drogas legales disponibles incluyen las bebidas alcohólicas, las medicinas por receta médica, los inhalantes (vapores de pegamentos, aerosoles y solventes) y medicinas de venta libre para la tos, la gripe, el insomnio y para adelgazar. Las drogas ilegales de mayor uso común son la marihuana (pot), los estimulantes (cocaína, "crack" y "speed"), LSD, PCP, los derivados del opio, la heroína y las drogas diseñadas (éxtasis). El uso de las drogas ilegales está en aumento, especialmente entre los y las jóvenes o adolescentes. La edad promedio del que usa marihuana por primera vez es de 14 años, y el uso del alcohol puede comenzar antes de los 12. El uso de la marihuana y el alcohol en la escuela superior se ha convertido en algo común (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998).

En nuestro país; debido a lo complicado del tema resulta muy difícil tener un registro nacional, pero existen algunas dependencias que pueden proporcionar información confiable sobre los índices de drogadicción; entre las cuales se pueden mencionar las siguientes:

- La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud por medio de su Encuesta Nacional de Adicciones, cuyas dos últimas aplicaciones fueron realizadas en 1993 y 1998 en nuestro país; reportan según la información levantada en sus entrevistas (1993 = 20243 y 1998 = 11400 entrevistas) los siguientes resultados:
 - El número de personas que había utilizado alguna droga ilegal alguna vez en la vida paso de 1.5 millones en 1993 a cerca de 2.5 millones en 1998.
 - De acuerdo con los datos de 1998, el grupo más afectado es el de los hombres entre 18 y 34 años, entre quienes el uso de drogas alguna vez en la vida alcanza una prevalencia de 15.61%.
 - Entre los menores de 18 años, la prevalencia total asciende a 3.57%.
 - Asimismo, el uso de sustancias ilícitas entre hombres es considerablemente mayor que en las mujeres 11.09% contra 0.87% (prevalencia total): una razón de 13 hombres por cada mujer.
 - Las sustancias cuyo uso se halla más extendido son la marihuana, la cocaína y los solventes inhalables. Entre 1993 y 1998, el consumo alguna vez en la vida observó un incremento de 1.4, 2.6 y 1.6 veces, respectivamente (Cordova, 2000).

- La Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar. Fue realizada por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con población estudiantil de educación media básica y media superior. Aplicada en 1991 a una muestra de 61,779 estudiantes. Los resultados indican que:
 - Al interior de este grupo poblacional, son los varones de mayor edad y que cursan preparatoria quienes están en mayor riesgo de consumir sustancias.
 - Las sustancias que registran una mayor prevalencia alguna vez en la vida son los inhalables (3.5% de la población), seguidos por las anfetaminas, los tranquilizantes y la marihuana.
 - El 2.19% reportó usar dos o más drogas (Cordova, 2000).

- El Instituto Mexicano de Psiquiatría es una de las instituciones que más se dedica a estudiar esta problemática. Por medio de su Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), cuenta con una base de datos superior a los 9,000 casos de personas usuarias de drogas captadas en instituciones adscritas a los sectores de salud y procuración de justicia de la ciudad de México. A continuación, presentamos los resultados obtenidos de 1900 a 1999.
 - Respecto a las drogas ilegales se observa que la marihuana y los inhalables que han mantenido el nivel de consumo más elevado (en promedio 56.7% y 66.5% respectivamente).
 - La utilización de la cocaína ha tenido un incremento desmesurado ya que de un registro inicial del 3.9% en 1987, paso a ser del 39.8% en 1997.

- Los sedantes han tenido una tendencia hacia el incremento de su uso a partir del primer semestres de 1996.
 - El Refractil Ofeno es consumido por el 18.4% de los usuarios de drogas hasta 1997.
 - El éxtasis es consumido por el 8% de los usuarios de drogas médicas hasta 1997 (Cordova, 2000).
- Y Centros de Integración Juvenil realizó un estudio epidemiológico del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento entre los años de 1990 y 1997, publicado en Septiembre de 1998. Los resultados obtenidos son los siguientes:
- La cocaína tuvo un gran incremento, de 12.2% de consumo en el año de 1990 llegó a estar en 68.2% en el año de 1999.
 - La marihuana mantiene porcentajes similares que la cocaína.
 - Los solventes inhalables tuvieron un decremento considerable en el período de 1990 a 1999.
 - La edad de ingreso a este centro es de 15 a 19 años (33.7%).
 - El 89.8% de los usuarios de drogas es de sexo masculino.
 - El promedio de edad de consumo de drogas es de 10 a 19 años.
 - La principal droga con la que se inician es el alcohol, seguido de la marihuana (Cordova, 2000).

El uso de las drogas está asociado con una variedad de consecuencias negativas, que incluyen el aumento en el riesgo del uso serio de drogas más tarde en la vida, el fracaso escolar, el mal juicio que puede exponer a los y las adolescentes al riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas y arriesgadas y el suicidio. Los padres y madres pueden ayudar en la educación a temprana edad acerca de las drogas, estableciendo comunicación, siendo ejemplo y modelo, y reconociendo desde el comienzo si hay problemas desarrollandose.

Las principales señales del uso de alcohol y del abuso de drogas por los y las adolescentes pueden incluir:

- **Físicas:** fatiga, quejas continuas acerca de su salud, ojos enrojecidos y sin brillo y una tos persistente.
- **Emocionales:** cambios en la personalidad, cambios rápidos de humor, irritabilidad, comportamiento irresponsable, poco amor propio o autoestima, carencia de juicio, depresión y una falta general de interés.
- **Familia:** el comenzar discusiones, desobedecer las reglas, el retraerse o dejar de comunicarse con la familia.
- **Escuela:** interés decreciente, actitud negativa, faltas al deber, calificaciones bajas, ausencias frecuentes y problemas de disciplina.
- **Problemas Sociales:** amigos nuevos a quienes no les interesan las actividades normales de la casa y de la escuela, problemas con la ley y el cambio hacia estilos poco convencionales en el vestir y en la música (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998).

Cabe señalar, que algunas de estas señales de aviso pueden también ser señales indicativas de otros problemas. Los padres y madres pueden reconocer las señales de problemas pero no se espera que ellos hagan el diagnóstico. Una manera eficaz para los padres y madres de demostrar su preocupación y afecto por el o la adolescente es discutir francamente con éste el uso y abuso de las bebidas alcohólicas y de las otras drogas.

En general, se han observado algunos rasgos de personalidad comunes en individuos que consumen droga, tales como: inseguridad, falta de autoestima, conflicto con la autoridad, agresividad, falta de tolerancia a la frustración, es decir, no pueden aplazar la gratificación o asumen actitudes de desánimo fácilmente, así mismo es difícil que establezcan relaciones íntimas duraderas con otras personas. Esta última es una de las más importantes porque es una de las causas por las cuales los y las adolescentes tienen relaciones sexuales con parejas ocasionales y sea más probable su contagio de VIH-SIDA; además de las drogas inyectables con jeringas no esterilizadas (aunque el consumo de estas drogas actualmente ya no sea muy usual).

La imagen que los y las adolescentes tienen de sí mismos y de sus relaciones con sus amigos y progenitores, se relaciona con su propia sexualidad. Durante la adolescencia la actividad sexual, desde besos casuales hasta el coito, satisface una gran cantidad de necesidades importantes como lo es el placer físico. Más importante es la habilidad de la interacción sexual para mejorar la comunicación, para ejemplificar la búsqueda de nuevas experiencias, para proporcionar madurez, para estar a tono con los amigos y para lograr acabar con presiones sociales. De esta forma, con el objeto de verse libre de las presiones familiares, de los amigos y de la sociedad en general, el o la adolescente se compromete en actividades sexuales aún antes de estar preparado para ellas; esto es, incluso antes de que haya recibido una educación sexual adecuada y oportuna que le dé las armas suficientes para salvar las consecuencias graves del ejercicio de la sexualidad tales como las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA (Papalia, 1987).

Hoy en día los adolescentes de ambos sexos confrontan un serio riesgo de infección por el VIH, que a su vez causa el SIDA. El VIH/SIDA es una enfermedad crónica y en la mayoría de los casos es mortal. A pesar de que existe un mayor entendimiento y conciencia, la infección del VIH es una amenaza seria para los y las adolescentes heterosexuales tanto como para los homosexuales. Cuando los y las adolescentes se toman ciertos riesgos, es más probable que se contagien con el VIH y que desarrollen el SIDA (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999).

“Los datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son preocupantes ya que la mayoría de las personas infectadas por este virus fueron contagiadas en la adolescencia; ya que fluctuaban en edades de entre 15 y 24 años pero esto es más preocupante ya que como van avanzando las generaciones a más temprana edad comienzan con una vida sexual activa” (Micher, 2000: pp. 2,3).

Ante estas expectativas, desde hace varios años se han llevado a la práctica diversas intervenciones educativas con el objeto de proteger de la amenaza del VIH/SIDA a los y las adolescentes, incrementando el conocimiento acerca de la enfermedad, sus consecuencias y formas de prevención. Desafortunadamente, se ha comprobado que el mero conocimiento acerca del VIH/SIDA no se traduce a conductas preventivas. La mayoría de los estudiantes conocen todo lo relacionado con el VIH/SIDA y las estrategias de prevención; sin embargo, no se perciben

como sujetos de riesgo ni realizan cambios en su comportamiento sexual para protegerse de una posible infección de VIH/SIDA.

Se ha sugerido que una educación comprensiva sobre el VIH/SIDA puede ser más efectiva cuando se proporciona durante la primera fase de la adolescencia y no en etapas posteriores. Esto se debe a que durante esa primera etapa es más factible influir o cambiar los rasgos del comportamiento sexual del rol y de los riesgos ya que éstos no logran su consolidación sino hasta etapas posteriores.

La infección del VIH se puede prevenir. El conocimiento acerca del VIH/SIDA es un aspecto importante para la prevención. Los padres y madres deben de instruir a sus hijos e hijas y cooperar con las escuelas, iglesias, grupos juveniles y profesionales de la salud para asegurarse que tanto niños(as) como adolescentes reciban instrucción acerca del sexo y tomen cursos sobre la prevención del abuso de drogas que incluyan información acerca del VIH/SIDA (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999).

Por ello se considera que una intervención eficaz para la prevención de la infección del VIH/SIDA en los y las adolescentes deberá adoptar una amplia perspectiva y metodología que integre la educación sexual sobre VIH/SIDA en la educación sexual y la promoción de la salud. Las estrategias preventivas deberán contemplar las áreas e intereses principales de los y las adolescentes, tales como la sexualidad, la pareja, la exposición a riesgos y la prevención de ITS y embarazos no planeados. La intervención médica relativa a la actuación del VIH/SIDA y sus vías de transmisión, deberán sumarse a una educación práctica y al apoyo de los y las jóvenes en cuanto a las prácticas de reducción de riesgo (Franzkowiak, 1990).

La adolescencia representa la mejor opción para disminuir la incidencia de infección por el VIH/SIDA ya que estos y estas jóvenes se encuentran en el umbral de iniciar su vida sexual activa. Es en esa edad donde deben fortalecerse las campañas preventivas y en forma muy particular incluirse una cultura en el uso del condón.

La importancia de conocer las costumbres sexuales de los y las jóvenes y los peligros reales del contagio de VIH/SIDA por la vía sexual, recae en que los y las adolescentes representan una ventana de oportunidades para romper el ciclo de la transmisión del VIH y su impacto en futuras generaciones. Para los muchachos y muchachas que crecen esperando iniciar una familia, la información acerca del VIH y del SIDA antes de que se vuelvan sexualmente activos los motivará a hacer elecciones sexuales seguras.

El abuso de las drogas y/o el alcohol y la promiscuidad sexual prematura son comportamientos altamente riesgosos. Una evaluación por un psicólogo de niños y adolescentes puede ser un primer paso importante para ayudar a la familia a responder efectivamente a los comportamientos que implican un alto riesgo para los niños(as) y los(as) adolescentes.

La educación sexual a temprana edad es el freno más importante para enfermedades tan devastadoras como el VIH/SIDA. Por tal motivo, a continuación mencionamos una breve historia de la educación sexual en nuestro país.

2. 8 La educación sexual en México.

La iniciación sexual es uno de los temas más escabrosos de la sexología, fundamentalmente en una etapa difícil como es la adolescencia, ya sea en el hombre o la mujer, llena de conflictos por resolver y donde siempre está presente el "yo todo lo puedo".

Como hemos venido mencionando, en la adolescencia la educación sexual constituye un punto de gran interés ya que la sexualidad forma parte de la identidad básica en los seres humanos que se expresa con un estilo personal jugando un rol, un papel dentro de la sociedad. La sexualidad forma parte del individuo, se inicia con la vida y evoluciona influyendo en el medio ambiente que le rodea.

Como es bien sabido, la educación sexual inicia a partir del padre y la madre, quienes empiezan tratando de manera diferente a sus hijos e hijas, comenzando con el color de la cobija con que envuelven al recién nacido; azul para los niños y color rosa para las niñas. Posteriormente la siguen aquellas personas que se relacionan con el niño, como son las instituciones escolares y los diferentes programas de sexualidad realizados por distintas organizaciones civiles y privadas de salud a los que tienen acceso por diferentes medios. Dicho proceso de educación se explica a continuación.

Los padres forman parte fundamental de la educación sexual, ya que incluso antes de que el niño(a) hable, se irá determinando su futura sexualidad, orientada por la sexualidad de los padres; por la forma en que lo aman sus progenitores, la manera como lo acarician, lo cargan, el afecto o dureza que se manifiesta en el tono de voces, entre otras cosas.

Cuando los hijos e hijas crecen los progenitores suponen que si no se les habla de sexo lo evitarán, pero no ocurre así, ya que la información es proporcionada por compañeros o compañeras, la cual en su mayoría es información errónea y escuchada con vergüenza y culpabilidad. El motivo para no dar educación sexual puede ser el ignorar la importancia que tiene en el desarrollo de nuestra personalidad.

Por otro lado, es probable que la falta de información de los padres acerca del tema les haga sentirse incómodos y tratan de evadir el tema o las preguntas, no contestando a ellas, respondiendo de manera errónea o fingiendo no escuchar; dando lugar a que sus hijos obtengan información por otro medio.

La familia es el organismo encargado de diversas tareas, el cuidado del niño(a), de guía del adolescente y del proceso de interacción entre la sociedad y el individuo. La interacción de las personalidades dentro de la unidad es estrecha y continua, debiendo adaptarse a los requerimientos que haya en ella cada uno de los individuos; siendo la familia la base de la estructura social.

Los y las adolescentes esperan ser orientados sobre sexualidad por un miembro de la familia o de la institución escolar; pero la incompetencia de los adultos para exponer la sexualidad de manera franca y abierta, hace que los y las adolescentes perciban a la sexualidad de manera inadecuada, obteniendo información que es irreal y falsa, pero la necesidad de información sexual lo lleva a buscar otras fuentes para satisfacer su curiosidad normal.

"Por su parte, Elías (citado en Zacatelco, 1998), cree que los niños y adolescentes cuya fuente primaria de información sexual la constituyen los amigos se hallan expuestos con frecuencia a la pornografía como parte de su educación sexual arriesgada" (p.57).

La educación sexual proporcionada por diversas instituciones de salud se remonta a 1974, año en que se desarrolló por primera vez en el país un Programa Nacional de Educación Sexual vinculado a los programas de desarrollo del sector educativo y salud, y regulado por la Ley General de Población. Este programa dio las bases para incorporar en el currículum oficial de la Secretaría de Educación Pública contenidos sobre la reproducción humana, la pubertad y el desarrollo humano entre los estudiantes de la primaria, y sobre la prevención de embarazos a los estudiantes de la secundaria. Investigadores de la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) y del Colegio de México participaron en la elaboración de los primeros libros de texto que contenían el currículum de educación sexual (Rodríguez, 2000).

La reacción no se dejó esperar. en 1975 la Unión Nacional de Padres de Familia publica un desplegado contra los libros de texto de la SEP, y además organiza quemas públicas de esos libros en ciudades como Monterrey, San Luis Potosí, Aguascalientes y chihuahua. Por las presiones ejercidas por esos grupos y algunos aliados de la jerarquía católica (como Provida), la segunda edición del libro de Ciencias Naturales se enmendó para poner trajes de baño al niño y niña que aparecían desnudos en la lección de anatomía y pubertad (González, 1998).

Pero la educación sexual no se suspendió, por el contrario el Consejo Nacional de Población junto con la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud desarrolló un amplio programa de capacitación para maestros, médicos, profesionales y promotores de salud para el cual convocó a que colaboraran maestros y profesionales del sector salud, así como a las principales ONG (Organizaciones No Gubernamentales) del país. AMES, CORA, AMS y FEPAC, además de nuevas organizaciones que se crean en los siguientes años, colaboran en las actividades de capacitación y en la elaboración de materiales de educación sexual. En 1979 se crea el Instituto Mexicano de Sexología (IMESEX) enfocado a la capacitación en sexología de funcionarios, maestros y profesionales de la salud, abarcando educación sexual y formación clínica especializada, y asentando su base en el Distrito Federal pero con actividades de capacitación en muchas regiones del país.

En esa década, la zona del norte del país presenta un desarrollo importante de organizaciones civiles, que se relacionan con el trabajo transfronterizo, con actividades que facilitan el intercambio de experiencias técnicas y apoyos financieros de los Estados Unidos (Rodríguez, 2000).

El impacto de los primeros años de educación sexual que desarrollara la SEP con su enorme red de planteles de educación primaria y secundaria, se vio reflejado en el mediano plazo, en las primeras encuestas nacionales de sexualidad aplicadas a los jóvenes por el CONAPO, por la Secretaría de Salud y CORA (dichos resultados no son muy confiables, ya que años más tarde hay un incremento considerable en la tasa de embarazos). Dos indicadores claros medidos después de diez años, muestran que un 40% de los y las estudiantes de nivel medio superior admiten haber sido informados sobre las medidas sexuales preventivas de parte de sus maestras y maestros, y expresan actitudes positivas al respecto, aunque menos de un 20% había utilizado los métodos preventivos. La contradicción entre el conocimiento y las prácticas sexuales comenzaban a mostrar la complejidad de involucrar a los y las jóvenes en una cultura sexual preventiva. En esos estudios, sorprendió también saber que las madres de familia son importantes

informantes sobre sexualidad y anticonceptivos hacia sus hijas e hijos. (CONAPO, 1988, ECRAMM, 1988, Morris, L, 1988).

En términos de las políticas internacionales, la Segunda Conferencia Mundial sobre Población realizada en México en 1984, había cambiado los términos. En la famosa "Acta de la Ciudad de México", la ofensiva republicana comandada desde el Gobierno de los Estados Unidos vetaba los programas comprometidos con el aborto (que en algunos países estaba despenalizado) y la educación sexual de los y las adolescentes. Se argumentaba que los y las adolescentes no requerían este tipo de servicios sino hasta que se unieran o casaran, por lo que desde la Naciones Unidas y las Agencias de Cooperación Internacional de los Estados Unidos no se dirigirían recursos a programas de planificación familiar para adolescentes.

Cinco años después, con una visión comprometida con los derechos humanos, en Naciones Unidas se reconocían por primera vez los derechos sexuales de los menores de edad en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. La Convención comprometió a los gobiernos a garantizar información y educación a los niños(as) (menores de 18 años) y adolescentes (personas entre 10 y 19 años de edad) y ofrecer bases muy firmes para sustentar los derechos sexuales y la equidad de género en la escuela (Rodríguez, 2000). En respuesta a los compromisos que firmara México en esa Convención, los programas de la Secretaría de Educación Pública incorporaron los derechos del niño en 1993 dentro del *currículum* de Ciencias Naturales y Civismo, la lucha contra los prejuicios de género, así como los derechos de niñas, niños, jóvenes y mujeres en relación con su privacidad e integridad corporal, aunque no hay mayores avances en términos de la información preventiva que ya se habían incorporado desde 1975.

Por otro lado, los estudios hechos por CONAPO, la Secretaría de Salud, el INEGI, la UNAM y el IMSS señalaban que justamente entre los menores de 20 años estaba el rezago de servicios más importante, y que los logros de la transición eran muy desiguales según las etapas vitales, las regiones y los grupos sociales. En términos de las tasas de fecundidad, el avance más limitado ocurrió entre los grupos de alta marginación social (urbanos y rurales) y los grupos juveniles. La duplicación y el crecimiento de la población de 15 a 19 años en las últimas décadas habían influido también en el aumento de madres jóvenes y de hijos premaritales. La relación evidente es que a mayor marginación, mayor fecundidad y que el modelo de maternidad más tardía podría ser incorporado principalmente por las jóvenes que tienen acceso a los estudios superiores y que viven en las áreas urbanas (CONAPO, 1988, Welti, 1989, INEGI/UNIFEM, 1994, Mendoza, et al. 1992).

Mientras se toma conciencia del rezago juvenil de los programas de sexualidad, la epidemia del VIH/SIDA venía sorprendiendo a la humanidad desde 1982. La imposibilidad de curar y controlar la infección señalaba a la educación sexual como principal estrategia operativa (Rodríguez, 2000).

En 1986 se funda el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) y se desarrollan los primeros programas de control epidemiológico. Los estudios muestran que la principal vía de transmisión es el contacto sexual, las prácticas desprotegidas entre hombres que tienen sexo con hombres, de hombres que tienen contactos bisexuales han sido los grupos más afectados desde el principio de la epidemia. Un 70% de las infecciones se adquieren en la adolescencia y juventud, y la transmisión hacia las mujeres mantiene una tendencia al aumento. Toda vez que el VIH/SIDA puso al descubierto la diversidad de las

prácticas sexuales y la homofobia de la cultura mexicana, las movilizaciones civiles en torno al VIH/SIDA y la defensa de la diversidad se empiezan a visibilizar mucho más.

Desde el punto de vista de Hernández (1995), "CONASIDA empezó con una respuesta responsable aunque después perdió tiempo y recursos valiosos al dedicarse más bien a operar estrategias restrictivas, tales como exigir exámenes prenupciales o proponer reformas a los códigos penales para prevenir el avance, en vez de concentrar sus esfuerzos en las actividades educativas, línea que se volverá a priorizar hacia finales de los 90's. Las reacciones negativas de la sociedad a las campañas, la desatención a los temas sexuales y el desdén social hacia los homosexuales ha impedido la información franca y adecuada, tan crucial para detener la propagación en poblaciones con prácticas sexuales de alto riesgo. En cuanto al área de tratamiento hay innumerables quejas de maltrato, falta de calidad en los servicios del sistema de salud pública, y dificultad de acceso a tratamientos y medicamentos. Desde la sociedad civil se han ensayado y puesto en operación esfuerzos político-organizativos y de articulación entre las ONG mexicanas con trabajo en VIH/SIDA" (pp. 10-12).

Nuevas instituciones fueron fundadas, ya no solo para difundir la educación sexual, sino también; para ofrecer apoyo a los enfermos de VIH/SIDA e información preventiva para la población en general. Entre las cuales están; la Fundación Mexicana en Lucha contra el SIDA, Ser Humano, Organización de Atención Integral en SIDA (ORAIN), Mujeres por la Salud en lucha contra el SIDA (MUSA), THAIS, MEXFAM, el Desarrollo Integral del Adolescente (DIA) del DIF; entre otros.

Años más tarde, en nuestro país, se realiza la declaración de Monterrey; en donde expertos, representantes de organismos nacionales e internacionales, gubernamentales y no gubernamentales llegaron a comprometerse en esta reunión con la elaboración de un Plan Nacional de Salud del Adolescente que tendría como propósitos a) fomentar la salud integral del y la adolescente, b) promover la salud sexual y reproductiva del y la adolescente, entendida como el ejercicio responsable e informado de su sexualidad y, c) promover en los y las adolescentes el uso adecuado y oportuno de los servicios de atención a la salud, para prevenir daños y reducir riesgos específicos. La ejecución del programa se comprometía con la necesidad de que participaran activamente los y las adolescentes en su formulación, operación y evaluación y se reconocía la importancia de participar con el Sector Educativo. La iniciativa llevó a instalar centros de atención para adolescentes en todo el país, llegando a tener 248 centros funcionando en el año 2000.

El DIF, el IMSS ordinario, el IMSS Solidaridad, el ISSSTE que si bien habían desarrollado programas de capacitación sobre sexualidad adolescente entre su personal, ahora se comprometen con servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos hacia los y las adolescentes. Además, con la finalidad de crear espacios específicos para alcanzar a más de dos millones de adolescentes, se abrieron Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) que se instalan en cada uno de los Hospitales Rurales, en los Centros de Educación Rural para la Salud y en Grupos de Autoayuda (Espinosa, G., 2000).

Los derechos comienzan a reconocerse en tanto los programas de Salud y el programa de Desarrollo Educativo 1995-2000 dan prioridad a la educación relacionada con la sexualidad y la salud reproductiva, y se compromete a disminuir la incidencia de embarazos y la maternidad precoces, a combatir la agresión sexual y a reducir la incidencia de las infecciones de transmisión sexual, en particular del VIH/SIDA (Rodríguez, 2000).

La definición de Salud Reproductiva fue acordada en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994. La cual quedó definida como "el estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad".

En términos de la salud reproductiva de los y las adolescentes, las recomendaciones más importantes de la CIPD destacan:

- "Proteger y fomentar el derecho a los y las adolescentes al disfrute de los más altos niveles de salud proporcionando servicios adecuados, concretos y accesibles.
- Fomentar la protección y la promoción de la salud de los y las adolescentes en la que se incluye la salud sexual y reproductiva.
- Formular planes de acción para adolescentes y jóvenes con base a la equidad y la igualdad entre los sexos, la conducta sexual responsable, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, así como para contrarrestar la violencia contra los y las adolescentes.
- Asegurar que los programas y las actitudes de los adultos no restrinjan el acceso de las y los adolescentes a los servicios adecuados y a la información que necesitan para la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA y la violencia y abusos sexuales"(Rodríguez, 2000; pp. 6-7).

De esta manera, una educación sexual debe promover:

- "Una sexualidad libre, placentera, responsable, segura e informada.
- Una actitud positiva ante la vida, la búsqueda del conocimiento, el desarrollo personal, la confianza y la autodeterminación.
- La superación de la cultura del miedo y la culpa basada en la ignorancia y el dogmatismo.
- Una información completa, científica, veraz y oportuna sobre sexualidad e Infecciones de transmisión sexual.
- La comunicación entre iguales, con la pareja, madres y padres de familia, maestras (os) y otros profesionales de la salud y la educación.
- La formación de actitudes y desarrollo de habilidades para favorecer un código ético personal.
- La negociación equitativa en las prácticas sexuales para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH-SIDA.
- La prevención del hostigamiento, abuso sexual, el incesto y la violencia sexual, la explotación y tráfico de menores, mujeres y jóvenes.
- La lucha contra la homofobia y los crímenes por odio" (Rodríguez, 2000; p. 8).

El derecho a la educación sexual está explícitamente reconocido en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 y es parte de la Carta Iberoamericana de Derechos de la Juventud. En nuestro país este derecho está contemplado también indirectamente en las garantías individuales de nuestra Constitución, así como en la Ley General de Educación y en la Ley General de Salud (Rodríguez, 2000).

El Nuevo currículum de la SEP.

Por su parte: las instituciones escolares, por medio de la Secretaría de Educación Pública, incorporaron en 1997 una nueva materia de Orientación Educativa en el último grado de la secundaria, en la cual se hace un abordaje integral de la sexualidad incorporando la comunicación, los procesos adolescentes y el noviazgo en diferentes ámbitos (urbano, rural), se habla de las relaciones sexuales, la prevención de embarazos no deseados, la morbi-mortalidad materna y los derechos reproductivos, así como de los derechos de los y las jóvenes y de quienes viven con VIH/SIDA. En 1998 se incorporó por primera vez en el libro de texto de 5° grado de primaria de Ciencias Naturales, el tema de la sexualidad humana en un sentido no reproductivo y reconociéndola como una dimensión integral y placentera de la vida. Se enmarca por primera vez dentro de un conjunto de valores como son libertad, la responsabilidad, el amor, el respeto, la solidaridad y la tolerancia. Además se promueve la equidad de género tanto en términos de las funciones sociales de niñas y niños, como en la necesidad de acceder a iguales oportunidades de desarrollo intelectual, social y sexual.

Y en la secundaria, por primera vez se logra incorporar la educación sexual como parte de la formación ciudadana, es decir se reconoce como parte de los derechos humanos. En 1999 se incluyó en los tres años de la secundaria una nueva asignatura seriada titulada Educación Cívica y Ética. La educación sexual queda enmarcada como parte de los valores democráticos, explícitamente promovidos en el plan y libros de texto actuales: la libertad, la igualdad, la equidad entre los sexos, la justicia, el respeto, la tolerancia, la solidaridad y la responsabilidad. Se reconoce por primera vez la importancia del placer y se lleva a una sensibilización sobre el machismo, la violencia familiar, la violación, el embarazo adolescente, el cáncer de cervix y de mamas y las infecciones de transmisión sexual. Un avance que realmente coloca a México en una posición pionera en comparación con muchos países del mundo. Se trata de una visión que no se había concretado en 100 años de educación laica, un programa que por primera vez habla de los valores universales y difunde los derechos humanos para empoderar a los y las jóvenes mexicanas como parte de la formación ciudadana. Este programa sin embargo, se topa con la falta de una cultura de los derechos humanos entre el magisterio nacional, y con la pobreza de recursos para capacitación y actividades didácticas.

En el mismo año del nuevo currículum de secundaria, se publica el libro de 6° grado de la primaria, y en oposición al libro de 5° y al currículum de la secundaria, se recurre una vez más a la promoción de la abstinencia sexual como la medida más importante de prevención de la salud sexual. Se evitan las precisiones acerca de las medidas de prevención de embarazos y los procedimientos para prevenirse de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA. La famosa agenda de la abstinencia que niega el derecho a la información de los menores de edad y el "Say No" que con tan poca eficacia ha inundado tantas escuelas conservadoras de los Estados Unidos, llegaba al programa oficial de México por primera vez. El retroceso es grave, en la medida en que llega a excluir a los niños y niñas del ejercicio de los derechos que protege el artículo 3° y 4° constitucional y los valores que les dan fundamento. Se trata de una amenaza a la libertad individual de los menores, al intentar uniformar la sexualidad de la juventud (se define la relación sexual como heterosexual y entre adultos) y limitar la información sobre las prácticas preventivas, se omiten temas tan importantes como la masturbación, el noviazgo, el sexo entre jóvenes, los métodos anticonceptivos y las prácticas sexuales preventivas del VIH/ SIDA, y evadir otros problemas que afectan a los menores tales como el incesto y la homofobia. Las similitudes con la agenda de la abstinencia que viene comandando la red de organizaciones de la Nueva Derecha hacen pensar que en esta ocasión su

influencia fue decisiva. Tomando en cuenta que en algunas regiones rurales, de un 20 y 30% (según la región) no accede a la formación secundaria, las omisiones del único libro que existe en muchos hogares llevan a perder una última oportunidad para informar sobre la prevención a niños y niñas de la primaria, para que se preparen oportunamente y puedan transitar hacia el compromiso ético que significa decidir informadamente con responsabilidad sobre el cuerpo y defender el derecho a una vida sexual sana, libre de embarazos, de infecciones, de violencia y de culpa (Rodríguez, 2000).

Se concretan así en un solo *currículum* escolar, dos visiones polarizadas de la educación sexual, la más progresista y la más conservadora coexisten en los libros actuales de texto.

Lo más importante, en nuestro tiempo, es una adecuada educación sexual con bases sólidas que permitan al individuo administrar su propia sexualidad y que contemple el contexto sociocultural, educativo, religioso, moral y legal donde desarrollar esta sexualidad.

Finalmente; aunque con el paso de los años se han desarrollado diversos programas de educación sexual a diferentes niveles de edad, lo cierto es que aún en la actualidad, nuestro país sigue influenciado por tabús y posturas conservadoras que todavía no permiten o no están de acuerdo que se hable en las escuelas abiertamente no sólo sobre el desarrollo sexual en el ser humano y los cambios entre niños y niñas al llegar la adolescencia; sino de cómo son en realidad las relaciones sexuales, sus consecuencias si no se hacen responsablemente, los métodos anticonceptivos y donde conseguirlos, las infecciones de transmisión sexual (sobre todo el VIH/SIDA), medidas y métodos para evitar ser contagiado, etc.; lo cual hace que las estadísticas de embarazos no deseados, abortos, madres solteras y de VIH/SIDA sigan aumentando considerablemente.

Pero por su parte los padres tampoco se atreven, en muchos de los casos, a hablar con sus hijos de sexualidad ya sea por vergüenza, por querer pensar que sus hijos son muy pequeños para entenderlo, algunos por esperar a que en la escuela se los expliquen; sin pensar que ellos están imitando a su programa favorito, están pidiendo consejo a sus amigos que quizá saben igual o menos que ellos, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 3. METODO

3.1 Planteamiento y justificación del problema.

La presente investigación es importante porque la mayoría de los casos de VIH/SIDA registrados actualmente son de personas que han sido contagiadas en la adolescencia (CONASIDA,2001); quizá ello se deba a varias razones: 1) falta de información acerca de los métodos de prevención del VIH/SIDA, 2) creencias que tengan acerca de la propagación del virus (VIH/SIDA), 3) a la omnipotencia propia del egocentrismo adolescente que no les permite percibir el riesgo de contagio o, 4) por la inquietud de iniciar su vida sexual. Podrían ser muchos los motivos, pero sería de interés saber cuales son exactamente esas razones para actuar más eficazmente sobre la prevención del VIH/ SIDA.

El interés de trabajar con un grupo de adolescentes de secundaria resalta por diversos aspectos: involucra edades en las que las conductas implican riesgo, incluye a los futuros portavoces de información en la sociedad y además; porque de acuerdo con diferentes estudios nacionales e internacionales (Alfaro, 1991; Díaz Loving,1999), este grupo ha mostrado contar con muy pocos conocimientos sobre el modo de transmisión y prácticas preventivas; aunque paradójicamente, lo poco que saben no lo llevan a cabo en muchos de los casos, ni manifiestan una preocupación por el riesgo de contagio.

Realizar este estudio, en un grupo considerado de riesgo por sus conductas, lo consideramos importante por que puede arrojar información relevante en cuanto a las necesidades de educación que tienen los y las adolescentes, la familia y la escuela.

Esta información podría contribuir a crear estrategias necesarias para prevenir la propagación de la infección por VIH y modificar las creencias y percepciones de riesgo de contagio de VIH/ SIDA, dada la confusión que existe entre los y las adolescentes en cuanto al verdadero origen del VIH/SIDA y sus formas de transmisión. Ellos son quienes pueden frenar considerablemente el avance tan alarmante de casos de VIH/SIDA en México y el mundo.

Pregunta de investigación.

¿Existe diferencia entre la edad, género y debut sexual con respecto a los conocimientos, las creencias y la percepción de riesgo que tienen del VIH/ SIDA un grupo de adolescentes estudiantes de secundaria?

3.2 Hipótesis.

❖ Hipótesis Conceptual.

Existen diferencias significativas entre los estudiantes de secundaria de primer ingreso y los de último grado escolar con respecto a los conocimientos, creencias y percepción de riesgo que tienen del VIH/ SIDA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

❖ Hipótesis Alternas.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos, creencias y percepción de riesgo del VIH/ SIDA entre estudiantes de secundaria según su edad.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos, creencias y percepción de riesgo del VIH/ SIDA entre estudiantes de secundaria hombres y mujeres.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos, creencias y percepción de riesgo del VIH/ SIDA entre estudiantes de secundaria que han y no han tenido relaciones sexuales.

❖ Hipótesis Nulas.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos, creencias y percepción de riesgo del VIH/ SIDA entre estudiantes de secundaria según su edad.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos, creencias y percepción de riesgo del VIH/ SIDA entre estudiantes de secundaria hombres y mujeres.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos, creencias y percepción de riesgo del VIH/ SIDA entre estudiantes de secundaria que han y no han tenido relaciones sexuales.

3.3 Variables.

❖ Variables Dependientes.

- Conocimientos acerca del VIH/ SIDA.
- Creencias sobre el VIH/ SIDA.
- Percepción de riesgo de contagio de VIH/ SIDA.

➤ Definición conceptual.

CONOCIMIENTOS: Dicho de lo que se sabe con seguridad, que corresponde notoriamente a la realidad. También se dice del proceso de percepción y de pensamiento que nos da el conocimiento de cosas. Conocer algo es siempre referir lo que era desconocido a algo conocido (Dorsch, 1976, pag. 186).

CREENCIAS: Son conceptos normativos creados y fuertemente enraizados en grupos culturales; estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo, más allá de su percepción directa (Pepitone, 1991, pag. 63).

PERCEPCIÓN DE RIESGO: La percepción es el proceso a través del cual una persona interpreta estímulos sensoriales. Los procesos sensoriales simplemente informan acerca de los estímulos ambientales; la percepción traduce estos mensajes sensoriales en forma comprensible. La percepción de riesgo de contagio de VIH/ SIDA se refiere a la

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

conciencia de riesgo de contagio, protección contra el SIDA, y las precauciones para no adquirir la enfermedad (Gómez Vergara, 1994, pag. 39).

*Las definiciones de VIH y SIDA se revisaron al principio del capítulo 1.

➤ **Definición Operacional.**

CONOCIMIENTOS: Serán las respuestas al cuestionario obtenidas por cada uno de los sujetos, es decir, el nivel de conocimientos que tengan acerca del VIH/ SIDA según las respuestas acertadas y erróneas.

CREENCIAS: Serán las respuestas al cuestionario obtenidas por cada uno de los sujetos, es decir, las creencias que tengan acerca del VIH/ SIDA y que sean reflejadas en sus respuestas.

PERCEPCIÓN DE RIESGO: Serán las respuestas al cuestionario obtenidas por cada uno de los sujetos, es decir, la percepción de riesgo que tengan de ellos mismos de contagiarse de VIH/ SIDA según sus respuestas.

❖ Variables Independientes.

- Edad.
- Debut sexual.
- Género.

➤ **Definición Conceptual.**

EDAD: Edad en años. Según su edad, el individuo se encuentra en la fase de desarrollo correspondiente, que determina su modo de ser y sus características psíquicas (Dorsch, 1976; pag. 275).

DEBUT SEXUAL: Es el primer acto en el cual, hay un intercambio de placer sexual entre seres humanos, implica algunas o todas las siguientes características: besos, caricias, masturbación mutua, penetración anal o vaginal.

Las relaciones pueden ser heterosexuales; cuando hay actividad sexual con miembros del sexo opuesto; homosexuales, cuando hay actividad sexual con miembros de su propio sexo o bisexual, cuando mantienen actividad sexual con miembros de ambos sexos (Gómez, 1994; pag. 41).

GÉNERO: Se entiende como el conjunto de rasgos y características social y culturalmente consideradas apropiadas para el hombre y la mujer. Solo puede entenderse desde una realidad psico-socio-cultural que se asienta en la variable sexo y que interactúa con ella a lo largo de todo el ciclo vital (Aguirre 1996; Martínez 2002, p.32). Clasificar a los seres humanos desde su nacimiento como hombres o mujeres, y que mantienen esta condición biológica a lo largo de toda su vida (Pick, 1992).

➤ Definición Operacional.

EDAD: Será la selección de los sujetos de edades entre los 11 y 17 años.

DEBUT SEXUAL: Será la división de los sujetos en: sujetos que no han tenido relaciones sexuales y sujetos que ya han tenido relaciones sexuales.

GÉNERO: Clasificación de los adolescentes en hombres y mujeres.

3.4 Sujetos.

Participaron 335 estudiantes de nivel secundaria (1ro., 2do. y 3er. Grado), hombres y mujeres de entre 11 y 17 años de edad, que hayan tenido o no relaciones sexuales y que pertenezcan a la escuela secundaria Ángel Miranda Basurto #63 ubicada en Av. Luis de la Rosa y Blas Balcárcel s/n, Col. Constitución de la República, Delegación Gustavo A. Madero.

3.5 Muestreo.

Muestreo no probabilístico de tipo intencional por cuota (335) ya que desde un principio se han establecido las características que deben reunir los sujetos de esta investigación.

Se trabajó con toda la población de la escuela secundaria Ángel Miranda Basurto #63, ya que cuenta con muy pocos estudiantes.

3.6 Tipo de estudio.

Expost-facto de comparación: Es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico o experimentador no tiene control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o por que son inherentes no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se hacen sin una intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes. En este caso el fenómeno ya ha ocurrido y lo que se pretende es establecer la relación entre las variables dependientes (conocimientos, creencias y percepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA), independientes (edad, debut sexual y género). (Gómez, 1994; p.42).

Exploratorio: Se efectúa cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado. En este caso, nuestro objetivo es obtener información acerca de los conocimientos, creencias y percepción de riesgo que poseen los adolescentes estudiantes de secundaria acerca del VIH/SIDA (Hernández, 2000; p.58).

3.7 Diseño.

En esta estrategia no hay una manipulación de variables independientes o tratamientos por parte del experimentador. El objetivo del diseño correlacional es comprobar si existe una relación entre un conjunto de variables que han sido medidas o registradas a partir de una serie o grupo de sujetos previamente seleccionados de acuerdo con alguna característica determinada (Armau, 1986).

Esta investigación es *correlacional*, dado el propósito y/u objetivo del estudio, basado en encontrar la relación existente entre la edad, el género, el grado y debut sexual con respecto a los conocimientos, las creencias y percepción de riesgo que tienen del VIH/ SIDA adolescentes estudiantes de secundaria.

3.8 Instrumento.

Para la realización del presente estudio se revisó y adaptó un cuestionario autoaplicable que abarcó y evaluó los aspectos de interés, tales como: Conocimientos, creencias y percepción de riesgo de VIH/ SIDA de cada uno de los adolescentes estudiantes de secundaria.

El cuestionario estuvo integrado por algunos reactivos elaborados por las investigadoras y otros reactivos tomados de los siguientes instrumentos:

- Alfaro Martínez L. (1991). Cuestionario de conocimientos y actitud hacia la sexualidad y el SIDA;
- Gómez Vergara M. (1994). Cuestionario de actitudes hacia el SIDA y el uso del condón: percepción;
- Hernández T. L. y Ramírez P. L.(1996). Cuestionario de patrones sexuales y actitud hacia el SIDA;
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) adaptado en México por Díaz Loving y Cols. (1991). Cuestionario de patrones de conducta sexual, actitudes, conocimientos y creencias sobre el SIDA; publicado por Díaz Loving, R., Torres, k., (1999). Juventud y SIDA: Una visión psicosocial. Ed. Miguel Angel Porrúa. México, D.F.
- Tovar L. L. y Méndez M. S. (1989). Cuestionario de conocimientos y actitudes en sexualidad.

Inicialmente el cuestionario estaba integrado por 282 reactivos. Esta versión fue piloteada en 120 estudiantes de secundaria, habiendo discriminado finalmente 109 reactivos.

Después se realizó un análisis de confiabilidad para medir la consistencia interna de cada uno de sus factores. Por su tipo de respuesta, el instrumento se analizó en dos partes. La primera, la conformo los reactivos correspondientes a la escala de conocimientos y fueron analizados por medio de la Q de Richardson (alfa: .63). La segunda parte la integran las escalas de creencias y percepción de riesgo, las cuales fueron analizadas a través del coeficiente de alfa de Cronbach (alfa: .56).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De esta manera se definieron las secciones del instrumento en su versión definitiva, el cual se constituyó de 109 reactivos (24 nuevos y 85 utilizados anteriormente) que involucraron opciones de respuesta abierta y cerrada; dividido en cuatro secciones y sus respectivas hojas de respuesta (Véase cuestionario en Anexos).

Cada sección tiene sus propias instrucciones y ejemplos para su adecuada contestación; dichas áreas son las siguientes:

- ❖ **Datos sociodemográficos y Patrones de conducta sexual:** Conformada por 18 reactivos, los cuatro primeros para mantener el control de la muestra seleccionada (sexo, edad, grado, edo, civil); los 14 subsiguientes se relacionan con patrones de conducta sexual (por ej. las preguntas: 5.- Has tenido relaciones sexuales?, 6.- a que edad?, 7.- con quién?, 9.- utilizaste algún método anticonceptivo?, etc.).
- ❖ **Conocimientos sobre Sexualidad y VIH/SIDA:** Esta sección consta de 29 reactivos, 17 de ellos con cuatro opciones de respuesta (a, b, c, y d) una de las cuales es correcta, hay doce afirmaciones con respuestas dicotómicas (cierto-falso). Se abarcaron los siguientes temas: desarrollo sexual, embarazo, aborto y causas, síntomas y propagación del VIH/SIDA.
- ❖ **Percepción de riesgo de VIH/ SIDA:** Esta sección contiene de una escala tipo Likert con 43 reactivos cuyas respuestas se presentaron en un continuo de Totalmente de Acuerdo (TA), De Acuerdo (A), Indeciso (I), Desacuerdo (D), a Totalmente en Desacuerdo (TD) .Exploran como percibe el y la adolescente a los demás y a sí mismo frente al VIH/SIDA, las formas de contagio y los métodos de prevención. Cuatro reactivos tienen tres opciones de respuesta (Nada riesgoso, Medianamente riesgoso, Muy riesgoso); refiriéndose a actividades que podrían poner o no a una persona en riesgo de contagiarse de VIH/ SIDA. Hay un reactivo que debió ser respondido de manera abierta (77. Menciona otras conductas que podrían poner a una persona en riesgo de contagiarse de VIH/SIDA).
- ❖ **Creencias acerca del origen y propagación del VIH/ SIDA:** Esta Sección también consta de una escala tipo Likert de 14 reactivos, cuyas respuestas van en un continuo de: Totalmente de Acuerdo (TA), De Acuerdo (A), Indeciso (I), Desacuerdo (D), a Totalmente en Desacuerdo (TD). En este apartado se abordan creencias de tipo moral y religioso.

3.9 Procedimiento.

Se solicitó el permiso de las autoridades correspondientes de la Escuela Secundaria Ángel Miranda Basurto #63 para la aplicación del instrumento a todos los alumnos del plantel.

La aplicación se realizó en forma colectiva en grupos de aproximadamente 20 adolescentes de ambos sexos, del mismo grado y grupo.

Con cada grupo de adolescentes, las investigadoras se presentaron como pasantes de psicología, comentando verbalmente que: ... "Estamos realizando una investigación sobre sexualidad y SIDA en adolescentes. Su ayuda consiste en contestar un cuestionario; por lo que se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

les pedimos de antemano sean sinceros en la información que dan, los datos proporcionados serán manejados en forma confidencial y con fines estadísticos".

Posteriormente, se les dio el instrumento, explicándoles la forma en que debían contestarlo, en los términos siguientes:

"Se les dieron dos documentos; uno de ellos es el cuestionario, en el cual sólo leerán las preguntas, pues todas sus respuestas las anotarán en una hoja de respuestas que vienen por separado.

La hoja de respuestas consta de una sección para anotar sus datos personales y otra para anotar las respuestas al cuestionario.

La hoja de respuestas tiene un número en la parte superior derecha, el cual deberán anotar en su libreta (esto se hizo con el fin de localizar a la persona que contestó "X" cuestionario en caso de que no lo haya terminado de contestar o de que el caso amerite una investigación complementaria).

Deben poner mucha atención al leer las preguntas porque en algunas tienen que saltarse a otra, si esto no sucede en su caso por favor respondan a todas las preguntas.

No existen respuestas buenas ni malas. Si tienen dudas pueden preguntar".

El tiempo para contestar el cuestionario fue de 50 minutos.

Una vez que terminaron, se les recogió el instrumento con sus respectivas hojas de respuesta, agradeciendo su colaboración.

Los datos obtenidos en los cuestionarios fueron capturados y sometidos a análisis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO 4. RESULTADOS.

4.1 Análisis Descriptivo.

Para alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación aplicamos a una población de 335 estudiantes de secundaria un cuestionario formado por cuatro secciones:

- Datos sociodemográficos y sexualidad,
- Patrones de conducta sexual,
- Escala de conocimientos sobre sexualidad y VIH/SIDA.
- Escala de percepción de riesgo de contagio de VIH/ SIDA, y
- Escala de creencias acerca del VIH/ SIDA.

A los datos obtenidos de dicha aplicación se les realizó un análisis de frecuencias para observar las características de la muestra, así como la distribución de las respuestas de los sujetos. A continuación presentamos los resultados obtenidos.

PRIMERA SECCION.

a) Datos sociodemográficos:

La muestra estudiada estuvo constituida por 335 sujetos, de los cuales el 52.5% fueron mujeres y el 47.5% hombres (Véase figura 1).



Figura 1. Distribución de la muestra por género.

Con respecto a la edad se encontró un rango de 11 a 17 años con una edad promedio de 13 años (Véase tabla 1).

TABLA 1. Distribución por edades de la muestra.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
11 años	10	3.0
12 años	88	26.3
13 años	117	34.9
14 años	93	27.8
15 años	24	7.2
16 años	1	0.3
17 años	2	0.6
Total	335	100.0

Para facilitar análisis posteriores, la edad se dividió estadísticamente por medio de cuartiles en tres grupos quedando como se muestra en la figura 2.

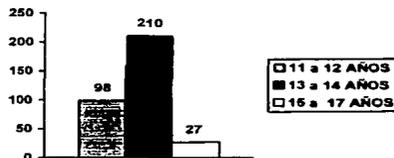


Figura 2. Edad de la muestra dividida en tres grupos.

En cuanto al grado que cursaban los sujetos, el 35.2% pertenecían a primero, el 33.7% pertenecían a segundo y el 31.0% eran de tercero (Véase figura 3).



Figura 3. Distribución de la muestra por grado escolar.

En cuanto a su estado civil, todos son solteros; pero lo que importaba con esta pregunta era saber si en ese momento tenían pareja (novio/a) o no, y resultado que el 69.6% no tenían pareja y el 30.4% si la tenían (Véase figura 4).



Figura 4. Estado civil predominante en la muestra.

b) Patrones de conducta sexual:

Con respecto al debut en las relaciones sexuales, se encontró que el 94.3% aún no había tenido relaciones sexuales y el 5.7% ya había tenido relaciones sexuales (Véase figura 5). La edad promedio de la primera relación sexual fue de 11 años, con un rango de 7 a 15 años (tabla 2).



Figura 5. Distribución del número de adolescentes que han tenido o no relaciones sexuales.

TABLA 2. Distribución por edades del comienzo de las relaciones sexuales.

Edad de debut sexual	Frecuencia	Porcentaje
7	1	0.3
8	1	0.3
10	1	0.3
11	5	1.5
12	3	0.9
13	4	1.2
14	3	0.9
15	1	0.3
Total	19	5.7

Además, del porcentaje de población que ya ha tenido relaciones sexuales el 3.6% reporta haberlas tenido con su novio/a, el 0.9% con un amigo/a, el 0.6% con algún pariente y el 0.3% con un conocido. De todos estos casos sólo el 2.1% (7 personas) hizo uso del condón, el 0.3% (1 persona) utilizó algún método anticonceptivo (excepto el condón), el 0.3% (1 persona) reporta haber utilizado condón y anticonceptivos y el 3.0% (10 personas) no utilizaron ninguna protección o método anticonceptivo (Véase figura 6).



Figura 6. Con quien han tenido relaciones sexuales?

De los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales el 1.5% (5 personas) reportan haber tenido relaciones con más de una persona, perteneciendo el 0.6% (2 personas) al sexo femenino y el 0.9% (3 personas) al sexo masculino.

Del 1.8% (6 personas) el sexo oral forma parte de sus relaciones sexuales; de los cuales el 0.3% (1 persona) es del sexo femenino y el 1.5% (5 personas) del sexo masculino.

En este tipo de relaciones sexuales los y las adolescentes no usaron ningún tipo de protección argumentando que les da asco ponerse algo en la boca o estimular un plástico, que confían y conocen a su pareja como para usar protección, o simplemente porque no tenían nada a la mano en ese momento.

En cuanto al consumo de alcohol tenemos que el 78.2% (262 personas) de la población total no lo consume y el 21.8% (73 personas) si lo hace; aunque en intervalos diferentes (Véase figura 7). De este 21.8%, el 16.7% (56 personas) lo consumen 1 o 2 veces al mes (el 10.1% son hombres y el 6.6 son mujeres); el 4.5% (15 personas) lo consumen 1 o 2 veces por semana (el 2.7% son hombres y el 1.8% mujeres); y el 0.6% (2 personas) lo consumen más de 4 veces a la semana, siendo estas dos personas del sexo masculino.

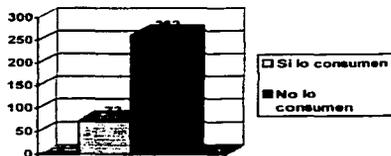


Figura 7. Frecuencia del consumo de alcohol entre los adolescentes de la muestra.

Con respecto al consumo de drogas, se encontró que el 97.9% (328 personas) de la población total nunca las ha consumido y el 2.1% (7 personas) las consume pero en intervalos diferentes al igual que el alcohol (Véase figura 8). De este 2.1%, el 1.2% (4 personas) la consumen 1 o 2 veces al mes (el 0.3% son hombres y el 0.9% mujeres); el 0.6% (2 personas) la consumen 1 o 2 veces a la semana (el 0.3% son hombres y el 0.3% mujeres); y el 0.3% (1 persona del sexo masculino) la consume más de 4 veces a la semana.



Figura 8. Frecuencia del consumo de drogas entre los integrantes de la muestra.

Cabe mencionar que encontramos que de los 19 adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales, 10 (del sexo masculino) no consumen bebidas alcohólicas ni drogas; sin embargo, de las nueve restantes, 6 (5 hombres, 1 mujer) consumen alcohol 1 o 2 veces al mes, 2 (sexo masculino) consumen alcohol 1 o 2 veces a la semana, el 1 restante del sexo femenino consume alcohol y drogas 1 o 2 veces al mes. Esto nos deja de manifiesto que el consumo de alcohol es un posible factor asociado a las relaciones sexuales tempranas: ya que casi el 50% de los casos así lo refieren.

Otra de las preguntas consideradas como importantes para evaluar su nivel de información, fue: ¿Cómo se manifiesta una enfermedad venérea? En este caso, un 54.02% (181 estudiantes) indican no saber, un 30.45% (102 estudiantes) no entendieron la pregunta y mencionaron medios de contagio y sólo el 15.53% (52 estudiantes) señalaron algunas manifestaciones, como: vómito, mareos, resequedad, ardor, diarrea, gripa, calentura, manchas en la piel, cansancio, baja de peso, dolores de cabeza, desmayos, dolor, comezón o granos en genitales, infecciones públicas, llagas en el cuerpo, debilidad, tos, palidez, pérdida de energía, irritación, heridas, ronchas, inflamación del pene o la vagina, flujo y baja en las defensas. Algunas de las cuales, como ellos mencionaron, pueden llevar a la muerte.

Como podemos observar, muchas de estas manifestaciones son propias del VIH/SIDA ya sea por su sintomatología o por las enfermedades oportunistas que conlleva, pero aquí lo importante es que nos dimos cuenta de que sí tienen información sobre el VIH/SIDA y por mucha o poca que sea, fue de gran importancia en las respuestas a preguntas posteriores.

Por otra parte, como el VIH/SIDA se considera también una Infección de Transmisión Sexual (ITS), se les preguntó si conocían algunas formas de evitar o protegerse ante el contagio de ITS como el VIH/SIDA. El 14.93% (50 estudiantes) dijeron no conocer ninguna y el 85.07% (285 estudiantes) contestaron que sí. A estos últimos, se les pidió que mencionaran las formas que conocían. En general, los y las estudiantes mencionaron: estar informado, ser precavido, usar condón, usar anticonceptivos y espermatocidas, ser fiel, la abstinencia, no compartiendo agujas, evitando el sexo oral y besos en la boca, no teniendo contacto con sangre, órganos y saliva.

Al final de esta sección, se les pidió a los y las adolescentes que escribieran las razones que tuvieron o que tienen para tener o no tener relaciones sexuales según sea su caso. El 18.51% (62 personas) no contestaron, el 5.67% (19 personas) ya tuvieron relaciones sexuales y la mayoría comenta haberlas tenido por ser placentero, porque en su momento querían mucho a su pareja y porque tenían curiosidad de saber que se siente. Por último, el 75.82% (254 personas) mencionan no haber tenido relaciones sexuales todavía, en general, por las siguientes razones: que son muy chicos de edad, no quieren dejar sus estudios, no quieren quedar embarazadas o en su caso embarazar a su pareja, porque no se sienten lo suficientemente responsables, por miedo a las relaciones sexuales o al contagio de ITS como el VIH/SIDA, por sus principios morales, porque truncarían su futuro, porque no han encontrado a la pareja ideal, por no fallar a sus padres, porque no están bien informados, por no estar casados, por no tener novio/ o a simplemente porque no quieren, no les interesa o no están preparados.

Además; en el caso de las mujeres, por asco, por el que dirán, porque quieren llegar vírgenes al matrimonio y solo las tendrían por amor; en el caso de los hombres porque actualmente no tienen novia, no tienen trabajo, por no cometer errores, por no detener su desarrollo físico y porque no toman bebidas alcohólicas para darse valor.

SEGUNDA SECCION

c) Escala de conocimientos sobre sexualidad y VIH/SIDA

En esta escala se tomaron en cuenta solo las respuestas correctas, las respuestas de los sujetos se distribuyeron en un continuo de 4 a 29 reactivos correctos (con una media de 20.006 y desviación estándar de 3.673), los cuales para una mejor interpretación fueron divididos estadísticamente por medio de cuartiles, en tres grupos:

- 1) *Poco informados*: Sujetos que obtuvieron de 4 a 18 reactivos correctos.
- 2) *Informados*: Sujetos que obtuvieron de 19 a 21 reactivos correctos.
- 3) *Bien informados*: Sujetos que obtuvieron de 22 a 29 reactivos correctos.

De esta manera encontramos que el 27.7% de la población total (93 personas) se encuentran poco informadas, el 34.3% (115 personas) están informadas y el 38% (127 personas) están bien informadas (ver figura 9). Ubicándose la media (20.006) en el grupo de los informados.

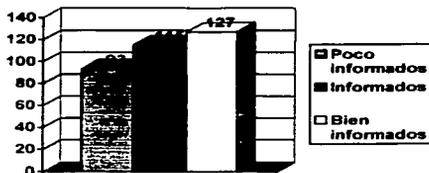


Figura 9. Distribución de las respuestas de la sección de conocimientos dividida en tres grupos (poco informados, informados, bien informados) según el número de respuestas correctas de cada sujeto.

TERCERA SECCIÓN

d) Escala de percepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA:

En esta sección se muestran los resultados de la sección de percepción de riesgo sometidos a análisis usando medidas de tendencia central con el objeto de diferenciar los niveles de percepción de riesgo que tienen en general los y las adolescentes de esta muestra respecto a cada uno de los reactivos que se les presentaron en el cuestionario.

Los reactivos tuvieron cinco opciones de respuesta, en donde Totalmente de acuerdo (TA) equivale a 1, De acuerdo (A) a 2, Indiferente (I) a 3, Desacuerdo (D) a 4 y Totalmente en Desacuerdo (TD) equivale a 5.

Observamos que la mayoría de las respuestas de los sujetos se distribuyeron en un continuo de la opción 2 (De acuerdo) a la opción 4 (Desacuerdo); como se muestra en la tabla 3.

TABLA 3. Distribución de medias de los reactivos de percepción de riesgo.

REACTIVO	MEDIA	DESVIACIÓN STANDAR
30.-Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	3.11	1.60
31.- La información que tengo sobre el SIDA ha cambiado mi conducta sexual	2.73	1.51
32.-La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH	2.01	1.17
33.-Tengo miedo de contraer el SIDA	2.14	1.35
34.-Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales	3.81	1.33
35.-Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se quiere prevenir el contagio VIH	2.05	1.23
36.-Las prostitutas ayudan a que se propague el SIDA	2.22	1.47
37.-La información que da la TV es insuficiente para aprender a protegerse de la infección	2.65	1.46
38.- El mantener aislados a los enfermos de SIDA de nada sirve para evitar que se difunda la enfermedad	3.00	1.46
39.-He recibido información sobre el SIDA sin buscarla	4.00	1.41
40.-Si mi pareja sexual estuviera contagiada con el VIH la rechazaría	3.03	1.33
41.-Los jóvenes tienen su primera experiencia sexual con personas que acaban de conocer	3.07	1.36
42.-Si mi novio(a) estuviera contagiado(a) con el VIH evitaría tener relaciones sexuales	2.02	1.31
43.- Es sano que el adolescente tenga relaciones sexuales	2.48	1.33
44.- Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo	3.20	1.34
45.- El que yo me enferme se debe a mi descuido	2.07	1.27
46.- Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo	3.14	1.29
47.- Una mujer si lo desea puede quedar embarazada aún siendo soltera	3.76	1.31
48.- Sería capaz de tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales	2.83	1.30
49.- Si una pareja del mismo sexo está de acuerdo puede tener relaciones sexuales	3.04	1.47
50.- Tener relaciones sexuales premaritales es una actitud irresponsable	2.83	1.33
51.- Si difiero en la forma de pensar sobre las relaciones sexuales con mi pareja se lo digo	2.37	1.32
52.- Las relaciones sexuales son para obtener placer	2.96	1.43
53.- Las amas de casa son personas que están en riesgo de contraer el SIDA	3.55	1.44
54.- El uso de preservativos o condones va en contra de mi religión	2.02	1.33

55.- Los preservativos o condones son más apropiados para usar con parejas que acabas de conocer	2.65	1.51
56.- Los jóvenes deben tener relaciones sexuales con parejas ocasionales	2.35	1.34
57.- Los métodos anticonceptivos deben ser parte de la rutina sexual	2.63	1.31
58.- Las relaciones sexuales deben ser vaginales únicamente	3.26	1.29
59.- El uso de anticonceptivos propicia el libertinaje en los jóvenes	3.06	1.29
60.- Los jóvenes deben tener relaciones sexuales solo con una pareja	2.51	1.43
61.- Las mujeres deben de permanecer vírgenes hasta el matrimonio	2.72	1.33
62.- Una pareja del mismo sexo debe evitar tener relaciones sexuales	2.66	1.42
63.- Usar anticonceptivos en las relaciones sexuales aumenta el placer	2.52	1.18
64.- Los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que deseen sexualmente	2.85	1.40
65.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables	3.07	1.35
66.- Si la pareja está de acuerdo puedo tener relaciones sexuales orales	3.54	1.31
67.- Se debe evitar la libertad sexual en los jóvenes	3.16	1.31
68.- Es perjudicial para los adolescentes tener relaciones sexuales	3.05	1.28
69.- La pareja debe evitar las relaciones sexuales orales	3.17	1.20
70.- Los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales	3.05	1.37
71.- Se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usa condón	2.93	1.20
72.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio son vergonzosas	3.38	1.39

Estos resultados dejan de manifiesto, de manera muy general, que la mayoría de los y las adolescentes (tomando en cuenta a toda la población) no se perciben en riesgo de contraer VIH/SIDA ni aún teniendo relaciones sexuales; sin embargo, manifiestan miedo de contraerlo y de realizarse en un momento determinado la prueba de detección de VIH/SIDA.

Crean que su primera relación sexual no es precisamente con personas que acaban de conocer o que ya conocen de mucho tiempo antes, sino que se da el momento y ya; pero si consideran importante tener solo una pareja sexual.

Consideran que es sano que a su edad se tengan relaciones sexuales, además de pensar que los jóvenes deben ser libres de hacer lo que quieran sexualmente.

No están seguros de que se obtenga el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usa condón que cuando no se usa, pero consideran que los anticonceptivos deben ser parte de la rutina sexual sobre todo si es con una persona que acaban de conocer.

Mencionan que ellos no reciben información sobre el VIH/SIDA sin buscarla; además de considerar que la información difundida en T. V. es insuficiente para protegerse de este virus; sin embargo, la información que poseen sobre el VIH/SIDA ha generado cambios en su conducta sexual.

Perciben a las relaciones sexuales como medio de placer y solo aceptan estas relaciones en personas heterosexuales y rechazando las homosexuales. Así como también no conciben las relaciones sexuales orales.

No perciben riesgo alguno de contagio de VIH/ SIDA en las amas de casa por el contrario encuentran un alto riesgo en prostitutas y en las personas que se relacionan con ellas, más que en los propios enfermos de VIH/SIDA porque creen que una persona con VIH/SIDA manifiesta de inmediato los signos y síntomas.

Finalmente, ellos (as) están conscientes de que si se enferman es por su descuido y no por suerte o por el destino.

Como se mencionó anteriormente en el método (pag. 79), en esta misma sección se les presentaron cuatro reactivos sobre situaciones que ponen a una persona en riesgo de contagiarse de VIH/SIDA con tres opciones de respuesta: Nada riesgoso, Medianamente riesgoso y Muy riesgoso; que dejan de manifiesto su percepción ante los principales medios de contagio de VIH/SIDA (Véase Tabla 4).

TABLA 4. Distribución de medias de cada conducta de riesgo.

REACTIVO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
73.- Tener relaciones sexuales con una pareja que se acaba de conocer usando condón	1.98	.74
74.- Tener relaciones sexuales con mi novio(a) sin usar condón	1.87	.53
75.- Compartir agujas para inyectarse drogas o para otros fines	1.12	.39
76.- Recibir una transfusión de sangre (con las medidas de protección necesarias).	1.74	.79

Observamos que la mayoría de los y las adolescentes consideran muy riesgoso tener relaciones sexuales con su novio (a) sin usar condón; así como compartir agujas para inyectarse drogas o para otros fines.

Tener relaciones sexuales con una persona que se acaba de conocer usando condón, la consideran una actividad medianamente riesgosa.

Por otro lado, consideran una actividad nada riesgosa recibir una transfusión de sangre, siempre y cuando se tengan las medidas de protección necesarias.

Finalmente, al pedirles que mencionen otras conductas que podrían poner a una persona en riesgo de contagiarse de VIH/SIDA, el 60.30 % (202 adolescentes) mencionó, además de las citadas en el cuestionario, las siguientes: el no pensar antes de actuar; quedar embarazada y amamantar teniendo VIH/SIDA; falta de higiene; tener relaciones sexuales con desconocidos; tocar a una persona con VIH/SIDA; ir al dentista y que ocupe material infectado; acudir a albercas y baños públicos; dar respiración de boca a boca; compartir rastrillos, objetos punzo cortantes, condones o toallas sanitarias; irresponsabilidad, sobre todo de adolescentes; tener sexo oral; no usar condón; ser violada (o); promiscuidad usando o no condón; besar en la boca o besar teniendo heridas; tener contacto con sangre contaminada; hacerse tatuajes; tener accidentes en

donde haya grandes heridas; ser homosexual; someterse a operaciones sin higiene; prostituirse; hacer pactos de sangre; ser infiel y usar un mismo condón varias veces. El otro 39.70% (133) lo integran los y las adolescentes que no contestaron y los que dijeron no saber otras conductas que implicarán un riesgo.

Como podemos observar mencionaron gran variedad de conductas de riesgo, algunas de ellas ciertas y otras que no han sido comprobadas o que dejan de manifiesto su falta de información; pero que finalmente son de gran importancia para saber si son un grupo que se percibe en riesgo y si no que probabilidades tiene en un futuro de contagiarse de SIDA.

CUARTA SECCIÓN

e) Escala de creencias acerca del VIH/SIDA:

En esta sección las medidas de tendencia central nos muestran las diferencias de opinión que tienen en general los y las adolescentes de esta muestra respecto a cada una de las creencias que se les presentaron en el cuestionario.

Los reactivos tuvieron cinco opciones de respuesta, en donde Totalmente de acuerdo (TA) equivale a 1, De acuerdo (A) a 2, Indiferente (I) a 3, Desacuerdo (D) a 4 y Totalmente en desacuerdo (TD) equivale a 5.

En la tabla 5 podemos observar que la mayoría de las respuestas de los sujetos se distribuyeron en un continuo de la opción 2 (De acuerdo) a la opción 4 (Desacuerdo).

TABLA 5. Medias de las creencias sobre el origen y propagación del SIDA.

REACTIVO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
78.- El SIDA es resultado de la pérdida de valores	3.09	1.40
79.- El SIDA es un castigo de DIOS	1.89	1.22
80.- El SIDA es resultado de la falta de higiene	2.83	1.37
81.- El SIDA es resultado de un estilo de vida inmoral	3.04	1.35
82.- El SIDA es resultado de tener relaciones sexuales con prostitutas	2.63	1.38
83.- El SIDA es resultado de no poder controlar la ansiedad sexual	3.07	1.32
84.- El SIDA solo se da entre adultos	1.96	1.31
85.- El SIDA es resultado de la falta de orientación sexual	3.80	1.33
86.- El SIDA es resultado de haber tenido relaciones sexuales con más de una persona	2.33	1.37
87.- Los adolescentes no se contagian de SIDA	2.12	1.40
88.- El SIDA es resultado de consumir drogas intravenosas	3.24	1.39
89.- El SIDA es resultado de tocar, ver o hablar a personas infectadas con este virus	2.05	1.33
90.- El SIDA es resultado de la falta de información sobre el tema	2.33	1.39
91.- Pueden infectarse de SIDA personas de cualquier edad, sexo, posición social, preferencia sexual, condición socioeconómica, raza, nacionalidad, etc.	2.05	1.44

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con estos resultados observamos de manera general que la mayoría de los adolescentes creen que el VIH/SIDA es un castigo de Dios, además de ser resultado de tener relaciones sexuales con prostitutas.

Creen que los adolescentes no se contagian de VIH/SIDA, mientras que consideran que los adultos tienen altas probabilidades de contagio.

Creen que el VIH/SIDA se contrae por promiscuidad y no por falta de orientación sexual. Además de poderse contagiar por tocar, ver o hablar a personas infectadas con este virus.

Finalmente creen que a excepción de ellos, cualquier persona en algún momento determinado, por alguna situación podría ser contagiada de VIH/ SIDA.

4.2 Análisis de las diferencias.

Con el propósito de probar nuestras hipótesis, realizamos análisis de diferencias entre las variables de investigación mediante las pruebas T y Análisis de varianza, según su pertinencia.

Estos y los anteriores análisis los realizamos con el paquete de cómputo SPSS-PC (Statistical Program for Social Sciences).

Las diferencias entre los factores (conocimientos, creencias y percepción de riesgo) con las variables género, debut sexual y grado escolar, se obtuvieron a través de la prueba T de Student, tomando el .05 como nivel de significancia; obteniendo los siguientes resultados:

- **Conocimientos sobre sexualidad y SIDA:**

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por género ($P = .000 < .05$), que indican que el sexo femenino posee mejores conocimientos sobre la sexualidad y el VIH/SIDA ($x = 20.8466$) que los hombres, quienes poseen menores conocimientos ($x = 19.0755$); como se muestra en la tabla 6.

TABLA 6. Diferencias de nivel de conocimientos por género.

GENERO	No. CASOS	MEDIA	*SIG. .05	F
Femenino	176	20.8466	.000 *	4.459
Masculino	159	19.0755		

No se presentaron diferencias estadísticamente significativas por debut sexual ($P = .301 > .05$) lo cual nos muestra que tanto los y las adolescentes que no han tenido relaciones sexuales ($x = 20.0570$) como los que ya las tuvieron ($x = 19.1579$) poseen el mismo nivel de conocimientos sobre sexualidad y SIDA, encontrándose ambos en el grupo de los bien informados (Véase tabla 7).

TABLA 7. Diferencias de nivel de conocimientos por debut sexual.

DEBUT SEXUAL	No.CASOS	MEDIA	*SIG. .05	F
Si	19	19.1579	.301	.449
No	316	20.0570		

Por otra parte, si se encontraron diferencias significativas por grado ($P = .000 < .05$) lo que indica que los y las de tercer grado escolar tienen mejores conocimientos sobre sexualidad y SIDA ($x = 21.1635$) que los y las de primero, quienes poseen un conocimiento más bajo sobre estos temas ($x = 18.4153$) como se muestra en la tabla 8; incluso más bajo que los y las de segundo ($x = 20.6018$) aunque no se hayan comparado con ellos.

TABLA 8. Diferencias de nivel de conocimientos por grado.

GRADO	No.CASOS	MEDIA	*SIG. .05	F
Primero	118	18.4153	.000*	18.330
Tercero	104	21.1635		

- Creencias acerca del origen y propagación del VIH/SIDA:

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por género ($P = .000 < .05$) ya que los adolescentes del sexo masculino tienen creencias más enfocadas a lo moral y religioso ($x = 2.6965$), mientras que las adolescentes del sexo femenino se enfocan más a lo educativo o social y no toman mucho en cuenta estos factores ($x = 2.5701$) como lo muestra la tabla 9.

TABLA 9. Diferencias de creencias por género.

GÉNERO	No. CASOS	MEDIA	*SIG. .05	F
Femenino	176	2.5701	.000*	.000
Masculino	159	2.6965		

Por otro lado, en la tabla 10, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por debut sexual ($P = .649 > .05$) ya que en general, tanto los y las adolescentes que ya tuvieron relaciones sexuales como los que aún no las tienen, presentan creencias sobre el origen y propagación del VIH/ SIDA enfocadas más a lo moral y religioso que a otros factores (Si han tenido $x = 2.6623$, No han tenido $x = 2.6282$).

TABLA 10. Diferencias de creencias por debut sexual.

DEBUT SEXUAL	No. CASOS	MEDIA	*SIG. .05	F
Si	19	2.6623	.649	.051
No	316	2.6282		

Si se encontraron diferencias significativas por grado ($P = .000 < .05$); es decir, los y las adolescentes que se encuentran en primer grado escolar presentan creencias más enfocadas a los factores moral y religioso ($x = 2.7581$) que los de tercero quienes toman menos en cuenta dichos factores ($x = 2.5164$). Véase tabla 11.

TABLA 11. Diferencias de creencias por grado.

GRADO	No. CASOS	MEDIA	*SIG. .05	F
Primero	118	2.7581	.000*	.404
Tercero	104	2.5164		

- Percepción de riesgo de VIH/ SIDA:

En esta área, como lo muestra la tabla 12, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas por género ($P = .001 < .05$), lo que indica que los adolescentes del sexo femenino tienen menor percepción de riesgo de contagio de VIH/ SIDA ($x = 2.7073$) que los del sexo masculino, quienes presentan mayor percepción de riesgo de VIH/ SIDA ($x = 2.8307$).

TABLA 12. Diferencias de percepción de riesgo por género.

GENERO	No. CASOS	MEDIA	*SIG. .05	F
Femenino	176	2.7073	.001*	.959
Masculino	159	2.8307		

Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por debut sexual ($P = .069 > .05$) debido a que independientemente de que los y las adolescentes hayan o no tenido relaciones sexuales presentan una percepción de riesgo de contagio de VIH/ SIDA alta (Si han tenido Rel. Sex. $x = 2.8748$, No han tenido Rel. Sex. $x = 2.7593$) como lo muestra la tabla 13.

TABLA 13. Diferencias de percepción de riesgo por debut sexual.

DEBUT SEXUAL	No. CASOS	MEDIA	*SIG. .05	F
Si	19	2.8748	.069	1.799
No	316	2.7593		

Tampoco se encontraron diferencias significativas por grado ($P = .252 > .05$); es decir, los adolescentes tanto de primero ($x = 2.7313$) como de tercer grado ($x = 2.7809$) presentan una percepción de riesgo alta de los demás y de ellos mismos (Véase tabla 14).

TABLA 14. Diferencias de percepción de riesgo por grado.

GRADO	No. CASOS	MEDIA	*SIG. .05	F
Primero	118	2.7313	.252	.3598
Tercero	104	2.7809		

Por otra parte, las diferencias entre los factores (conocimientos, creencias y percepción de riesgo) con la variable edad se obtuvieron a través de un análisis de varianza de una vía (ANOVA One Way), obteniendo los siguientes resultados:

- **Conocimientos sobre sexualidad y VIH/SIDA:**

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por edad ($F = .0162 < .05$) lo que indica que los y las adolescentes de 11 a 12 años están menos informados sobre los temas de sexualidad y VIH/SIDA en comparación de los otros dos grupos ($x = 19.1531$), el grupo de 13 a 14 años está medianamente informado en comparación a los otros dos ($x = 20.2857$); mientras que el grupo de 15 a 17 años es el mejor informado de los tres acerca de estos temas ($x = 20.9259$), véase tabla 15.

TABLA 15. Diferencias de nivel de conocimientos por edad.

EDAD	No. CASOS	MEDIA	F (.05)*
11 a 12 años	98	19.1531	.0162*
13 a 14 años	210	20.2857	
15 a 17 años	27	20.9259	

- **Creencias acerca del origen y propagación del VIH/SIDA:**

Si se presentaron diferencias estadísticamente significativas por edad ($F = .0020 < .05$), es decir, el grupo de 11 a 12 años es el que presenta en mayor proporción creencias enfocadas a los factores moral y religioso ($x = 2.7266$) en comparación con los otros dos, mientras que el grupo de 15 a 17 años es el que menos enfoca sus creencias en dichos factores ($x = 2.5957$) en comparación a los otros dos grupos (Véase tabla 16).

TABLA 16. Diferencias de creencias por edad.

EDAD	No. CASOS	MEDIA	F (.05)*
11 a 12 años	98	2.7266	.0020*
13 a 14 años	210	2.5895	
15 a 17 años	27	2.5957	

- **Percepción de riesgo de VIH/SIDA:**

Si existen diferencias estadísticamente significativas por edad ($F = .0214 < .05$) lo cual indica que de los tres grupos, el de 11 a 12 años es el que menos percepción de riesgo tiene sobre el contagio de VIH/ SIDA ($x = 2.6933$), mientras que el grupo de 15 a 17 años es el que presenta la más alta percepción de riesgo respecto al contagio de VIH/ SIDA ($x = 2.8509$), como se muestra en la tabla 17.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 17. Diferencias de percepción de riesgo por edad.

EDAD	No. CASOS	MEDIA	F (.05)*
11 a 12 años	98	2.6933	.0214*
13 a 14 años	210	2.7888	
15 a 17 años	27	2.8509	

Finalmente, en las figuras 10, 11, 12 y 13 respectivamente mostramos más claramente las diferencias obtenidas entre las variables genero, edad, grado y debut sexual y cada una de las escalas evaluadas por nuestro instrumento (conocimientos, creencias y percepción de riesgo).

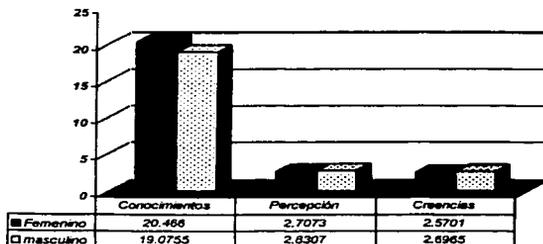


Figura 10. Comparación de medias del género en las tres escalas.

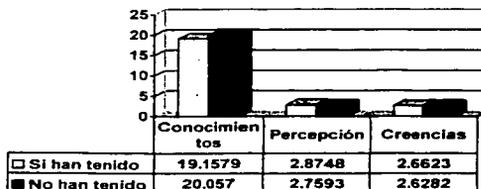


Figura 11. Comparación de medias entre los que se han iniciado y no sexualmente, y las tres escalas evaluadas.

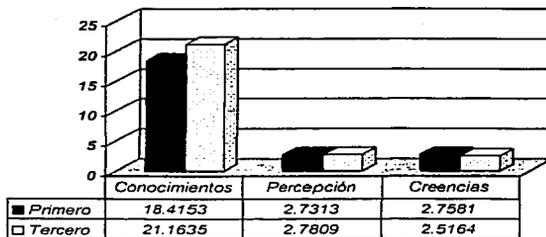


Figura 12. Comparación de medias entre el grado y las escalas evaluadas.

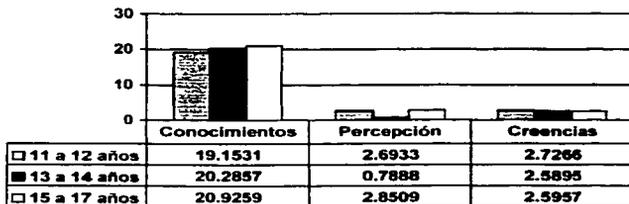


Figura 13. Comparación de medias entre la edad y las escalas.

4.3 *Discusión.*

Como hemos venido mencionando, el SIDA es la fase terminal de un proceso infeccioso producido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y es una de las enfermedades más preocupantes de nuestro tiempo.

Además de ser una cuestión prioritaria de salud, la cual ha conjuntado una serie de problemas sociales y psicológicos, no sólo para aquellos que padecen esta enfermedad sino para toda la humanidad.

Con el VIH/SIDA afloran temas polémicos como: la prostitución, drogadicción, opciones y prácticas sexuales distintas a las comúnmente establecidas y que habían permanecido un tanto ocultas o ajenas a la cotidianidad, hasta la aparición de esta enfermedad, debido a que a su vez estas conductas se vuelven prácticas de riesgo de contagio del virus, surge así el prejuicio y el rechazo hacia las personas que lo padecen y a todo lo que gira en torno al VIH/SIDA.

Estas problemáticas se formulan y cuestionan a la misma sociedad, obligándola a tomar partido, a incorporar nueva información, a reorganizar sus creencias y a promover el cambio de los comportamientos individuales y las relaciones interpersonales.

Prácticas medicas, legislativas y jurídicas, e incluso conceptos éticos, religiosos o morales se han visto cuestionados o modificados. La polémica y las posiciones radicales son un fenómeno permanente cuando se habla de VIH/SIDA.

Hoy en día millones de personas en todo el mundo son portadoras del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ya que hasta la fecha no hay ninguna vacuna para curar la enfermedad, solo medicamentos que la controlen.

La población más afectada es la juventud y lo que es muy preocupante es que la enfermedad del VIH/SIDA se adquiere cada vez más a edades tempranas; por lo cual, creemos que una buena educación sexual durante la adolescencia es de gran importancia.

De esta manera, nos damos cuenta que la sociedad no ha dado suficiente atención a cuestiones importantes sobre el VIH/SIDA, como lo moral y religioso. Además de que no se ha preocupado en combatir la ignorancia que hay sobre esta enfermedad, como medida de prevención.

Es por esto, que nuestro estudio relaciona como problema de investigación a dos temas de gran relevancia, como son la adolescencia y el VIH/SIDA (creencias y percepción de riesgo).

Encontramos que el 5.7% de la muestra ya ha tenido relaciones sexuales y que el promedio de inicio de la vida sexual entre los estudiantes de secundaria es de 11 años, siendo la mayoría de los iniciados del sexo masculino. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Nájera (1991) e Ita (2000) en sus estudios con adolescentes mexicanos. Además, este patrón corresponde a lo inculcado por una sociedad machista como la mexicana donde culturalmente al hombre se le empuja a una mayor libertad sexual, mientras que las mujeres deben permanecer vírgenes hasta el matrimonio (Baglivo, 2002; Flores, 1996; Ita, 2000). Es decir, la principal diferencia entre las chicas y chicos con experiencia sexual estriba en que la chica está más influenciada por la familia. Para que la mujer llegue a aceptar el coito prematrimonial debe superar las presiones de la familia y olvidar su lealtad hacia ella (Schofield, 1972; Ita, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dicha situación se manifiesta en las reacciones de los adolescentes tras el primer acto sexual; ya que para los hombres significa generalmente la confirmación de su virilidad y para las mujeres, en cambio puede resultar decepcionante, ya que en numerosas ocasiones lo viven como pérdida de lo único valioso que tenían (la virginidad); además de generarles culpa y remordimientos por haberles fallado a sus padres y a lo dictado por la sociedad.

Estos patrones normativos tan diferentes para cada género afectan el uso de anticonceptivos y de medidas de prevención de la transmisión del VIH/SIDA, especialmente entre los jóvenes, entre las personas de baja escolaridad y entre la población que vive en contextos tradicionales en materia de cultura sexual y de género, como son las zonas rurales.

Aún bajo dichas circunstancias, se obtuvo un patrón de sexualidad temprana que no corresponden al grado de responsabilidad asignada y asumida a dicha edad (Blos, 1980).

En la escala de conocimientos, encontramos que la mayor parte de esta población (38%) tiene buenos conocimientos sobre sexualidad; aunque tienen confusión o poca información sobre algunos aspectos importantes de su sexualidad, como la duración del ciclo menstrual, eyaculación nocturna y lo que puede provocar una violación.

Es de suma importancia hacer más énfasis en temas como éstos en la educación básica y que son cambios en el desarrollo de los adolescentes.

En lo que respecta al VIH/SIDA, los estudiantes se encuentran bien informados sobre su sintomatología, vías de transmisión, medidas de prevención y formas de detección. Aunque la mayoría de los estudiantes tienen información sobre lo que es el VIH/SIDA, desconocen la fase asintomática de este padecimiento; ya que ellos piensan que el SIDA, sus síntomas y signos se empiezan a notar desde el momento en que se contrae la infección. Por lo tanto, no se perciben como sujetos de riesgo ni realizan cambios en su comportamiento sexual para protegerse de una posible infección de VIH. Estos datos concuerdan con lo encontrado por Alfaro (1991) en adolescentes de nivel medio superior.

Cabe señalar, que antes de la escala de conocimientos indagamos los patrones de conducta sexual en donde además agregamos dos preguntas abiertas de conocimientos en las que pedimos mencionaran cómo se manifiesta una enfermedad de transmisión sexual y si conocían alguna forma de evitar o proteger el contagio de ETS como el SIDA. En la primera, la mayoría no supo y los que la contestaron correctamente se enfocaron en el VIH/SIDA; lo cual fue muy bueno para el fin de nuestra investigación, pero es preocupante pensar que no saben de la existencia del resto de las enfermedades de transmisión sexual que tal vez no pueden ser mortales, pero aun así, deterioran la salud y pueden ser atendidas a tiempo. En cuanto a las formas de evitar o proteger el contagio de ITS como el VIH/SIDA mencionan: estar informado, ser precavido, usar anticonceptivos y espermaticidas, evitar besos en la boca, no tener contacto con sangre, órganos y saliva contaminada, evitando el sexo oral, no compartiendo agujas, abstinencia, monogamia y usando condón, entre otras. Como podemos ver, pocas son las formas efectivas y pocas las que realmente practican, pero otras no sirven para nada; como los anticonceptivos (excepto el condón) que no te protegen de ninguna ITS y menos del VIH/SIDA. Esto también es preocupante porque ellos piensan que se cuidan o que no tienen actividades riesgosas cuando no es así, y aunque en general encontramos en la escala de conocimientos que los adolescentes se encuentran bien informados hay algunas cosas en las que están confundidos o mal informados y esto puede exponerlos aun más al contagio del virus del VIH/SIDA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mientras se siga pensando que los métodos anticonceptivos pueden prevenir el VIH/SIDA todos estamos expuestos al contagio; si bien es cierto que el condón es un anticonceptivo, también es el único que hasta el momento puede ayudar a la prevención del VIH/SIDA (siempre y cuando se use adecuadamente).

Los conocimientos dependen del género, la edad del estudiante, y el grado escolar. Por ejemplo; en este caso, los adolescentes del **sexo masculino** se encuentran menos informados ($x = 19.07$) que las del **sexo femenino** ($x = 20.84$). Estas diferencias pueden depender de que las mujeres inician su desarrollo sexual a más temprana edad que los hombres por lo cual tienen más información sobre el tema; además de que ellas se preocupan más por su cuerpo y su cuidado personal, lo que hace que pregunten y se informen más que los hombres sobre su sexualidad. Por lo mismo, los y las adolescentes mayores (15 a 17 años) parecen estar mejor informados ($x = 20.92$) que los de menor **edad** ($x = 19.15$).

Desde el punto de vista del **grado** que cursan, los y las adolescentes de tercero están mejor informados ($x = 21.15$) que los de primero ($x = 18.41$), lo cual se debe a su edad y a que llevan más tiempo en la escuela; por lo tanto, les han proporcionado más información que a los que van empezando.

En donde no encontramos diferencias en los conocimientos de sexualidad y VIH/SIDA fue en los **iniciados** y **no iniciados** sexualmente, lo que nos señala que el nivel escolar no influye en la decisión de los y las adolescentes de tener o no relaciones sexuales.

Aunque, en general, la mayoría tiene un buen nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, sólo una minoría transforma este conocimiento en cambios conductuales, tal vez esto se debe (entre otros factores) al estigma y prejuicio asociado con el VIH/SIDA y a no personalizar el riesgo de contagio. Esto se manifiesta más claramente en las y los adolescentes iniciados sexualmente ya que aunque se encuentran bien informados sobre el VIH/SIDA y los medios de prevención, la mayoría (10 de 19 personas) no utilizaron ninguna protección contra el VIH/SIDA o por lo menos algún método anticonceptivo para evitar un embarazo no deseado; solo siete personas utilizaron el condón.

Esta escasa prevención de los y las adolescentes deriva de la información precaria de los padres y de las instituciones educativas. Los padres no informan a su hijo e hija adolescente porque ellos mismos carecen de información y por vergüenza de hablar sobre sexualidad e infecciones de transmisión sexual (ITS), provocando que ellos busquen información en otras fuentes siendo muchas veces errónea (Zacatelco, 1998). Las instituciones educativas no ofrecen una educación sexual adecuada ni libre de prejuicios, ya que los libros de texto son muy concretos y conservadores para nuestro tiempo (Rodríguez, 2000).

Los datos en esta población dejan de manifiesto la necesidad de crear programas actuales de educación sexual y para la salud, tanto para los estudiantes como para la población en general, promover el uso del condón una vez iniciada una vida sexual y en cualquier tipo de relación sexual.

También se ha demostrado que los conocimientos son influidos por algunas estructuras psicológicas tales como las creencias y la percepción de riesgo que tienen relación con la conducta (Alfaro, 1991; Díaz Lovings, 1999). En esta investigación se confirma, como veremos más adelante, dicha información.

Es por eso que otro rubro considerado en esta investigación es la **percepción de riesgo** que tienen los adolescentes de nivel secundaria ante el contagio de VIH/SIDA. En general, la percepción de riesgo es baja, lo cual concuerda con lo encontrado en diferentes estudios realizados en México y el mundo en adolescentes y jóvenes universitarios (Alfaro, 1991; Díaz Loving, 1999; Strunning y Hingson, 1987; Price y cols., 1985; DiClemente y cols., 1987). Es importante mencionar que al compararse esta escala con ciertas variables sociodemográficas si se presentan diferencias estadísticamente significativas.

Encontramos que los **hombres** se perciben con más riesgo de contagio ($x = 2.83$) que las **mujeres** ($x = 2.70$), probablemente porque son los que han tenido más relaciones sexuales y poseen menores conocimientos sobre sexualidad y VIH/SIDA que las mujeres. Además, de tomar en cuenta que depende del desarrollo sexual, ya que en los hombres el despertar de lo sexual se caracteriza por una mayor inclinación a la experiencia física por el sexo y por una disociación entre el deseo sexual y la dimensión afectiva del amor.

El objeto de su deseo sexual puede ser cualquier mujer, aún cuando esté enamorado de una chica en particular. Esta situación en especial hace de ellos un grupo de alto riesgo ya que en un arranque de pasión, de necesitar deshacerse de toda su energía sexual; pueden incurrir en relaciones sexuales sin protección con parejas ocasionales que pueden transmitirle alguna ITS (específicamente el VIH/SIDA) y si posteriormente tiene relaciones sexuales con su pareja estable, sin saberlo empieza una cadena de infecciones que luego no puede controlarse.

En las mujeres, por el contrario, el despertar de la sexualidad se presenta con características diferentes, ya que ellas tienden a sublimar el impulso sexual y a expresarlo en forma sentimental. Así pues, sus deseos no se refieren únicamente a la experiencia física del amor, sino que su dimensión afectiva va dirigida al compromiso (Flores, 1996; Ita, 2000; Baglivo, 2002). Esta actitud no las exenta de poder ser infectadas por el virus del SIDA.

Así mismo, los estudiantes con mayor **edad** (15 a 17 años) se perciben con mayor riesgo de adquirir el virus del VIH/SIDA ($x = 2.85$) en comparación con los de menor edad ($x = 2.69$), posiblemente porque su sexualidad va más dirigida a lo físico e inician conductas más riesgosas.

Los resultados anteriores indican que no se está proporcionando la información suficiente y adecuada en la familia y/o en la escuela para percibir el riesgo en forma correcta. Según Jonson y Tversky (1991), las personas al estimar riesgos tienen sesgos cognoscitivos, puesto que muchas de las evaluaciones que realizan se basan en estereotipos, lo que les permite a las personas incurrir en una atribución causa-efecto a gente fuera de su propio grupo. Es decir, los y las adolescentes se pueden percibir con poco riesgo porque consideran que no pertenecen a uno de los grupos, que muchas veces en forma errónea son considerados de alto riesgo.

Por otro lado, encontramos que independientemente de que los y las adolescentes hayan o no tenido **relaciones sexuales**, no se perciben en riesgo de contagio. Como menciona Gómez (1994), la percepción parece determinarse, en gran parte, en función de la experiencia; es decir, una característica aprendida del comportamiento. Es por esto que los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales, no se perciben en riesgo ($x = 2.87$) ya que si la primera vez que lo hicieron no notaron algún cambio importante en su cuerpo (algún signo o síntoma propio de la fase terminal del VIH/SIDA) creen que a ellos nunca les va a pasar nada y por lo tanto seguirán teniendo conductas de alto riesgo. Como menciona Lewis (citado en Manson, Olson y Parish, 1988), la toma de decisión en los y las adolescentes está basada en las consecuencias inmediatas

que se pueden producir por la ejecución de conductas y tienen dificultad para entender las consecuencias negativas a largo plazo cuando realizan conductas de riesgo.

Por tales motivos, los y las adolescentes no perciben los riesgos adecuadamente y actúan según su experiencia o la experiencia de uno de sus pares; además de justificar sus actos. En este caso, los iniciados sexualmente argumentan no haber utilizado protección contra las ITS, aún sabiendo que cabe la posibilidad de contagio, argumentando que les incomodaría usar condón, y se justifican diciendo que conocen y confían en su pareja actual y que sería indigno para ella que se dudara de su salud usando condón.

Por su parte, los que no han tenido relaciones sexuales tampoco se perciben en riesgo ($x = 2.75$), aún cuando deberían percibir lo contrario, ya que si no han tenido relaciones sexuales no es por evitar o prevenir un contagio de VIH/SIDA u otra ITS sino por otros motivos; como ellos mismos lo mencionaron es por sus principios y valores morales, creencias religiosas, reconocimiento de su falta de preparación, miedo a cortar los planes y proyectos de vida, dañar la relación con los padres, el temor al embarazo, sentimientos de culpa y por cuidar su reputación (Dulanto, 2000).

Otro de los motivos por los cuales se perfila a este grupo como de alto riesgo es porque la vida sexual de algunos de los iniciados dependió de algunos "factores asociados" como los llama Schofield (1972) y que son el consumo de alcohol y drogas. Encontramos que 8 de los 19 iniciados sexuales consumen alcohol y 1 de ellos consume alcohol y drogas, lo que coincide con lo encontrado por Schofield en su investigación con adolescentes españoles. Esta asociación de actividades la manifestaron ellos mismos al preguntarles la razones que tenían para no tener relaciones sexuales tempranas y contestaron (entre otras cosas) que por no consumir alcohol para darse valor y si esto es realmente un factor asociado a la sexualidad es probable que muy pronto aumente el número de los iniciados ya que en general 73 adolescentes (hombres y mujeres) consumen alcohol y 7 drogas.

Este tema es de suma importancia y es necesario incluirlo como parte de la educación ya que bajo los efectos del alcohol o drogas pierden el sentido de la realidad y la responsabilidad, incurriendo en conductas de alto riesgo.

No se presentaron diferencias según el grado que cursan los y las adolescentes, ya que en general presentan una percepción de riesgo alta, debido a que ellos están actuando (y van a actuar) de acuerdo a las características de la etapa de desarrollo en la que se encuentran; como la omnipotencia, la curiosidad sexual, la incertidumbre, presión de los compañeros y mensajes contradictorios, sin importar su edad. Además porque asocian los riesgos con la infrecuencia, catástrofe y actividades involuntarias más que con la frecuencia, la familiaridad y los sucesos voluntarios (Díaz Loving, 1999).

Cabe mencionar, que independientemente de que algunos tengan una percepción de riesgo más baja que otros, según la variable estudiada, lo cierto es que existe un miedo generalizado hacia la enfermedad, pero no saben a qué exactamente; lo que hace que sigan incurriendo en prácticas de riesgo.

Finalmente, las percepciones de riesgo se derivan de sistemas de creencias que justifican y refuerzan la conducta socialmente sancionada (Prohaska, 1990).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Lo anterior confirma los resultados obtenidos en la escala de creencias sobre el origen y propagación del VIH/SIDA. Los y las adolescentes tienen más marcada la creencia de que el VIH/SIDA puede ser adquirido únicamente por los "grupos de alto riesgo" (homosexuales, drogadictos y prostitutas). (Olaiz, 1988).

Tomando en cuenta lo que menciona Ruíz (2000), que con respecto a la realidad objetiva, las creencias pueden ser: verdaderas (que cuentan con la base de que pueden ser verificables) o falsas (carecen de verificación, transmitidas de persona a persona); encontramos que los adolescentes del sexo masculino tienen creencias más falsas que verdaderas sobre el SIDA ($x = 2.64$), como las de tipo moral, religioso e inferencial (Fishbein y Azjen, 1990); porque tienden más a pensar que el VIH/SIDA es una enfermedad de la que se contagian los que no tienen suerte, los homosexuales y los que son castigados por Dios.

Por otra parte, las mujeres presentan en mayor grado creencias verdaderas, informacionales, de contexto (Fishbein y Azjen, 1990; Pepitone, 1991) y tradicionales ($x = 2.57$) como las de que el VIH/SIDA es resultado de la pérdida de valores, por promiscuidad y no poder controlar la ansiedad sexual. Esto posiblemente se relaciona con los patrones culturales impuestos por la sociedad para cada sexo, como se menciona al principio, donde los hombres son educados para ser más instrumentales; mientras que las mujeres son educadas en el marco de la abnegación y buenas costumbres, lo cual las puede llevar a investigar antes de actuar.

Encontramos que los y las adolescentes que ya tuvieron su **primera relación sexual**, como los que aún no la tienen; presentan creencias de tipo moral, religioso, inferencial, descriptivo y de contexto (Fishbein y Azjen, 1990; Pepitone, 1991) debido a que todos ellos no perciben al acto sexual como el agente causal del VIH/SIDA sino que perciben más riesgo en las conductas no sexuales, como son: los baños públicos y el saludar o tocar a alguien con dicha enfermedad (Sontag, 1989; Díaz Loving, 1999).

Además, el hecho de que el VIH/SIDA apareciera primeramente en personas homosexuales, les ha hecho creer a los y las adolescentes y a muchas personas que todas las víctimas de VIH/SIDA pertenecen a este grupo (Preciado y Montesino, 1992); por lo tanto, si ellos no se consideran homosexuales o no incurrir en relaciones de este tipo, creen que no se contagiarán de VIH/SIDA.

En lo que respecta a la **edad** y al **grado** que cursan los adolescentes, si encontramos diferencias significativas, ya que tanto los estudiantes de primer grado ($x = 2.75$) como los de menor edad ($x = 2.69$) tienen creencias más morales y religiosas que los de mayor edad ($x = 2.85$) y grado escolar ($x = 2.51$); quienes no toman mucho en cuenta esos factores y enfocan más sus creencias a una realidad objetiva. Esto puede ser porque los y las adolescentes de mayor edad tienen más conocimientos sobre el VIH/SIDA por haber cursado ya más años escolares; además de tener más desarrollado su nivel de pensamiento, lo que quizá hace que comparen las creencias culturales con el conocimiento científico y ver de manera más real la situación actual del VIH/SIDA.

Por otra parte, el hecho de que los y las estudiantes de menor edad y menor grado tengan más marcada la creencia de que los homosexuales, los drogadictos, los adultos y los castigados por Dios tienen más riesgo de adquirir la infección del virus del VIH/SIDA; se puede deber a que se atribuyen características egoprotectoras como "yo no soy la clase de persona que se infecta",

porque son jóvenes, no creen tener conductas de alto riesgo, etc.; expresando mecanismos de defensa que creen les permiten cierto control y evasión de la enfermedad.

De esta manera, tenemos que la creencia más generalizada sobre el origen del VIH/SIDA es la que resulta de la pérdida de valores, como la responsabilidad, la higiene y la vida moral, así como las relaciones sexuales con prostitutas, homosexuales y múltiples parejas sexuales. Los y las adolescentes creen que el VIH/SIDA ataca a los que tienen mala suerte, poca inteligencia y conductas no aceptadas, como exceso de sexo y perversión sexual, pues trastocan ciertos valores y son castigados por la iglesia y Dios (Ramos Lira, 1992; López y Villagrán, 1994).

Finalmente, las creencias (independientemente del tipo que sean) fungen como medios de protección emocional ante la realidad; ya que proporcionan el apoyo emocional, control cognoscitivo, regulación moral y una identidad grupal ante un fenómeno como es el VIH/SIDA.

Por tal motivo, cuando la información que se proporciona a las personas les produce miedo, la gente reacciona negando la existencia del riesgo o desplaza ese miedo a otras personas o cosas; y por lo tanto, no realizan conductas preventivas.

Con base en lo anterior, tenemos que en general la gente y especialmente los y las adolescentes tienden a pensar que son invulnerables y que no serán víctimas de dicha enfermedad. Así mismo tienden a crear estereotipos de las personas que pueden contagiarse de VIH/SIDA (los llamados grupos de alto riesgo) y se comparan con ellos, pero al compararse encuentran que no se parecen; por lo tanto ellos creen encontrarse en menor riesgo.

La falta de conocimientos sobre los métodos de prevención y el tiempo de incubación del virus del VIH/SIDA, aunados a las creencias mal fundadas y a una baja autopercepción son un peligro latente, no sólo entre los y las adolescentes sino en la población en general. Por eso consideramos que las mejores armas para luchar contra este padecimiento que amenaza a todo el mundo son la información y la prevención.

En este sentido, el buscar culpables y el marginar a un grupo por considerar que sus miembros son las únicas víctimas de la enfermedad o transmisores premeditados del mal, es una "solución" que pretende marginar, presuponiendo que esto acabará con la enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Al término de nuestro trabajo, alcanzamos los objetivos propuestos en nuestra investigación; ya que:

- Identificamos las conductas tanto de riesgo como preventivas del VIH/SIDA que practican los adolescentes para evitar la propagación de la enfermedad.
- Conocimos sus creencias relacionadas con diferentes explicaciones acerca del origen del VIH/SIDA, su significado, su forma de transmisión y percepción de riesgo.
- Identificamos los factores que influyen y la realización de practicas sexuales de riesgo respecto al VIH/SIDA entre los adolescentes.
- Determinamos las diferencias existentes en estudiantes de secundaria por sexo, edad y debut sexual con respecto al conocimiento, creencias y percepción de riesgo hacia el contagio de VIH/SIDA.
- Verificamos si el conocimiento sobre el VIH/SIDA incide en que los estudiantes realicen conductas con mayor responsabilidad

De igual manera, se cumplieron la mayoría de nuestras hipótesis; quedando de la siguiente manera:

- ✓ Si existen diferencias significativas entre los estudiantes de secundaria de primer ingreso y los de último grado escolar con respecto a los conocimientos, creencias y percepción de riesgo que tienen del VIH/ SIDA.
- ✓ H1: Si existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos, creencias y percepción de riesgo del VIH/ SIDA entre estudiantes de secundaria según su edad.
- ✓ H2: Si existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos, creencias y percepción de riesgo del VIH/ SIDA entre estudiantes de secundaria hombres y mujeres.
- ✓ Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos, creencias y percepción de riesgo del VIH/ SIDA entre estudiantes de secundaria que han y no han tenido relaciones sexuales.

Finalmente, se concluye que los y las adolescentes son una población de alto riesgo de contagio de VIH/SIDA empezando por la ignorancia de sus padres, que no han sabido explicarles el tema de la sexualidad y no han tenido la suficiente comunicación con ellos; y las creencias mal fundadas sobre el VIH/SIDA, lo que a su vez genera una autopercepción de riesgo baja.

La poca información proporcionada por parte de las escuelas y de los padres, solo hacen adolescentes mal informados y muy vulnerables. Se necesita urgentemente hacer un cambio en los planes de estudio, desde la educación básica hasta los estudios superiores, sobre temas como la sexualidad y el VIH/SIDA; ya que actualmente otorgan muy poco interés a la educación sexual en los libros de texto y solo hacen vagas menciones sobre dichos temas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hay que dejar de tratar el tema de la sexualidad como mera reproducción y aprender a hablar con nuestros hijos y alumnos sobre el placer y responsabilidad dirigidas hacia la salud sexual y las infecciones de transmisión sexual en general, no solo del VIH/SIDA. Hay que hacer a un lado los prejuicios y el tabú que existen alrededor de este tema y que proliferan en nuestra sociedad todavía; ya que dichas enfermedades existen y parece que no nos interesara hablar de esto con nuestros adolescentes.

Por su parte, el sector salud todavía tiene mucho trabajo por hacer con respecto a este tema; como mejorar sus campañas de publicidad preventivas basándose en los resultados de investigaciones actuales realizadas con adolescentes (como la nuestra), ya que las campañas actuales que se difunden no han dado los resultados que todos esperaríamos y la tasa de incidencia va incrementándose día a día. Es preocupante que la mayor parte de la población (70%) que tiene VIH/SIDA, es en esta edad donde la contrae; y es aún más preocupante que como van avanzando las generaciones a más temprana edad se comienza con una vida sexual activa (Micher, 2000).

El uso del condón es un problema en algunos sectores de la población. En el caso de los y las adolescentes se vuelve un problema desde la forma de conseguirlos, ya que no tienen la iniciativa de ir al sector salud a pedirlo (donde son gratuitos), ni pueden comprarlos en una farmacia por vergüenza y por que su costo es muy alto para ellos; ya que el dinero con el que cuentan es el que les dan sus padres para gastar en la escuela y no es suficiente para estos fines. Por otro lado, pedirles dinero a sus padres los metería en un problema con ellos y aún más si sus padres no les hablan sobre sexualidad. Estos son algunos de los motivos por los cuales los y las adolescentes tienen relaciones sexuales sin protección, ya que aún en nuestros días no es fácil tratar a los anticonceptivos, y sobre todo al condón, como un accesorio más o artículo que puedes utilizar en algún momento y cargarlo o traerlo en los bolsillos.

Los padres no hablan de sexo y menos de anticonceptivos porque les da un gran temor hacer de sus hijos personas promiscuas y libertinas, pero el problema es que con esta información o sin ella algunos de sus hijos tendrán relaciones sexuales tempranas y en nuestro tiempo ya es mejor que los hijos carguen un condón y no un hijo no deseado o una infección de transmisión sexual como el VIH/SIDA. Hay que recordar que el SIDA va de la mano con la ignorancia y se ha demostrado que las relaciones sexuales y las maternidad son postergadas en las jóvenes más informadas, con mayor grado escolar y de zonas urbanas.

De esta manera, una buena educación sexual debe promover una sexualidad libre, placentera, responsable y segura; una información completa, científica, veraz y oportuna sobre sexualidad e infecciones de transmisión sexual; superando la cultura del miedo y la culpa basada en la ignorancia y el dogmatismo.

La sociedad debe de comenzar a modificar todos estos tipos de conductas negativas hacia la sexualidad y el VIH/SIDA, así mismo mejorar las campañas publicitarias, promover más el uso del condón como medio privilegiado de protección contra la transmisión del VIH/SIDA por vía sexual y tratar a dichos temas con la claridad y seriedad debida. Todo con el fin de modificar la forma de pensar de algunos padres e instituciones educativas para que ellos, a su vez, creen en nuestros y nuestras adolescentes la conciencia del uso del condón; ya que en su momento ellos también serán padres y madres de familia que educarán a sus hijos y necesitamos ya un cambio para no seguir cometiendo los mismos errores que encontramos actualmente y que vienen repitiéndose de generaciones atrás.

Preparar a nuestros y nuestras adolescentes para enfrentar el VIH/SIDA no solo requiere de acciones preventivas del sector salud, sino también de la participación de los sectores educativos, laborales, culturales, religiosos y legales en campañas y programas de educación diseñados para cambiar el comportamiento en actividades sexuales.

Los hallazgos en este grupo hacen notable que el conocimiento sobre el VIH/SIDA parece estar todavía fuertemente influido por una serie de mitos, creencias falsas e información confusa o errónea acerca de este tema. Lo que señala, probablemente, que no se ha hablado con la claridad suficiente ni se le ha dado la importancia necesaria a esta enfermedad. Esta situación se ha convertido en una barrera para la búsqueda de información, aún cuando se tenga el acceso a ella, como es el caso de los y las estudiantes de secundaria, a pesar de que aparentemente tiene los conocimientos necesarios sobre el VIH/SIDA y sus formas de transmisión, siguen teniendo creencias muy estereotipadas y arraigadas. Por tal motivo, es probable que no sea fácil realizar un cambio en la baja percepción de riesgo que tiene de ellos mismos e incidir satisfactoriamente en sus conductas sexuales, lo que será un trabajo más intenso en grupos con menor información.

En este sentido, la importancia de conocer las costumbres sexuales de los y las adolescentes y los peligros reales del contagio de VIH/SIDA por la vía sexual, recae en que los y las adolescentes representan una ventana de oportunidades para romper el ciclo de la transmisión del VIH y su impacto en futuras generaciones. Para los muchachos y muchachas que crecen esperando iniciar una familia, la información acerca del VIH y del SIDA antes de que se vuelvan sexualmente activos los motivará a realizar elecciones sexuales seguras.

La relación entre las conductas de prevención y riesgo en el área de contagio de VIH/SIDA y las variables tales como la edad, el género, y el inicio de actividad sexual es compleja e interactuante, por que involucran conocimientos, creencias, percepción de riesgo, normas culturales y sociales; y el contexto en el que se desarrollan los y las adolescentes.

Todos estamos expuestos a contraer esta infección (por diferentes vías de contagio) ya que esta enfermedad no respeta edad, sexo, clase social, preferencia sexual, estado civil, etc. Las características del problema, por lo tanto, requieren una intervención interdisciplinaria urgente y rápida, que incluya distintos medios y mensajes, de acuerdo a las características de cada población; para que no se siga propagando el VIH/SIDA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

SUGERENCIAS:

- ◊ Con base en los resultados obtenidos en esta investigación se podría elaborar un taller sobre sexualidad y VIH/SIDA dirigido a adolescentes; principalmente a estudiantes de nivel secundaria.
- ◊ Elaborar una campaña preventiva acerca del VIH/SIDA dirigida principalmente a los y las adolescentes, realizando pequeños folletos o cuadernillos que contengan las principales vías de contagio de VIH/SIDA y los métodos o medidas de prevención; evaluando posteriormente el impacto de ella entre los y las adolescentes.
- ◊ Realizar una investigación , adaptando este cuestionario o realizando otro para adolescentes de escuelas rurales y comparar los resultados con este estudio; ya que como adolescentes las inquietudes son las mismas, pero su educación y el contexto social donde se desenvuelven son diferentes.
- ◊ Se podría realizar un test-retest, dejando como intermedio la exposición de un taller sobre sexualidad y VIH/SIDA, para observar si dicho taller tiene resultados positivos.
- ◊ Exponer ante las autoridades correspondientes la importancia que tiene el orientar sexualmente a los y las adolescentes, desde el principio de los años escolares y no al final del curso a donde muy probablemente el profesor no llegará; dada la importancia que esta área tiene sobre el comportamiento en general y más en un periodo de transición como es la adolescencia.
- ◊ El despertar en el personal multidisciplinario y en los padres, encargados de la educación de los menores, la importancia de crear en el y la adolescente la suficiente confianza para abordar temas como la sexualidad, dejando a un lado los prejuicios y las etiquetas.
- ◊ Hacer conciencia a la población en general sobre la necesidad de conocer su propia sexualidad, con el objeto de lograr un desarrollo sexual pleno en un clima de salud y respeto tanto de uno mismo como de nuestra pareja.
- ◊ Considerar en las estrategias preventivas las dificultades encontradas en diversas poblaciones para utilizar el condón, y ofrecer una variedad de alternativas que incluyan la monogamia mutua, el sexo seguro, la reducción de parejas, etc.; tomando en cuenta las características de los grupos en cuestión.
- ◊ Sería muy interesante que en estudios posteriores se tome en cuenta la función de las campañas publicitarias sobre el SIDA, en la información y manera de pensar que poseen los y las adolescentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LIMITACIONES:

- ◊ El no haber adaptado algunas palabras a un lenguaje más sencillo para hacerlas más entendibles, lo cual impidió a algunos adolescentes responder al total de los reactivos contenidos en el instrumento.
- ◊ Que la extensión de nuestro instrumento dependiera del tiempo que nos autorizara la escuela para su aplicación; así como también lo fuerte y dirigidas que pudieron ser las preguntas.
- ◊ No haber preguntado de dónde o de quién han obtenido la información que poseen de sexualidad y VIH/SIDA, para saber con más exactitud que sectores de población (padres, maestros, etc.) deben informarse más para dar un mejor apoyo a los y las adolescentes.
- ◊ No indagar en los estudiantes con debut sexual, si sus relaciones sexuales fueron con su consentimiento o no, si tenían la suficiente información o conciencia de lo que hacían; ya que esto pudo haber influido en que no se encontrarán diferencias estadísticas significativas entre las escalas de conocimientos, creencias y percepción de riesgo, y la variable debut sexual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

1. Aguirre, B. A. (1996). Psicología de la adolescencia. Ed. Boixaireu Universitaria, Barcelona.
2. Alfaro, M. L., (1991). Sexualidad y SIDA en el adolescente. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología, UNAM. México.
3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACPA). (Noviembre, 1998). Los adolescentes: el alcohol y otras drogas. No.3. [En red]. Disponible en: <http://www.aacap.org>
4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACPA). (Noviembre, 1999). Los niños, los adolescentes y el VIH/ SIDA. No.30. [En red]. Disponible en: <http://www.aacap.org>
5. Amigos contra el SIDA A. C. (2001). Transmisión del virus de la Inmunodeficiencia Humana, causante del SIDA. [En red]. Disponible en: <http://www.aids-sida.org>
6. Amigos Unidos en Lucha contra el SIDA, (2001). SIDA. [En red]. Disponible en: <http://www.amisida.com.mx>
7. Amuchástegui, A., (1998). Saber o no saber sobre sexo: los dilemas de la actividad sexual femenina para jóvenes mexicanos. En Szasz, I y Lerner, S., (comps.) Investigación sobre las sexualidades en México. Ed. El colegio de México.
8. Arnau, J., (1986). Diseños experimentales en psicología y educación. Ed. Trillas. México.
9. Azcárraga, G., (1986). Sexología básica. Guía para la educación sexual. Ed. La Prensa Medica Mexicana S. A. México.
10. Baglivo, R. A., (2002). Los adolescentes y el sexo: abriendo puertas I y II. [En red]. Disponible en: <http://www.saluduno.com>
11. Barré, S. F., Chermanni, J. C. y W. Rozenbaum, (1989). El SIDA en preguntas. Ed. EDIVISION. México.
12. Barreda, L., de la, (1999). Formación cívica y ética I y 2, Secundaria, Editorial Santillana, Serie 2000, México.
13. Basso, D., (1991). SIDA responsabilidad de todos. Ed. Lumen. Argentina.
14. Bayés, R., (1989). La Prevención del SIDA, Cuadernos de salud, 2.
15. Bayés, R. y Ribes, E., (1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: Su aplicación al caso del SIDA. Papeles de Psicología No. 41-42.
16. Benson, D. y C. Ritter, Belief in a Just World, Job Loss, and Depression. Sociological Focus, 23, (1), 1990.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

109

17. Blos, P., (1980). Psicoanálisis de la adolescencia. Ed. Joaquín mortiz. México.
18. Bovvnes, I.; O gorman, E.; Dinsmore, W., (1990). Factors influencing perception of risk of HIV acquisition among male heterosexual S. T. D. Clinic. Attenders. Journal of Psychology Medicene. (2 94100).
19. Carrillo, T. C., (1990). SIDA, El nuevo rostro de Giorgio. Ciencias. Julio, (19), 43.
20. Carvajal de G. M. E.; Cruz V.; Cabal de P. M. L.; Climent G.; Rivera A., (1984). De la concepción a la adolescencia. Colección de comportamiento y salud 1. Ed.Norma. Bogotá, Colombia.
21. Castro Pérez, R., Aspectos psicosociales del SIDA: estigma y prejuicio, Salud Pública de México, 30, (4), 1988.
22. Center for Population Options, (1985) Life Planning Education, Whashington DC.De Barbieri, T., (1999), "Cambio demográfico, políticas de población, y derechos reproductivos en México" en Ortíz Ortega, A., (comp.) Derechos reproductivos de las mujeres , EDAMEX/ UAM. México.
23. Centro de Integración Juvenil (CIJ). (1995). Manual de Capacitación para el voluntario.
24. Centro Internacional sobre Fecundidad Adolescente (ICAF), (1991). Reflexión Juvenil, 10, (4), 1-8.
25. Clarke, Lee, (1985). The origins of nuclear pomer: Acase of institutional conflic. Social Problems. 32.
26. Coleman, J. C., (1985). Psicología de la adolescencia, Ed. Morata. Madrid, España.
27. CONAPO, (1982). La educación de la sexualidad humana. Individuo y sexualidad, V.3, México: CONAPO.
28. CONAPO, (1982). La educación de la sexualidad humana. Sociedad y sexualidad, V.1, México: CONAPO.
29. CONAPO (1988), Encuesta nacional sobre sexualidad v familia en jóvenes de educación media superior, Secretaría de Salud, México.
30. CONAPO, (1994). Antología de la sexualidad humana. Miguel Ángel Porrua. México.
31. CONAPO (1996) Programa Nacional de Población 1995-2000. México.
32. CONASIDA. Boletín mensual, 4, (11), 1990.
33. CONASIDA, Boletín mensual, 5, (9), 1991.
34. CONASIDA, Gaceta, noviembre-diciembre 3, (1), 1989.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

35. CONASIDA, SIDA, verdades y mentiras, 5 (7), 2001.
36. Cordova, A., (2000). Correlatos psicosociales de prevalencia del uso, abuso y dependencia a drogas en adolescentes. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM. México.
37. Crooks, R.; Baur K., (2000). Nuestra sexualidad. Ed. International Thomson. México.
38. Daniels, V., (1987). SIDA. Ed. Manual moderno, México.
39. Díaz, L. R. y S. Rivera, (1992). Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. Investigación psicológica, 11, (1), 27-38.
40. Díaz Loving, R., Torres, k., (1999). Juventud y SIDA: Una visión psicosocial. Ed. Miguel Angel Porrúa. México, D.F.
41. Diccionario enciclopédico Larousse, (1983). Tomo 3. Ed. Planeta. España.
42. DiClemente, J., Zorn y L. Temoshok, The association of Gender, Ethnicity and Length of Residence in the Bay Area to Adolescents, Knowledge and Attitudes about Acquired Immunodeficiency Síndrome, Journal of Applied Social Psychology, 17, 1987.
43. Dorsch, F., (1976). Diccionario de Psicología. Ed. Herder. Barcelona.
44. Dulanto, E., (2000). El adolescente. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México.
45. ECRAMM, (1988). Encuesta sobre el comportamiento reproductivo en los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. Secretaría de Salud, México.
46. Espinosa G., (2000). Compromisos y Realidades de la Salud Reproductiva en México. El Atajo/ UAM/ FNMP. México.
47. Fishbein, M., (1990). Factores psicosociales que influyen en la intención de los estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón, Revista de Psicología Social y Personalidad, 6, (1-2).
48. Fishbein, M. y Azjen I. (1990). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. USA. Reading Massachusetts. Addison-Wesley.
49. Fishbein, M., Salazar, M., Rodríguez, (1987). Predicción del uso de cinturones de seguridad en estudiantes Venezolanos: Una aplicación de la teoría de acción razonada en Latinoamérica. Revista de Psicología Social y Personalidad, (2).
50. Flores Ariza, F., (1996). Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual en un grupo de adolescentes de nivel medio superior. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología, UNAM. México.
51. Forgas, (1975). Percepción. Ed. Trillas. México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

52. Frederick Kilander, H., (1973). La educación sexual en la escuela primaria y secundaria. V.4. Ed. Paidós. Buenos Aires.
53. Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA. (2000). Definición y Estadísticas sobre SIDA. [En red]. Disponible en: <http://www.super.net.mx/fundavrsida>
54. Giraldo Neira, O., (1985). Explorando las sexualidades humanas. Aspectos psicosociales. Ed, Trillas. México.
55. Gómez Vergara, M., (1994). Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condón: percepción de riesgo. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología, UNAM. México.
56. González Block., (1990). SIDA y estratos sociales en México: La importancia del bisexualismo. Salud Pública de México. 32 (1).
57. González, E., (1998). La sexualidad prohibida: intolerancia, sexismo y represión. Ed. GIS. México.
58. Grupo de Apoyo Gráfico para la prevención del SIDA (2001). Los niños y las niñas viviendo en un mundo con SIDA. [Folleto].
59. Hamilton, M., Masculine Generic Terms and Misperception of AIDS Risk, Journal of Applied Social Psychology, (18), 1988.
60. Hernández, A. y Casanova, E., (1999). Las ONG que trabajan sobre el SIDA y las mujeres, en González Montes, S., Las organizaciones gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva. El Colegio de México.
61. Hernández, J., (1995). VIH/SIDA y las organizaciones no gubernamentales mexicanas, en Salud Pública de México, vol. 37 No 6.
62. Hernández, M.; E. Hernández, (2000). Conducta sexual y actitudes hacia la sexualidad y el VIH-SIDA en estudiantes de nivel medio básico. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología, UNAM. México.
63. Hernández, S. R., (2000). Metodología de la investigación. Ed. Mc Graw-Hill. México.
64. Hernández Tamayo, L.; Ramírez Paéz, O., (1996). Patrones sexuales y actitud hacia el SIDA en adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología, UNAM. México.
65. INEGI/UNIFEM (1995). La mujer mexicana, un balance estadístico al final del siglo XX.
66. Ita, M. A., (2000). Influencia de los problemas de la comunicación familiar en la experiencia de las relaciones sexuales de los adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
67. Izazola, J., J. Valdespino, L. Juárez, M. Mondragón y J. Sepúlveda, Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el SIDA. Bases para el Diseño de Programas Educativos, 297-336, en J. Sepúlveda, L. Bronfman, P. Ruiz, E. Stanislawsky y J.

- Valdespino, SIDA, ciencia y sociedad en México, México, Fondo de Cultura Económica, 1989.
68. Izazola, L., (1996). SIDA: Estado actual del conocimiento. Ed. Noriega. México, D.F.
69. Janz, N. y Becker, M., (1984). The health belief model: a decada later. Health Educational Monographs. 2.
70. Jodelet, D., La representación social: fenómenos, concepto y teoría, en S. Moscovici, Psicología social. II. Pensamiento y Vida Social, Psicología Social y Problemas Sociales, Ed. Paidós. Barcelona, 1986.
71. Kegeles, S., T. Coates, T. Christopher y J. Lazarus, Perceptions of AIDS: the Continuing saga of AIDS-Related Stigma, AIDS. 3, (1), 1989.
72. Kelly, J., J. Lawrence y T. Brasfield, Predictors of Vulnerability to AIDS Risk Behavior Relapse, Journal of Clinical Psychology, 59, (1), 1991.
73. Lerner, M., The Belief in a just World, plenum press, Nueva York, 1980.
74. López Muñoz, A., (2000). La personalidad y su relación con la autopercepción de riesgo en relación al SIDA. Tesis de Maestría en Psicología clínica. Facultad de Psicología, UNAM. México.
75. López, M. y Villagrán, V., (1994). Percepción de riesgo. Atribución del contagio y aspectos emocionales en relación con el SIDA. La psicología social en México. Vol.V. AMEPSO.
76. López, S. F., (1995). Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Salud y sociedad, Ed. Siglo XXI. España.
77. Martínez García, M. y León Rubio, J., (1987). Consideraciones psicosociales sobre el SIDA. Psiquis 374-87, Vol. VIII.
78. Martínez M. P. Y D. Michel, (2002). Autoestima v homosexualidad adolescente. Tesis de Licenciatura . Facultad de Psicología, UNAM.
79. Mason, P., R. Olson y K. Parish, AIDS Hemophilia and Prevention Efforts within a Comprehensive Care Program, American Psychologist, 43, (11), 1988.
80. Masters, W.; E. Johnson. (1988). Crisis de la conducta heterosexual en la era del SIDA. Ed. Planeta. Argentina.
81. Mendoza, D., et al., (1992). "Salud reproductiva en adolescentes" en Demos. Carta demográfica sobre México No 5, p34.
82. Micher, C.; J. Silva, (1997, Agosto-Octubre). Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS). Revista SIDA-ETS 3. Vol.3, 68-73.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

83. Mirko, G., (1992). Historia del SIDA. Ed. Siglo XXI. México.
84. Montgomery, D., (1991). Diseño v análisis de experimentos. Grupo editorial Iberoamerica. México.
85. Morris, L., et al., (1988). "Sexual experience and contraceptive use among young adults in Mexico City", International Family Perspectives, 14 (4): 142-146.
86. Moscovici, B., (1988). Psicología Social II. Ed. Paidós. México.
87. Najera R. M. y A. Rodríguez, (1991). Influencia de la calidad de la relación padres-hijos en el aumento de adolescentes que tienen relaciones sexuales v en las actitudes que presentan hacia ellas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
88. Olaiz, G., (1988). SIDA. La epidemia que a todos afecta. Ed. Diana, México.
89. ONU, (1995). Programa de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población v Desarrollo. New York, NY, Vol 1.
90. ONUSIDA, (2001). Situación del SIDA a nivel mundial. [En red]. Disponible en: <http://www.unaids.org>
91. Orellan Alfaro, G. y M. A. González. (1991). Representación social del SIDA en adolescentes (bases para el diseño de una campaña de prevención). Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
92. Patrice, C. J., Pesce, A. y Q. J. Francois, (1987). SIDA. Edit. Paidós. Buenos Aires.
93. Pepitone, A., El mundo de las creencias: un análisis psicosocial, Revista de psicología Social v Personalidad, 7, (1), 1991.
94. Pérez Vázquez, P., (1999). "El trabajo de las ONG en el campo de la sexualidad y la educación sexual" . en González Montes, S., Las organizaciones gubernamentales mexicanas v la salud reproductiva, El Colegio de México.
95. Pick de Weiss, S., (1992). "Planeando tu vida". Programa de educación sexual para adolescentes. Ed. Planeta Mexicana, México, D.F.
96. Ponce Jiménez, M. P. (1999). "Entre el río y el mar: hacia una etnografía de la sexualidad juvenil en la costa veracruzana", en Coloquio de Investigación sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de adolescentes v jóvenes, El Colegio de México, UAQ y UAM, 3 al 5 de marzo de 1999.
97. Powell, M., (1975). La psicología de la adolescencia. Ed. Fondo de cultura económica. México.
98. Preciado, J. y L. Montesinos, El SIDA: desafíos para la psicología en la prevención del SIDA, Revista Mexicana de Psicología, 24, (1-2), 1992.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

99. Price, J., s. Desmond y G. Kukulka, High School Students Perceptions and Misperceptions of AIDS, Journal of School Health, 55, 1985.
100. Prohaska, T.; Albrech, G.; Levé, A.; Sugrue, N. y Kim J-H., (1990). Determinants of self-perceived risk of AIDS. Journal of ahahealth on Social Behavior.
101. Pryor, J., G., Reeder, R. Vinacco y L. Kott, The Instrumental and Symbolic Functions of Attitudes toward Persons with AIDS, Journal of Applied Social Psychology, 19, (5), 1989.
102. Quadland, M. y W. Shattls, (1987). AIDS, Sexuality and Sexual Control, Nueva York, The Haworth Press, Inc.
103. Ramírez, A., (1990). La prevención de la infección por VIH en adolescentes y adultos jóvenes. Salud Pública. Enero-Febrero, 32, (1), 84-87.
104. Ramírez, B., (1997). Apoyo en método y estadística. Reporte laboral de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
105. Ramos Lira y Díaz Loving, (1992). Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios. Aceptado para su publicación en Revista de Salud Mental.
106. Rice, F. P., (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana. Segunda edición. México.
107. Rodríguez, G., (2000). Instituto Mexicano de la juventud, Sexualidad y Salud Reproductiva de Jóvenes: Experiencias de intervención de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) Mexicanas. [En red]. Disponible en: [En red]. Disponible en: <http://www.aids-sida.org>
108. Rodriguez, O. G., (Octubre 1997- Marzo 1998). Condones. Acción en SIDA. 34/35. p.17.
109. Romo, L. M., (Noviembre, 1997). ¿Cuántos tienen SIDA en México y en el mundo?. Revista del consumidor 249. 1-30.
110. Ruiz, A., (2000). El SIDA como una enfermedad estigmatizadora: Creencias y prejuicios. Tesis de Maestría. Facultad de psicología, UNAM. México.
111. Saavedra, M. A., (1967). México en la educación sexual. Costa Amic, editores. México.
112. Sander, O., (1990). SIDA la pandemia del siglo. ED. Monte Ávila. Caracas, Venezuela.
113. Schofield, M., (1972). El comportamiento sexual de los jóvenes. Ed. Fontanella. Barcelona.
114. Sepúlveda J. Valdespino, L. Juárez y M. Mondragón, Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sexuales en Estudiantes Universitarios, en J. Sepúlveda, L. Bronfman, P. Ruiz,

- E. Stanislawsky y J. Valdespino, SIDA. Ciencia y Sociedad en México, Fondo de cultura económica, México, 1989.
115. Sheehan, E., R. Lennon y T. McDevitt, Reactions to AIDS and other illnesses: reported interactions in the Workplace, The Journal of Psychology, 123, (6), 1989.
116. SIDA (Julio, 1997). Prevención del SIDA. [En red]. Disponible en: <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihprev.htm>
117. Silva Raveau, M., (1994). Relaciones sexuales en la adolescencia. Ed. Universidad Católica de Chile. Chile.
118. Sontag, S., (1989). El SIDA y sus metáforas, Ed. Muchnik. Barcelona.
119. Struning, L. y R. Hingson. SIDA y adolescentes: conocimientos, creencias, actitudes y conductas, Pediatrics, 23, (5), 1987.
120. Szasz, I. Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México. Debate feminista. Publico privado. Octubre, 1998. Vol. 8 (9).
121. Tovar Larea, L., (1989). Detección de conocimientos y actitudes en sexualidad en los adolescentes de la escuela de orientación para varones. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
122. UNICEF, Décimo aniversario, Convención de los Derechos del Niño. Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.
123. Valdespino, J., SIDA en México, Boletín Oficina Panamericana, (105), 5-6491, 494 (1), 4, 1988.
124. Vázquez, J., (1979). Nacionalismo y educación en México, México: El Colegio de México.
125. Velasco Morales, V., (2000). El ejercicio de la sexualidad y el placer de las personas viviendo con VIH/SIDA. [En red]. Disponible en: <http://www.aids-sida.org>
126. Villagrán, G., (1993). Hacia un modelo predictivo del uso del condón. Tesis de maestría. UNAM. México.
127. Welti, C., (1989). "La fecundidad de las adolescentes mexicanas", en Demos, Carta Demográfica sobre México No. 2, México: IIS/ UNAM.
128. Witting, A., (1983). Introducción a la psicología, Ed. McGraw Hill. México.
129. Zacatelco, C., (1998). Adolescencia y sexualidad. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1.

**CASOS DE SIDA REGISTRADOS POR AÑO DE NOTIFICACIÓN
Y POR AÑO DE DIAGNÓSTICO**

Año	Notificados*	Diagnosticados
1981	N/D	N/D
1982	N/D	N/D
1983	6	60
1984	6	198
1985	29	349
1986	246	673
1987	518	1,485
1988	905	2,069
1989	1,605	2,661
1990	2,587	3,517
1991	3,155	3,625
1992	3,210	3,988
1993	5,058	3,950
1994	4,111	4,129
1995	4,310	4,218
1996	4,216	4,014
1997	3,670	3,902
1998	4,758	3,916
1999	4,372	2,083
2000	25	296
TOTAL	42,787	45,133

* Estos casos fueron publicados en su mayoría en los boletines del CONASIDA en los años respectivos

** Información actualizada al segundo trimestre del 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A los casos acumulados hay que agregar:

35% por retraso en la notificación	=	15,797
15% por subregistro	=	<u>6,770</u>
Suma	=	22,567
Casos diagnosticados oficialmente	=	<u>45,133</u>
Estimado de casos de SIDA a la fecha	=	<u>67,700</u>

Según ONUSIDA por cada caso de SIDA deben considerarse de 3 a 4 casos de VIH sin haber desarrollado el SIDA; según esto, en nuestro país hay además 270,798 casos de VIH.

Fuente: Dirección General de Salud de ONUSIDA.

TABLA 2.

CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA EN EL 2000 ACUMULADOS AL 30 DE JUNIO DEL 2000

ENTIDAD	ACUM.	POBLAC	INCID.	N	I
Aguascalientes	213	943,506	0.0226%	30	21
Baja California	1,530	2,487,700	0.0615%	6	5
Baja California Sur	244	423,516	0.0576%	27	7
Campeche	220	689,656	0.0319%	29	13
Coahuila	693	2,295,808	0.0302%	15	15
Colima	157	540,679	0.0290%	32	17
Chiapas	510	3,920,515	0.0130%	20	32
Chihuahua	567	3,047,867	0.0186%	17	27
Distrito Federal	11,353	8,591,309	0.1321%	1	1
Durango	314	1,445,922	0.0217%	25	22
Guanajuato	786	4,656,761	0.0169%	13	30
Guerrero	1,249	3,075,083	0.0406%	8	9

CON
FALLA DE ORIGEN

Hidalgo	425	2,231,392	0.0190%	21	26
Jalisco	4,822	6,321,278	0.0763%	3	2
México	5,305	13,083,359	0.0405%	2	10
Michoacán	1,431	3,979,177	0.0360%	7	12
Morelos	1,014	1,552,878	0.0653%	11	3
Nayarit	538	919,739	0.0585%	19	6
Nuevo León	1,054	3,826,240	0.0275%	9	18
Oaxaca	736	3,432,180	0.0214%	14	23
Puebla	2,668	5,070,346	0.0526%	4	8
Querétaro	357	1,402,010	0.0255%	23	20
Quintana Roo	183	873,804	0.0209%	31	25
San Luis Potosí	417	2,296,363	0.0182%	22	28
Sinaloa	540	2,534,835	0.0213%	18	24
Sonora	593	2,213,370	0.0268%	16	19
Tabasco	286	1,889,367	0.0151%	26	31
Tamaulipas	805	2,747,114	0.0293%	12	16
Tlaxcala	352	961,912	0.0366%	24	11
Veracruz	2,157	6,901,111	0.0313%	5	14
Yucatán	1,030	1,655,707	0.0622%	10	4
Zacatecas	235	1,351,207	0.0174%	28	29
TOTAL	43,057	97,361,711	0.0442%		

Datos de casos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, proporcionados por el CONASIDA. Datos de población tomados del sitio del INEGI.

N = Posición por número de casos, I = Posición por incidencia de casos = Casos entre población.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3.

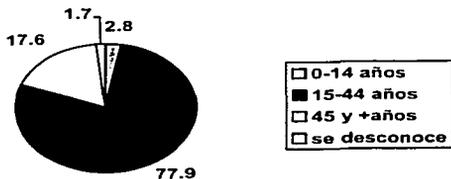
DISTRIBUCIÓN DE PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIDA
SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA Y FACTOR DE RIESGO

Entidad Federativa	Homo-sexual		Bisexual		Hetero-sexual		Transessexuales		Intravenoso		Drogas		Etc. Ocaso		Porcentaje		Homo-Drogas		Total			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
Aguascalientes	44	28.3	38	24.38	58	35.90	10	6.41	1	0.64	3	1.92	1	0.64	0	0.00	1	0.64	158	0.53		
Baja California	260	31.94	178	21.87	197	24.30	70	8.60	22	2.72	14	1.72	45	5.53	1	0.12	30	3.69	527	3.32	814	2.77
Baja California Sur	62	35.43	48	27.43	53	30.29	6	3.43	1	0.57	0	0.00	3	1.71	0	0.00	1	0.57	171	0.60	175	0.60
Buena Vista	41	28.06	31	21.23	59	40.41	9	6.16	0	0.00	0	0.00	1	0.68	0	0.00	14	2.74	5	0.68	146	0.50
Campeche	190	35.38	149	27.75	147	27.37	23	4.28	13	2.42	1	0.19	5	0.93	0	0.00	6	1.12	3	0.56	537	1.83
Chiapas	39	34.62	25	22.30	34	30.36	10	8.93	1	0.89	2	1.79	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	112	0.38
Chiapas	60	20.43	65	18.93	189	49.22	32	8.33	2	0.52	0	0.00	0	0.00	0	0.00	16	4.17	0	0.00	384	1.31
Chihuahua	105	35.12	79	26.42	72	24.08	26	8.70	0	0.00	0	0.00	7	2.34	0	0.00	4	1.34	3	1.00	299	1.02
Chihuahua Federal	3,359	46.10	1,541	21.15	1,628	22.34	467	6.41	67	0.92	64	1.13	27	0.37	2	0.03	97	1.33	14	0.19	7,288	24.77
Coahuila	58	27.38	59	27.83	78	34.91	11	5.19	2	0.94	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.94	0	0.00	152	0.72
Coahuila	130	28.08	108	23.31	152	32.83	46	9.94	6	1.73	2	0.43	4	0.86	0	0.00	11	2.36	2	0.43	463	1.57
Colima	299	29.55	233	23.62	1,362	33.77	66	6.52	23	2.26	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1,012	3.44
Colima	54	18.62	62	21.38	135	46.55	18	6.21	5	1.72	2	0.69	6	2.07	0	0.00	7	2.41	1	0.34	290	0.99
Coahuila	653	26.29	523	21.45	677	27.74	211	8.42	11	0.42	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2,064	31.03
Coahuila	894	30.33	582	19.03	930	31.48	303	10.26	46	1.56	107	3.62	22	0.74	3	0.10	78	2.64	7	0.24	2,954	10.04
Coahuila	184	22.28	180	21.79	309	37.41	93	11.26	4	0.48	16	2.18	4	0.48	0	0.00	27	3.27	7	0.85	828	2.81
Coahuila	100	23.43	61	14.10	105	24.13	10	2.27	0	0.00	1	0.23	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	176	0.40
Coahuila	363	41.87	251	28.95	191	22.03	25	2.88	10	1.15	2	0.23	5	0.58	0	0.00	9	1.04	11	1.27	867	2.95
Coahuila	44	22.44	157	26.73	207	36.73	10	1.82	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	270	2.00
Coahuila	408	18.61	349	14.20	1,291	52.54	257	10.48	10	0.41	99	2.81	13	0.53	0	0.00	55	2.24	5	0.20	2,457	8.35
Coahuila	68	34.51	40	19.81	62	31.17	10	5.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	123	0.67
Coahuila	45	36.59	36	29.27	27	21.95	6	5.50	0	0.00	0	0.00	2	1.63	0	0.00	5	4.07	0	0.00	123	0.42
Coahuila	98	29.08	99	29.38	102	30.27	20	6.03	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	319	1.19
Coahuila	116	28.86	117	29.10	109	26.37	38	9.45	3	0.75	1	0.25	7	1.74	0	0.00	11	2.74	3	0.75	402	1.37
Coahuila	139	30.82	107	23.73	129	27.94	28	6.26	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	455	1.53
Coahuila	60	27.91	54	25.12	75	34.88	16	7.44	4	1.84	1	0.41	1	0.47	0	0.00	3	1.42	1	0.47	215	0.75
Coahuila	153	31.16	124	25.28	175	36.22	47	9.87	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	375	1.67
Coahuila	38	13.19	41	14.24	166	57.84	24	8.33	4	1.39	5	1.74	1	0.35	0	0.00	9	3.13	0	0.00	288	0.98
Coahuila	382	31.23	313	25.59	437	35.72	77	6.34	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1,199	4.16
Coahuila	338	43.29	261	33.50	132	16.94	20	2.57	5	0.64	1	0.13	4	0.51	0	0.00	14	1.80	4	0.51	779	2.65
Coahuila	39	24.07	27	16.67	107	41.26	18	11.15	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	162	0.55
Coahuila	59	31.89	42	22.76	58	31.35	11	5.95	0	0.00	1	0.54	8	3.24	0	0.00	1	0.54	0	0.00	185	0.63
Coahuila	9,520	32.37	6,481	21.97	6,269	31.32	2,458	12.36	267	1.37	237	1.19	209	0.91	0	0.00	176	1.87	120	0.69	31,000	10.00

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figuras 1.

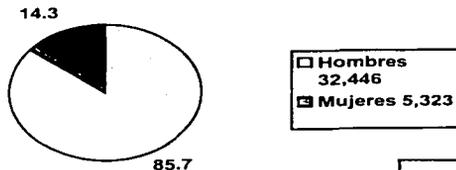
**CASOS ACUMULADOS DE SIDA POR GRUPOS DE EDAD
DATOS HASTA SEPTIEMBRE DEL 2000.**



Fuente: *Registro Nacional de Casos de SIDA.*

Figura 2.

**CASOS DE SIDA ACUMULADOS SEGÚN SEXO
DATOS HASTA SEPTIEMBRE DEL 2000.**

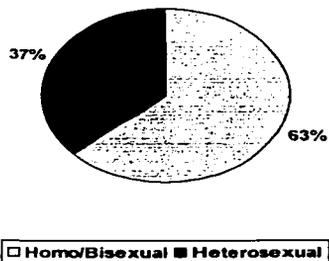


Fuente: *Registro Nacional de Casos de SIDA.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 3.

CASOS ACUMULADOS DE SIDA POR TRANSMISIÓN SEXUAL.



Fuente: *Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, a través del CONASIDA.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS, PERCEPCIÓN Y CREENCIAS SOBRE EL SIDA

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de preguntas acerca de la sexualidad y del SIDA, las cuales tienen cuatro opciones de respuesta; por favor solo marca una, la que consideres correcta, aunque no hay respuestas buenas o malas; y anótala en la Hoja de Respuestas que se te ha proporcionado, verificando que la hilera de respuestas coincida con el número de pregunta a la que estas contestando.

Por ejemplo: Si la pregunta dice...

12.- Los óvulos anticonceptivos son:

- a) Para no tener hijos
- b) Para abortar
- c) Para detener la eyaculación
- d) No se

...y tu respuesta es la opción a), la tendrás que registrar como sigue en tu hoja de respuestas:

- 11.- a) ___ b) ___ c) ___ d) ___
12.- a) X b) ___ c) ___ d) ___
13.- a) ___ b) ___ c) ___ d) ___

NO DEBES RAYAR, NI MARCAR ESTE CUESTIONARIO

1.- Una relación sexual forzada y contra la voluntad de una de las partes es llamada:

- a) Incesto
- b) Lesbianismo
- c) Coito
- d) Violación

2.- Entre los 13 y los 20 años aproximadamente los hombres producen eyaculación durante el sueño, a esto se le llama:

- a) Eyaculación nocturna
- b) Eyaculación precoz
- c) Emisiones nocturnas
- d) Emisiones de líquido seminal

3.-Al ciclo de la mujer en el cual, cada mes tiene un sangrado se le llama:

- a) Vaginal
- b) Menstruación
- c) Prostático
- d) De enfermedad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 4.- El retraso menstrual, mareos y nauseas son algunos síntomas de:
- Aborto
 - Embarazo
 - Impotencia
 - Enfermedad estomacal
- 5.- Un aborto mal practicado puede llegar a causar, en un caso extremo:
- Infección
 - Dolores
 - Esterilidad
 - La muerte
- 6.- La menstruación nos indica que:
- La mujer está ya en posibilidades de ser madre
 - La mujer ha sido castigada
 - La mujer ya puede tener relaciones sexuales
 - La mujer ya se puede casar
- 7.- La fecundación es:
- La fusión entre el espermatozoide y el óvulo
 - El tener relaciones sexuales
 - La salida del óvulo
 - El desprendimiento del endometrio
- 8.- A la pérdida del producto durante el embarazo se le llama:
- Concepción
 - Eyaculación
 - Aborto
 - Ninguna de las anteriores
- 9.- El semen eyaculado normalmente contiene:
- Óvulos y espermatozoides
 - Agua y óvulos
 - Espermatozoides, líquido seminal y prostático
 - Orina y óvulo
- 10.- La duración del ciclo menstrual normalmente es de:
- 9 meses
 - 15 días
 - 28 días
 - 4 días
- 11.- Las violaciones pueden provocar en un caso extremo:
- Alteraciones físicas
 - Alteraciones psicológicas
 - Intentos de suicidio
 - Todas las anteriores

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 12.- En las relaciones sexuales, a la entrada del pene en la vagina se le llama:
- Expulsión
 - Concepción
 - Penetración
 - Eyacuación
- 13.- El agente causal del SIDA es:
- ADN virus
 - VIH virus
 - Retro virus (HTLV-1)
 - Retro virus (VIH)
- 14.- Existen pruebas concluyentes de que el VIH se transmite por medio de:
- La sangre y las lágrimas
 - La sangre y el semen
 - El semen y la orina
 - La saliva y las lágrimas
- 15.- El período en que no se manifiesta el virus después del contagio del VIH, varía de:
- 2 a 8 semanas
 - 1 mes a 2 años
 - 4 meses a 10 años
 - 12 meses a 3 años
- 16.- La detección del VIH se hace a través de:
- Un análisis de orina
 - Una prueba de sangre
 - Radiografía
 - Ninguna de las anteriores
- 17.- Los grupos de mayor riesgo para contraer la infección por el VIH son:
- Los homosexuales
 - Las amas de casa
 - Los adolescentes
 - Toda la población

INSTRUCCIONES:

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones, por favor marca con una X en tu hoja de respuestas la opción que consideres correcta en cada caso.

Por ejemplo:

33.- La manzana es roja:

- | | | | | | |
|---------------------|------|-------------------------------------|--------|--------------------------|-------|
| Hoja de respuestas: | 32.- | <input type="checkbox"/> | Cierto | <input type="checkbox"/> | Falso |
| | 33.- | <input checked="" type="checkbox"/> | Cierto | <input type="checkbox"/> | Falso |
| | 34.- | <input type="checkbox"/> | Cierto | <input type="checkbox"/> | Falso |

<p>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>

NO DEBES RAYAR , NI MARCAR ESTE CUESTIONARIO

- 18.- El acto de expulsión del semen se le denomina coito:
- 19.- El himen es una membrana situada en la porción inferior de la vagina de una mujer cuando es virgen:
- 20.- El condón es una delgada vaina de goma que se pone sobre el pene erecto y una vez que la pareja ha terminado el acto sexual, el hombre debe retirarlo cuando su pene aún está erecto:
- 21.- El SIDA empieza desde el momento en que se contrae la infección por el VIH:
- 22.- El SIDA se caracteriza por el gran ataque al estado general de salud del individuo, presentando diversas infecciones oportunistas y variadas que ponen en peligro la vida:
- 23.- La mayor concentración del VIH puede estar en la sangre, semen y flujos vaginales:
- 24.- La infección por el virus del SIDA se puede contraer en baños públicos, albercas o por el piquete de un insecto:
- 25.- Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA:
- 26.-El VIH es un virus muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente:
- 27.- Algunos de los síntomas en las personas con SIDA son la disminución de peso, la fiebre y diarrea continuas:
- 28.- Los condones son efectivos para prevenir el SIDA:
- 29.- Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH:

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones acerca del SIDA: lee cuidadosamente cada una de ellas y marca con una "X" en tu Hoja de Respuestas sólo una de las opciones como anteriormente lo hiciste, según que tan de acuerdo o en desacuerdo estas con cada una.

Las opciones son:

TA = Totalmente de Acuerdo.

A = de Acuerdo.

I = Indeciso.

D = Desacuerdo.

TD = Totalmente en Desacuerdo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Por ejemplo, si el reactivo dice:

40.- El ejercicio es malo para la salud:

...y tú estas totalmente en desacuerdo con eso, tu respuesta será ...

Hoja de respuestas:

- 39.- () TA () A () I () D () TD
40.- () TA () A () I () D (X) TD
41.- () TA () A () I () D () TD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NO DEBES RAYAR, NI MARCAR ESTE CUESTIONARIO

- 30.- Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.
- 31.- La información que tengo sobre el SIDA ha cambiado mi conducta sexual
- 32.- La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH
- 33.- Tengo miedo de contraer el SIDA
- 34.- Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales
- 35.- Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se quiere prevenir el contagio VIH
- 36.- Las prostitutas ayudan a que se propague el SIDA
- 37.- La información que da la TV es insuficiente para aprender a protegerse de la infección
- 38.- El mantener aislados a los enfermos de SIDA de nada sirve para evitar que se difunda la enfermedad
- 39.- He recibido información sobre el SIDA sin buscarla
- 40.- Si mi pareja sexual estuviera contagiada con el VIH la rechazaría
- 41.- Los jóvenes tienen su primera experiencia sexual con personas que acaban de conocer
- 42.- Si mi novio(a) estuviera contagiado(a) con el VIH evitaría tener relaciones sexuales
- 43.- Es sano que el adolescente tenga relaciones sexuales
- 44.- Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo
- 45.- El que yo me enferme se debe a mi descuido
- 46.- Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo

- 47.- Una mujer si lo desea puede quedar embarazada aún siendo soltera
- 48.- Sería capaz de tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales
- 49.- Si una pareja del mismo sexo está de acuerdo puede tener relaciones sexuales
- 50.- Tener relaciones sexuales premaritales es una actitud irresponsable
- 51.- Si difiero en la forma de pensar sobre las relaciones sexuales con mi pareja se lo digo
- 52.- Las relaciones sexuales son para obtener placer
- 53.- Las amas de casa son personas que están en riesgo de contraer el SIDA
- 54.- El uso de preservativos o condones va en contra de mi religión
- 55.- Los preservativos o condones son más apropiados para usar con parejas que acabas de conocer
- 56.- Los jóvenes deben tener relaciones sexuales con parejas ocasionales
- 57.- Los métodos anticonceptivos deben ser parte de la rutina sexual
- 58.- Las relaciones sexuales deben ser vaginales únicamente
- 59.- El uso de anticonceptivos propicia el libertinaje en los jóvenes
- 60.- Los jóvenes deben tener relaciones sexuales solo con una pareja
- 61.- Las mujeres deben de permanecer vírgenes hasta el matrimonio
- 62.- Una pareja del mismo sexo debe evitar tener relaciones sexuales
- 63.- Usar anticonceptivos en las relaciones sexuales aumenta el placer
- 64.- Los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que deseen sexualmente
- 65.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables
- 66.- Si la pareja está de acuerdo puedo tener relaciones sexuales orales
- 67.- Se debe evitar la libertad sexual en los jóvenes
- 68.- Es perjudicial para los adolescentes tener relaciones sexuales
- 69.- La pareja debe evitar las relaciones sexuales orales
- 70.- Los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

71.- Se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usa condón

72.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio son vergonzosas

INSTRUCCIONES:

Señala con una cruz en tu hoja de respuestas que tanto consideras que es el riesgo de contagiarse del virus del SIDA en las siguientes actividades. Las opciones de respuesta son:

- (1) Nada riesgoso
- (2) Medianamente riesgoso
- (3) Muy riesgoso

Por ejemplo:

23.- Cruzar la calle sin precaución:

Hoja de respuestas:

- | | | | |
|------|-------------------|---------------------------|------------------|
| 22.- | () Nada riesgoso | () Medianamente riesgoso | () Muy riesgoso |
| 23.- | () Nada riesgoso | () Medianamente riesgoso | (X) Muy riesgoso |
| 24.- | () Nada riesgoso | () Medianamente riesgoso | () Muy riesgoso |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NO DEBES RAYAR , NI MARCAR ESTE CUESTIONARIO

73.- Tener relaciones sexuales con una pareja que se acaba de conocer usando condón

74.- Tener relaciones sexuales con mi novio(a) sin usar condón

75.- Compartir agujas para inyectarse drogas o para otros fines

76.- Recibir una transfusión de sangre (con las medidas de protección necesarias).

77.- Menciona otras conductas que podrían poner a una persona en riesgo de contagiarse de SIDA (**RECUERDA CONTESTAR EN LA HOJA DE RESPUESTAS**).

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de afirmaciones acerca del origen y propagación del SIDA. Marca con una cruz (X) la opción que exprese que están de acuerdo o en desacuerdo estas con cada una de ellas, como lo hiciste anteriormente. Las opciones de respuesta son:

TA = Totalmente de Acuerdo.

A = de Acuerdo.

I = Indeciso.

D = Desacuerdo.

TD = Totalmente en Desacuerdo.

NO DEBES RAYAR, NI MARCAR ESTE CUESTIONARIO

- 78.- El SIDA es resultado de la pérdida de valores
- 79.- El SIDA es un castigo de DIOS
- 80.- El SIDA es resultado de la falta de higiene
- 81.- El SIDA es resultado de un estilo de vida inmoral
- 82.- El SIDA es resultado de tener relaciones sexuales con prostitutas
- 83.- El SIDA es resultado de no poder controlar la ansiedad sexual
- 84.- El SIDA solo se da entre adultos
- 85.- El SIDA es resultado de la falta de orientación sexual
- 86.- El SIDA es resultado de haber tenido relaciones sexuales con más de una persona
- 87.- Los adolescentes no se contagian de SIDA
- 88.- El SIDA es resultado de consumir drogas intravenosas
- 89.- El SIDA es resultado de tocar, ver o hablar a personas infectadas con este virus
- 90.- El SIDA es resultado de la falta de información sobre el tema
- 91.- Pueden infectarse de SIDA personas de cualquier edad, sexo, posición social, preferencia sexual, condición socioeconómica, raza, nacionalidad, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¡ MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN;

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS, PERCEPCIÓN Y CREENCIAS SOBRE EL SIDA.

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de preguntas, marca con una X la opción que corresponda a tu respuesta o en su caso escribe lo que se te pide. En algunas preguntas tienes que saltarte a otra, si este no es tu caso, por favor responde a todas las preguntas.

Las respuestas son absolutamente confidenciales y con fines estadísticos. Por lo que de antemano te agradecemos tu cooperación en este estudio.

TIENES 50 MINUTOS PARA RESOLVER EL CUESTIONARIO

Si tienes dudas pregunta al aplicador.

Datos generales.

- 1.-Sexo () Femenino () Masculino
- 2.-Edad _____
- 3.-Grado () 1° () 2° () 3°
- 4.-¿Actualmente eres?
a) Soltero / sin pareja
b) Soltero/a con pareja
c) Otro, especifica _____
- 5.-¿Has tenido relaciones sexuales?
a) Si
b) No (Si contestas "NO" pasa a la pregunta 12)
- 6.-¿A que edad tuviste tu primera relación sexual?

- 7.-¿Con quien tuviste tu primera relación sexual?
a) Novio/a
b) Amigo/a
c) Conocido/a
d) Pariente
f) Otro, especifica: _____
- 8.- Has tenido relaciones sexuales con otras personas además de tu pareja sexual?
a) Si
b) No

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9.-¿Has utilizado algún método anticonceptivo o protección contra las enfermedades de transmisión sexual?

a) Sí

¿Cuáles?

b) No

¿Por qué?

10.- ¿El sexo oral forma parte de tus relaciones sexuales?

a) Sí

b) No (pasa a la pregunta 12)

11.-¿Utilizas tú o tu pareja alguna/s barrera/s que impide el contacto directo de boca con genitales?

a) Sí

¿Cuales?

b) No

¿Por qué?

12.- Cómo se manifiesta una enfermedad venérea?

13.-¿ Con que frecuencia tomas bebidas alcohólicas

Más de cuatro veces a la semana

Una o dos veces a la semana

Una o dos veces al mes

Nunca (pasa a la pregunta 15).

14.-¿ Cuando tomas bebidas alcohólicas tienes relaciones sexuales

Siempre

Algunas veces

Nunca

15.- ¿Con que frecuencia consumes drogas

Más de cuatro veces a la semana

Una o dos veces a la semana

Una o dos veces al mes

Nunca (pasa a la pregunta 17).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

16.-¿ Cuando usas drogas tienes relaciones sexuales

- Más de cuatro veces a la semana
 Una o dos veces a la semana
 Una o dos veces al mes
 Nunca

17.-¿Conoces algunas formas de evitar o proteger el contagio de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA?

a) Si

¿Cuales?

b) No

18.- Explica que razones tienes para no tener relaciones sexuales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOJA DE RESPUESTAS**PRIMERA PARTE**

- | | | | |
|---------------|----------|----------|----------|
| 1.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 2.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 3.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 4.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 5.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 6.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 7.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 8.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 9.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 10.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 11.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 12.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 13.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 14.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 15.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 16.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |
| 17.- a) _____ | b) _____ | c) _____ | d) _____ |

<p style="text-align: center;">TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>

SEGUNDA PARTE

- | | |
|-----------------|-----------|
| 18.- () Cierto | () Falso |
| 19.- () Cierto | () Falso |
| 20.- () Cierto | () Falso |
| 21.- () Cierto | () Falso |
| 22.- () Cierto | () Falso |
| 23.- () Cierto | () Falso |
| 24.- () Cierto | () Falso |
| 25.- () Cierto | () Falso |
| 26.- () Cierto | () Falso |
| 27.- () Cierto | () Falso |
| 28.- () Cierto | () Falso |
| 29.- () Cierto | () Falso |

TERCERA PARTE

Las opciones de respuesta son:

TA = Totalmente de Acuerdo.

A = de Acuerdo.

I = Indeciso.

D = Desacuerdo.

TD = Totalmente en Desacuerdo

- 30.- () TA () A () I () D () TD

- 31.- () TA () A () I () D () TD
- 32.- () TA () A () I () D () TD
- 33.- () TA () A () I () D () TD
- 34.- () TA () A () I () D () TD
- 35.- () TA () A () I () D () TD
- 36.- () TA () A () I () D () TD
- 37.- () TA () A () I () D () TD
- 38.- () TA () A () I () D () TD
- 39.- () TA () A () I () D () TD
- 40.- () TA () A () I () D () TD
- 41.- () TA () A () I () D () TD
- 42.- () TA () A () I () D () TD
- 43.- () TA () A () I () D () TD
- 44.- () TA () A () I () D () TD
- 45.- () TA () A () I () D () TD
- 46.- () TA () A () I () D () TD
- 47.- () TA () A () I () D () TD
- 48.- () TA () A () I () D () TD
- 49.- () TA () A () I () D () TD
- 50.- () TA () A () I () D () TD
- 51.- () TA () A () I () D () TD
- 52.- () TA () A () I () D () TD
- 53.- () TA () A () I () D () TD
- 54.- () TA () A () I () D () TD
- 55.- () TA () A () I () D () TD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 56.- () TA () A () I () D () TD
 57.- () TA () A () I () D () TD
 58.- () TA () A () I () D () TD
 59.- () TA () A () I () D () TD
 60.- () TA () A () I () D () TD
 61.- () TA () A () I () D () TD
 62.- () TA () A () I () D () TD
 63.- () TA () A () I () D () TD
 64.- () TA () A () I () D () TD
 65.- () TA () A () I () D () TD
 66.- () TA () A () I () D () TD
 67.- () TA () A () I () D () TD
 68.- () TA () A () I () D () TD
 69.- () TA () A () I () D () TD
 70.- () TA () A () I () D () TD
 71.- () TA () A () I () D () TD
 72.- () TA () A () I () D () TD

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUARTA PARTE

- 73.- () Nada riesgoso () Medianamente riesgoso () Muy riesgoso
 74.- () Nada riesgoso () Medianamente riesgoso () Muy riesgoso
 75.- () Nada riesgoso () Medianamente riesgoso () Muy riesgoso
 76.- () Nada riesgoso () Medianamente riesgoso () Muy riesgoso

77.

QUINTA PARTE

Las opciones de respuesta son:

TA = Totalmente de Acuerdo.

A = de Acuerdo.

I = Indeciso.

D = Desacuerdo.

TD = Totalmente en Desacuerdo

78.- () TA () A () I () D () TD

79.- () TA () A () I () D () TD

80.- () TA () A () I () D () TD

81.- () TA () A () I () D () TD

82.- () TA () A () I () D () TD

83.- () TA () A () I () D () TD

84.- () TA () A () I () D () TD

85.- () TA () A () I () D () TD

86.- () TA () A () I () D () TD

87.- () TA () A () I () D () TD

88.- () TA () A () I () D () TD

89.- () TA () A () I () D () TD

90.- () TA () A () I () D () TD

91.- () TA () A () I () D () TD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN