

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

"ACTITUD HACIA EL SIDA DE LOS ADOLESCENTES MEXICANOS".

T E S I S  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

GABRIELA ELOINA PAVAN CACHO.

Directora de Tesis: Dra. Sofía Rivera Aragón.  
Revisora: Dra. Victoria Magdalena Varela Macedo.

Sinodales: Mtra. María de La Luz Javiedes Romero.  
Dr. Rolando Diaz Loving.  
Lic. Miriam Camacho Valladares

México, D.F. 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
RESUMEN.....	3
CAPITULO I.- SIDA.....	4
1.2.- Definición de SIDA.....	4
1.3.- Etiología.....	5
1.4.- Antecedentes.....	9
1.5.- Transmisión.....	10
1.6.- Epidemiología.....	11
1.7.- Tratamiento.....	14
1.8.- Pruebas de detección del VIH.....	21
1.9.- Vacunas.....	22
2.-Discriminación a los enfermos de SIDA.....	25
3.- El SIDA en México.....	29
CAPITULO II.-ADOLESCENCIA Y EL SIDA.....	33
4.- Adolescencia.....	33
5.- Actitudes hacia el SIDA y la sexualidad en los adolescentes.....	38
CAPITULO III.- INVESTIGACIONES.....	42
6.- Investigaciones.....	42
7.- El SIDA en la educación.....	50
8.- Campañas de prevención.....	54
9.- El SIDA y los medios de comunicación.....	57
10.- Los jóvenes como promotores y replicadores de información para la prevención de VIH/SIDA.....	59
CAPITULO IV.- METODO .....	64
11.- Planteamiento del problema.....	64
12.- Justificación del problema.....	64
13.- Hipótesis .....	64
14.- Variables.....	66
15.- Muestreo.....	68
16.- Tipo de estudio.....	68
17.- Diseño.....	69
18.- Instrumento.....	69
19.-Procedimiento.....	70
CAPITULO V.- RESULTADOS.....	72

20.- Prueba T.....	74
21.- Correlación de Pearson.....	76
22.- Análisis de Varianza.....	80
CAPITULO VI.- DISCUSIÓN.....	88
CAPITULO VII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	92
REFERENCIAS.....	94
ANEXOS.....	99



En este gran logro participaron muchas personas a las cuales  
quiero agradecer.

Inicio con mis padres por darme la vida  
y junto con mis hermanos Paty y César  
su amor y apoyo incondicional.  
A Aide por darme cariño y orgullo.

Continuando el largo recorrido:

A Alejandro con quien inicié esta empresa

a Francisco porque gracias a su perseverancia y gran colaboración  
retomé el camino,

a Rafael por su ayuda y confianza,

a Pilar y a mis compañeros de trabajo por su insistencia.

A Marco Antonio por darme el mejor regalo del mundo.

Y principalmente a la razón de mi vida: **Leonardo David.**

Con gran tristeza y respeto agradezco y dedico de forma muy especial a la memoria del Dr. Eduardo M. Hernández Prieto, ya que a pesar de tanta insistencia no logró ver el resultado tan esperado de este empeño.....descanse en paz.

Un agradecimiento muy especial a la Dra. Sofia Rivera Aragón por la dirección de este proyecto y sobretodo por su infinita paciencia e incondicional apoyo.

## INTRODUCCION.

La sexualidad siempre ha sido un tema difícil de tocar considerado tabú, en torno al cual existen grandes prejuicios y mitos.

Afortunadamente en la actualidad ya es posible hablar con mayor libertad y claridad al respecto, esto debido desafortunadamente a una enfermedad que es considerada "la epidemia del siglo", me refiero al SIDA ante la cual para combatirla únicamente contamos, hasta el momento, con la prevención, la protección y la información.

El SIDA es uno de los más graves problemas de salud pública y constituye un serio problema social, ya que infinidad de personas presentan valores culturales muy arraigados que se deben cambiar si se pretende combatir y sobre todo prevenir este mal; así mismo se debe educar a la población hacia la protección de uno mismo y de los demás comprometiéndose de esta manera en la lucha contra la enfermedad.

En sus inicios, el SIDA fue interpretado como un castigo divino ante la disolución de las normas morales. De esta manera, había a quien culpar y se pudo argumentar que era una enfermedad de las minorías anormales. Se debió cambiar este concepto ya que las personas infectadas no son culpables, simplemente se trata de víctimas a quienes es conveniente brindarles el mayor apoyo y ayuda humanitaria.

Gracias a los estudios realizados en todo el mundo; a la creación de instituciones como CONASIDA y no gubernamentales; a congresos, a la publicación de libros, revistas y suplementos y a la difusión del tema en los medios de comunicación, se ha abierto el panorama de la información de esta enfermedad aunque todavía falta mucho camino por andar.

Debido a que el SIDA se propaga a pasos agigantados, la población ha concientizado cada vez más que el contagio puede sucederle a cualquiera si presenta prácticas de riesgo o si no se protege debidamente; por lo cual se interesan cada vez más personas por conocer acerca de la enfermedad y sus formas de transmisión, y así mismo de prevenirla.

Dado que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se erige como un problema de salud pública que cada día alcanza proporciones más alarmantes en cuanto al número de personas afectadas en todo el mundo, resulta importante el estudio de los aspectos de educación y conocimientos en todos los niveles de la sociedad humana, por lo cual la presente se propone investigar la relación existente entre el nivel de conocimientos relativos a la enfermedad y las actitudes de los adolescentes para con éste, habida cuenta de que el grupo social denominado "adolescentes" constituye por sus características particulares, el grupo al cual se debe dedicar la mayor atención en cuanto educación, por ser éste uno de los grupos de mayor riesgo por la frecuencia de sus relaciones sexuales y la escasa información que en general tienen respecto a su sexualidad.

Por lo cual se hace fundamental dirigir hacia ellos el mayor número de campañas y programas de información sobre la sexualidad y particularmente sobre SIDA, en busca de un desarrollo más sano y más responsable de su sexualidad.

## RESUMEN

El SIDA es una de las enfermedades con mayor índice de muertes en nuestro país y que podría ser prevenible pero debido a la poca conciencia de riesgo que se tiene, a la errónea y escasa información, a mitos y prejuicios y a la cada vez menos atención social y familiar que hay hacia nuestros jóvenes es que se está propagando aceleradamente y en un alto porcentaje el contagio se da en la adolescencia.

Debido a esto el presente trabajo intenta conocer la relación que hay entre los conocimientos sobre SIDA y las actitudes que los adolescentes tienen hacia dicha enfermedad y sus contagiados.

Consta de VII capítulos: En el primero se aborda todo lo referente al SIDA desde definición y formas de transmisión hasta tratamiento y posibles vacunas incluyendo discriminación a los enfermos por VIH y el SIDA en México.

El segundo capítulo habla sobre la adolescencia y las actitudes hacia el SIDA y la sexualidad en este grupo.

En el tercer capítulo se incluyen investigaciones sobre actitudes hacia el SIDA, la enfermedad en la educación, en los medios de comunicación, las campañas de prevención y los jóvenes como promotores para la prevención.

En el capítulo IV se realizó la metodología. Los sujetos fueron los estudiantes de los 3 grados de una secundaria pública cuyas edades fluctuaban entre los 11 y los 16 años de edad. Teniendo 61 para el grupo control y 61 para el grupo experimental. Fue una investigación de campo, evaluativa y transversal, con un diseño pretest-postest con grupo control. El instrumento se refirió a un cuestionario de 46 preguntas sobre conocimientos de SIDA; una escala de Likert de 26 reactivos para medir actitudes hacia el SIDA; ambos elaborados y validados por Alfaro M.L. (1991) Así mismo se dio una plática sobre conocimientos del SIDA. Procedimiento. Al grupo control se les aplicó dos veces los mismos cuestionario y escala de actitudes con diferencia de una semana. Al grupo experimental se les aplicó el cuestionario y la escala de actitudes también en dos ocasiones pero entre estas hubo dos sesiones en las que se impartió una plática sobre conocimientos del SIDA.

En el capítulo V se plasman los resultados obtenidos en la Prueba T de Student, la Correlación de Pearson y el Análisis de varianza.

En el capítulo VI se trata la discusión de los resultados y en el VII las conclusiones y sugerencias.

## CAPITULO I. SIDA.

La epidemia del SIDA es un fenómeno que irrumpió en la vida sexual de la humanidad y que ha descubierto nuevos estilos de comportamiento sexual. Es una enfermedad que vuelve a unir al erotismo con la muerte como sucedió en tiempos pasados con las enfermedades venéreas, que además culpa y estigmatiza al enfermo ya que su principal causa de contagio es un comportamiento sexual socialmente no aceptado. (Bronfman 1995)

### DEFINICION DE SIDA.-

Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Estas cuatro palabras explican exactamente en qué consiste el SIDA:

Síndrome.- Es un conjunto de síntomas o problemas. El SIDA se manifiesta a través de una serie de enfermedades y síntomas diversos que suelen ser fatales.

Inmuno.- El término "inmune" significa "a salvo" o "protegido". Cuando se tiene inmunidad se está a salvo de algo o protegido contra ello.

El cuerpo cuenta con un sistema inmunológico que es el que combate infecciones y enfermedades, deteniendo cualquier virus e impidiendo que se multiplique; esta función la cumple produciendo anticuerpos los cuales eliminan del cuerpo cualquier virus.

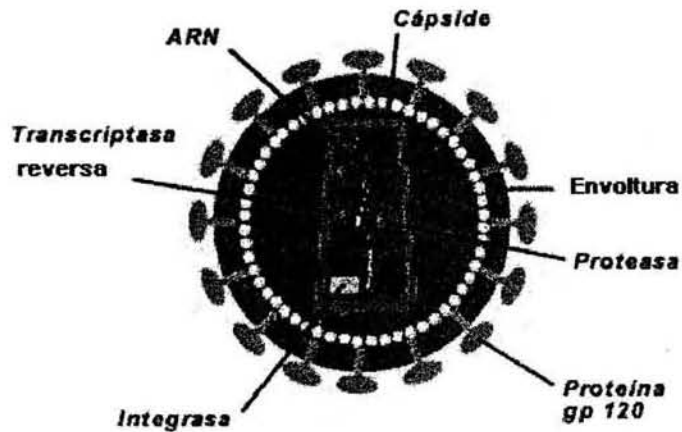
Deficiencia.- Quiere decir "falta" o "insuficiencia". Al hablar de SIDA la palabra "deficiencia" se vincula con la palabra "inmune"; es decir, el sistema inmunológico es deficiente, no trabaja para proteger a la persona contra infecciones y enfermedades como debiera.

Adquirida.- Se refiere al hecho de que el SIDA es algo que se recibe o que se obtiene, no se hereda de los padres. (Hein y Foy 1991)

El SIDA ataca la estructura complicada de la inmunidad dejando a la víctima sensible a microorganismos con los que había vivido previamente en relativa armonía. (Daniels V. 1994).

En el interior del virus

El VIH es una estructura muy simple constituida por material genético y enzimas esenciales rodeados por una cubierta proteica contenida en una envoltura viral.



**Cápside** - Cubierta proteica que protege al material genético (ARN) y las enzimas clave del virus.

**Integrasa** - Enzima que ayuda a integrar el material genético del VIH en el ADN de la célula huésped durante la replicación viral.

**ARN** - El ARN contiene el código genético necesario para crear nuevos virus ARN (VIH). El VIH contiene dos cadenas idénticas de ARN.

**Proteína gp 120** - Las proteínas gp 120 son pequeñas protuberancias en la superficie del virus (VIH). Ayudan a éste a unirse a las células que tienen receptores CD4.

**Transcriptasa reversa** - Esta enzima es necesaria para convertir el material genético del VIH (es decir, el ARN) en ADN viral, lo que permite al virus integrar su material genético en el ADN de la célula huésped.

**Envoltura** - Capa externa del virus en la que están incrustadas las proteínas gp 120.

**Proteasa** - Enzima que corta las cadenas de proteínas para prepararlas para el ensamblaje en partículas virales.

## ETIOLOGIA.-

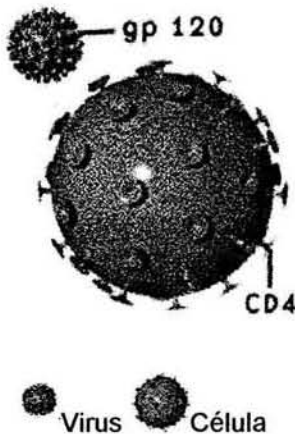
El SIDA se ocasiona por un virus llamado "virus de inmunodeficiencia humana" (VIH) y en inglés (HIV). Anteriormente se le llamaba virus linfotrópico-T humano tipo III (HTLV-III); virus asociado con la linfadenopatía (LAV) o virus relacionado con el SIDA (ARV). (Varios autores 1987). Perteneció a la familia de los retrovirus, es decir, virus cuya información genética está contenida en una molécula de ARN en vez de AND como es habitual en la mayoría de los seres vivos.

El VIH ataca principalmente a los glóbulos blancos llamados Linfocitos T; así como a los Macrófagos y a los Linfocitos B.



El método por el cual se reproduce el VIH se conoce como replicación y su procedimiento es el siguiente: **Paso 1: Unión**

Aunque no se conoce el mecanismo exacto de la unión del virus, la siguiente grafica representa una teoría sobre la interacción entre el VIH y la célula huésped.



El virus y la célula huésped se aproximan debido a la fuerte atracción que existe entre las proteínas gp 120 del virus y las moléculas CD4 de la célula huésped.

Una interacción especial entre la proteína y la molécula activa un receptor situado en la superficie de la célula huésped, que hace que se junten las capas externas del virus y de la célula.

#### Paso 2.- Transcripción reversa.-

El material genético del VIH se encuentra en dos cadenas idénticas de ARN (ácido ribonucleico), mientras que el material genético de las células humanas se localiza en el ADN (ácido desoxirribonucleico)

Para que el virus se integre en la célula huésped, su material genético debe transformarse mediante un proceso llamado transcripción reversa.

Después del proceso de unión, la cápside viral (que contiene cadenas de ARN y enzimas esenciales) se incorpora a la célula huésped. Después de eliminar la cubierta proteica, una enzima viral llamada transcriptasa reversa crea una copia ADN del ARN viral. Este ADN nuevo se denomina ADN proviral.

#### Paso 3.- Integración.-

El ADN proviral emigra al núcleo de la célula huésped, donde se encuentra el ADN de dicha célula. A continuación, otra enzima viral llamada integrasa incorpora el ADN proviral en el ADN de la célula huésped

#### Paso 4 .- Transcripción.-

Una vez que el material genético del VIH se encuentra en el interior del núcleo de la célula, dirige la maquinaria genética de ésta para producir nuevos VIH.

Cuando llega el momento de ejecutar las instrucciones del virus, las cadenas de ADN viral presentes en el núcleo se separan, y enzimas especiales crean una cadena complementaria de material genético llamada ARN mensajero o ARNm (el código que corresponde a las proteínas virales).

#### Paso 5 .- Traducción.-

El ARNm portador de las instrucciones del virus es transportado desde el núcleo a una especie de cinta transportadora diminuta en la célula. Cada sección del ARNm corresponde a una unidad para la elaboración de proteínas.

A medida que se procesa cada cadena de ARNm, se desarrollan las cadenas de proteínas correspondientes. Este proceso continúa hasta que la cadena de ARNm se ha transformado o "traducido" en nuevas proteínas víricas, necesarias para crear más virus.

#### Paso 6.- Ensamblaje del virus.-

El ensamblaje del virus es el paso final de la replicación del VIH. Las proteínas virales nuevas son cortadas por una enzima viral llamada proteasa para que puedan ensamblarse en partículas virales. Estas proteínas tienen varias funciones; algunas se convierten en elementos estructurales del nuevo VIH, mientras que otras se transforman en enzimas, como la transcriptasa reversa.

Una vez ensambladas, las nuevas partículas virales salen por gemación de la célula huésped. Después de la maduración de las partículas, el nuevo VIH plenamente desarrollado está preparado para infectar otras células huéspedes y repetir el proceso de replicación.

El virus llega al cuerpo, la piel, las mucosas, etc., que son barreras naturales, las cuales no pueden impedir su entrada y llega directamente a los Linfocitos auxiliares o Linfocitos T, ya que estos tienen una proteína por la cual el virus muestra una gran predilección, ahí inyecta su material genético y con él introduce una enzima llamada Transcriptasa inversa la cual se trata de un traductor químico que consigue fabricar a partir del ARN del virus un "doble" perfecto de ADN.

Este "doble" se integra al material genético del Linfocito y así se duplica y transmite a sus descendientes. Dos semanas después la persona presenta los primeros signos de la infección.

Cree tener gripe y siente molestias en la garganta; estos síntomas desaparecen en una o dos semanas y así continuará la persona durante varios años, con el virus en estado pasivo dentro de las células, hasta que, por algún motivo, el virus despierta y se empieza a multiplicar en cientos o miles de descendientes que destrazan a la célula.

Los nuevos virus salen a la sangre e infectan otros Linfocitos. En tanto los Macrófagos detectan al virus y tratan de destruirlo pero sólo consiguen ser infectados. Los Linfocitos B también tratan de defender creando grandes cantidades de anticuerpos contra el virus pero éstos no lo pueden neutralizar o lo hacen de modo incompleto, esto es debido a la gran variabilidad del VIH. Así el sistema inmunológico se va deteriorando cada vez más conforme avanza el padecimiento y van desapareciendo de la sangre del individuo los Linfocitos T. Ahora cualquier invasor, o sea, las infecciones oportunistas, tendrán un terreno ideal para desarrollarse hasta llevar al individuo a la muerte. (Ariza y Coperías 1988)

El período de incubación; que es el tiempo entre la infección y la aparición de las manifestaciones de la enfermedad del SIDA; fluctúa de las 2 semanas a los 3 meses. Después el individuo puede ser asintomático hasta un período de aproximadamente 10 años. A éste le sigue un estado llamado Complejo Sintomático Relacionado (CSR) que precede al propio padecimiento del SIDA. Este complejo se caracteriza por la presencia de inflamaciones de los ganglios linfáticos por un período de 3 meses, que puede ser acompañada por sudores nocturnos; fiebres y/o diarreas continuas; pérdida de peso corporal o candidiasis bucal (algodoncillo) y pueden ocurrir de manera constante o discontinua y de gravedad variable (O.M.S. 1989). La práctica médica parece demostrar que alrededor del 60 % de las personas seropositivas desarrollaran el SIDA en los 10 años siguientes al inicio de la infección, un 20 % presenta síntomas menores y otro 20 % continuará sana. (Coperías 1994)

Las víctimas del SIDA presentan una diversidad de infecciones muy raras llamadas "oportunistas" ya que sólo se producen cuando el sistema inmunológico se encuentra comprometido y que anteriormente sólo se encontraba en los individuos cancerosos o que habían sufrido algún trasplante de órganos y cuyas resistencias se ven disminuidas por la acción de los medicamentos.

Entre estas infecciones figuran una forma inusual de neumonía causada por *Pneumocystis carinii*, infecciones fúngicas, tuberculosis, diversas clases de herpes, candidiasis, criptoesporidiasis y una lesión cutánea que resulta ser una forma de cáncer llamado Sarcoma de Kaposi.

Es común que aunque se puedan contener estas graves infecciones, sobrevengan una tras otra hasta que la víctima termina por morir debido al mal irreversible que ocasionó el virus del SIDA en el sistema inmunológico del individuo el cual no pudo resistir a estas enfermedades. (Masters, Johnson y Kolodny 1987)

El organismo utiliza al sistema inmunológico para reconocer y atacar a los virus y otros agentes patógenos, produciendo anticuerpos específicos para cada uno de ellos. Los anticuerpos atacan a estos microorganismos y movilizan otras partes del sistema inmunológico.

El VIH infecta a un tipo de células del sistema inmunológico, los linfocitos CD4 o T4, el organismo a su vez entrena a los linfocitos para reconocer a las células que han sido infectadas por el VIH y destruirlas.

Una vez que el VIH se introduce en un linfocito puede tomar de este su material genético y convertirlo en una fábrica productora de más virus. Entonces el linfocito invadido o destruido libera los virus recién producidos que van a infectar más células. Entre más virus se libere, mayor será el número de linfocitos que se infecten. Los linfocitos infectados que no sean destruidos por el VIH directamente pueden ser destruidos por otros linfocitos del sistema inmunológico.

Los síntomas surgen cuando hay suficiente daño al sistema inmunológico. (Zozaya 1999)

#### **ANTECEDENTES.-**

Los primeros casos de SIDA probablemente ocurrieron hace muchos años pero no se lograron diagnosticar como tal ni se asociaron a otros padecimientos.

Es en 1981 cuando en California, Goltieb reportó los primeros casos; atendió a 4 jóvenes varones que sufrieron de una rara neumonía que sólo se presenta en personas cuyo sistema inmunológico está seriamente dañado. Lo único que encontró que tuvieron en común fue que realizaban prácticas homosexuales. (O.M.S. 1989)

Debido a esto se consideró que era una enfermedad propia de homosexuales.

Después de los informes que dio Goltieb sobre los jóvenes homosexuales, la enfermedad comenzó a detectarse en emigrantes de Haití que no eran homosexuales y entre adictos a las drogas; entre prostitutas y al mismo tiempo se encontró en pacientes hemofílicos que habían recibido transfusiones sanguíneas. Debido a esto se comenzó a hablar de grupos de riesgo.

El virus se ha propagado por el movimiento masivo entre países y continentes; por las migraciones, el creciente turismo y ciertas prácticas o conductas que implican riesgo de contagio.

Fue en 1982 cuando se le dio el nombre de SIDA a esta enfermedad ocasionada por el VIH.

En 1984 el Dr. Luc Montagnier, especialista del Instituto Pasteur (París, Francia) reportaba la existencia del virus.

Unos meses después el Dr. Robert Gallo, especialista del Instituto Nacional del cáncer (Estados Unidos) también reclamaba el mismo hallazgo.

Existen varias hipótesis del origen del SIDA:

1.- Como resultado de una mutación del llamado "Virus de inmunodeficiencia simia" y debido al estrecho contacto que ha existido, principalmente en Africa, entre monos y seres humanos el virus haya evolucionado creando una forma que afecta a los seres humanos.

2.- Debido probablemente a una vacuna contra la poliomielitis que pudo haber estado contaminada con el "Virus de inmunodeficiencia simia".

3.- A consecuencia de un accidente de laboratorio.

El Dr. Montagnier opina que es imposible que el VIH haya surgido por cualquiera de estas hipótesis.

Pero solo son hipótesis y el origen real no se conoce.

#### **TRANSMISION. -**

El SIDA es una enfermedad incurable y mortal; es el resultado final de la infección producida por el VIH el cual puede vivir dentro de las células del organismo por muchos años antes de manifestarse el mal.

El VIH se propaga a través del contacto directo de la sangre de una persona infectada con la sangre de una persona no infectada, o del semen de una persona infectada con la sangre de una persona no infectada. (Cuomo y Axelrod 1987)

Existen 4 formas de contagio:

1.- Por medio de sangre contaminada; sea por transfusión o por uso de agujas contaminadas.

2.- De una madre infectada a su hijo; en el embarazo, al nacer o en la lactancia.

3.- Trasplantes o injertos de órganos o tejidos de personas infectadas.

4.- Por contacto sexual. (Alfaro 1991)



De las cuales, esta última es la principal forma de contagio, lo que constituye un grave problema social y cultural a resolver ya que el sexo es un tema tabú en torno al cual se han creado grandes prejuicios y mitos.

El VIH no sólo ha resultado en sangre y semen sino también en tejido cerebral, en secreciones vaginales y aún en saliva y lágrimas, aunque no hay pruebas de que pueda transmitirse por las dos últimas según el Dr. Myron Essex, jefe del depto. de Biología Oncológica en la Escuela de Salud Pública de Harvard. (Revista MD 1987)

#### **EPIDEMIOLOGIA.-**

El SIDA es un grave problema de salud pública que tiene repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que en México se clasifica como epidemia concentrada, o sea, que la prevalencia de infección por VIH se ha difundido rápidamente en un subgrupo de la población y que aún no se establece en la población en general; y este grupo es en hombres que tiene sexo con hombres con un 15%, seguido por los usuarios de drogas inyectables con una prevalencia del 6%. (<http://www.ssa.gob.mx/conasida/>).

De los 30 millones de personas que viven hoy día con la infección por el VIH o con el SIDA, por lo menos una tercera parte tienen de 10 a 24 años de edad. Se producen aproximadamente 2.6 millones de nuevas infecciones anuales entre los jóvenes. En conjunto, los jóvenes constituyen como mínimo el 50% de todas las personas que se infectan después de la lactancia, y en algunos países esa cifra supera el 60%. La población mundial es joven, y lo es cada vez más.

La adolescencia y la juventud son periodos de descubrimiento, de sentimientos incipientes y de exploración de nuevos comportamientos y relaciones por lo que los jóvenes merecen una atención prioritaria en la epidemia de VIH/SIDA. Las cifras y las características de este mal entre los jóvenes difieren por región: África y Asia presentan una mayor transmisión a través de las relaciones sexuales heterosexuales, en América Latina predomina la transmisión homosexual, y en la Europa Oriental y en la Comunidad de Estados Independientes la vía predominante es el consumo de drogas intravenosas. Sin embargo, a menos que todas las regiones desarrollen medidas eficaces para reducir la vulnerabilidad de los jóvenes al VIH y a su riesgo de infección, se perderán poblaciones enteras de jóvenes, la epidemia seguirá ganando terreno y los costos humanos y económicos resultantes serán intolerables. (Ginebra 1998)

En Zimbabwe, el 30% de las mujeres embarazadas de 15 a 19 años de edad que acudieron a los dispensarios prenatales estaban

infectadas por el VIH. Las tasas de prevalencia del VIH en las embarazadas menores de 20 años en Maharashtra (India), en que la epidemia es mucho más reciente, aumentaron del 2.3% al 3.5% entre 1994 y 1996. (IBIDEM)

Para 1995, el SIDA constituía la tercera causa de muerte entre los hombres en edad más productiva, los 25 y 34 años. (De la Fuente 1995).

Para finales del 2000 es la cuarta causa de muerte en el mundo pero la primer causa en Africa en donde se concentra más del 70% de las infecciones totales, tal es el impacto que en países como Botswana y Zimbabwe la expectativa de vida al nacer se ha reducido en más de 30 años. (<http://www.ssa.gob.mx/conasida/>).

A mediados del año de 1990 de acuerdo a la OMS México ocupaba el 12° lugar mundial y el 3° en el Continente Americano, después de E.E. U.U. y Brasil, con 4589 casos. (CONASIDA 1990)

De acuerdo a la situación del SIDA en el mundo, la ONUSIDA reporta que al finalizar el año 2000 había 36.1 millones de personas con VIH, de los cuales 34.7 millones eran adultos, 16.4 millones mujeres y 1.4 millones menores de 15 años. En América Latina había 1.4 millones de infecciones.

Con respecto a las defunciones hay 21.8 millones en total de las cuales 17.5 corresponden a adultos, 9 millones a mujeres y 4.3 millones a menores de 15 años, así mismo existían 13.2 millones de huérfanos en el mundo a causa del SIDA. (<http://www.ssa.gob.mx/conasida/>).

La transmisión sexual ha sido la causa de casi el 90% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales para el año 2000, el 61.8% era en hombres que tienen relaciones con hombres y el 38.2% en heterosexuales.

En una comparación por sexos existían 85.7% casos de hombres infectados y 14.3% de mujeres, es decir hay una relación de 9 a 1 casos en el D.F., la relación en otras entidades es menor como en Puebla, Tlaxcala y Morelos que es de 3 a 1 casos pero en Nuevo León es de 12 a 1 casos.

Con respecto a las defunciones a causa del SIDA, desde 1988 a 1998 hubo 31,108 casos de los cuales el 83.3% eran hombres y el 13.7% mujeres. A nivel Nacional el SIDA ocupa el lugar 16 como causa de muerte.

La población más afectada son los jóvenes de entre 25 y 34 años. Para 1998 era la cuarta causa de muerte de esta edad en varones y la séptima en mujeres. (IBIDEM)

Con respecto al contagio por transmisión sanguínea encontramos que ha disminuido considerablemente siendo de 14.57 % en 1990 a 0.02% en el año 2000 esto debido a que desde 1986 hubo disposiciones legales en donde se prohíbe la comercialización de la sangre y además toda la sangre deberá ser examinada.

Referente a las cifras de infectados por VIH encontramos que desde 1983 en que se diagnostica el primer caso, tenemos al final de ese año 60 diagnosticados, para el año 2000 se diagnosticaron 3257 casos y existían 52 298 infectados en total, 1786 casos diagnosticados para el año 2001 sumando 54 084 en ese año llegando a 54 449 casos a mediados del año 2002 con 365 infectados durante esos 6 meses.([www.aids-sida.org/](http://www.aids-sida.org/)).

Según la ONUSIDA cada minuto se infectan por el VIH 10 personas en el mundo.

En México, a diferencia de otros países, la OMS considera que el SIDA continuará aumentando si es que no se concientiza la población de su fácil contagio; si no se tienen el conocimiento y las adecuadas medidas preventivas, principalmente en cuanto a la transmisión sexual que es la principal vía de contagio.(Bronfman, Amuchástegui, Martina, Minello, Rivas y Rodríguez 1995)



## TRATAMIENTO.-

En todos los organismos vivos ocurren a diario miles de procesos bioquímicos, para que estos procesos se lleven a cabo es necesario contar con ciertas moléculas que actúan como catalizadores efectuando distintas funciones; estas moléculas son las enzimas y se encuentran en todo el organismo. Existen enzimas específicas para cada proceso bioquímico. El VIH cuenta con varias enzimas, las principales son la transcriptasa reversa, la integrasa y la proteasa. En estos sitios es en donde actúan los medicamentos antirretrovirales. Para la enzima transcriptasa reversa (TR) intervienen dos grupos de medicamentos: los inhibidores de la TR análogos de nucleósidos y los inhibidores de TR no análogos de nucleósidos. Ejemplos de ellos son; la zidovudina (Retrovir), la zalcitabina (Hivid), el didanosido (Videx) la lamivudina (3TC) la stavudina (d4T); de los primeros y la delavirdina (Rexcriptor), la nevirapina (Viramune) y el efavirenz (Strocin) de los segundos. (Treviño P.S. 1999)

Desde que se empezaron a utilizar estos fármacos ha cambiado el panorama del tratamiento del SIDA. (Letra S, Marzo 1997). Dichos fármacos están teniendo cada vez más éxito ya que hacen que el virus deje de detectarse en el torrente sanguíneo y además lo atacan en el tejido linfático que es el eje verdadero del sistema inmunológico. (Letra S, Octubre 1997)

Desde el descubrimiento del SIDA a la fecha ha habido grandes avances en el tratamiento de la enfermedad; entre los principales antivíricos utilizados se encuentran los siguientes:

La azidotimidina o Zidovudina o AZT es un medicamento paliativo que detiene el desarrollo del virus.

En Marzo de 1987, el Servicio para la Alimentación y los Medicamentos estadounidense (FDA) aprueba su utilización para tratar la infección por VIH.

El AZT se extrae del esperma del salmón. No se ha podido sintetizar artificialmente en laboratorio por lo cual su costo es elevado.

Es un medicamento que se ha administrado tanto a seropositivos como a enfermos de SIDA y seguirá siendo la droga de primera elección en el tratamiento de los pacientes asintomáticos.

Durante los 6 primeros meses de tratamiento el AZT disminuye la mortalidad y todas las complicaciones, después los efectos benéficos parecen extinguirse. Parece que este antivirico no entorpece la muerte de los Linfocitos T-4 que ya han sido infectados, más bien entorpece la colonización de nuevas células por el VIH. Los enfermos tratados con este medicamento han mejorado, han readquirido peso, tienen menos virus en la sangre y en cuanto a la toxicidad de este producto es aún menor a la del virus. (Pial 1989)

Para 1995 se ha visto que el AZT funciona mejor en mujeres embarazadas para que no transmitan la enfermedad al bebé.

Otro fármaco utilizado es el D4T o Stavudina que es muy tolerable para pacientes que no acepten el AZT; mostró ser más potente que este último y veinte veces menos tóxico.

Este medicamento se antagoniza con el AZT por lo que no deben combinarse, pero puede combinarse con el ddl o con el ddC con mucha precaución ya que los tres producen dolor en los nervios de las extremidades (Feregrino 1993) Se empezó a utilizar desde 1989 con resultados favorables.

El 3TC es muy promisorio para combatir las cepas resistentes al AZT y además puede combinarse con este medicamento, al igual que con el ddl y el ddC o con dos de ellos para constituirse en el tercer antivirico; su toxicidad es baja.

El Nevirapine se utiliza en terapias combinadas con AZT más ddC o AZT más ddl.

También se presentaron avances en los compuestos TIBO y los HEPT, los cuales inhiben la acción de la transcriptasa reversa empleando concentraciones muy bajas que no son tóxicas para el ser humano. (IBIDEM)

Hay otros medicamentos con los cuales se han encontrado resultados favorables como son el ACT y el DDI (Volberding 1995), el RO 31-8059 y el A-7703 (Feregrino 1993)

En la práctica clínica no se pueden administrar estos medicamentos como monoterapia ya que la enzima TR es sumamente cambiante y fácilmente se hace resistente a la acción de los medicamentos, es por ello que es necesario emplear terapias combinadas, ya que se ataca a la enzima por dos mecanismos distintos, lo cual resulta un esquema antirretroviral más potente y con menos probabilidad de resistencia. Se puede hacer que la resistencia disminuya más aun y la potencia aumente es necesario también atacar al virus inhibiendo la acción de otra de sus enzimas como es la proteasa y entonces se incluiría otro medicamento teniendo así un mayor efecto. (Treviño, 1999)

Durante la Conferencia mundial de SIDA en Vancouver Canadá en 1996 se uso por primera vez el término "coctel antiviral" y se refiere a una combinación potente de medicamentos antivirales que incluyen un inhibidor de proteasa (IP). Hasta ese momento y aun en los tiempos actuales, la combinación ideal incluía 2 medicamentos del grupo de los inhibidores de la transcriptasa reversa análogos de nucleósidos (ITRAN) más un IP.

A partir de 1996 y hasta la fecha ha surgido un nuevo grupo de medicamentos que por sí solos tiene un efecto ligero sobre el VIH pero que en combinación son muy potentes. Estos son los inhibidores de la transcriptasa reversa no análogos de nucleósidos (ITRNAN).

Los ITRNAN actúan bloqueando directamente el sitio activo de la transcriptasa reversa; a diferencia de los ITRAN que "engañan" a la enzima al poseer una estructura muy similar.

Cuando se prescribe una combinación se utiliza un medicamento de cada uno de estos grupos con la finalidad de bloquear a la transcriptasa reversa por partida doble.

Las nuevas terapias, denominadas "cocteles" antirretrovirales han tenido grandes ventajas tales como una mejor calidad y mayor tiempo de vida para los pacientes que viven con este mal. Sin embargo, a medida que han surgido más de estos fármacos, los esquemas de tratamiento se han vuelto cada vez más complejos y paralelamente con el aumento de las ventajas se encuentran los inconvenientes del uso de estos medicamentos; tales como los efectos adversos, la incomodidad de tomar una gran cantidad de pastillas al día y finalmente, su alto costo.

Los tratamientos más utilizados actualmente por dar mejores resultados son combinando tres medicamentos: dos inhibidores de la transcriptasa reversa y un inhibidor de la proteasa, y refiriéndonos al elevado costo de estos procedimientos el precio aproximado de un tratamiento triple como del que hablamos es de 800 a 1000 dólares por año. Con estas cifras, muy pocas personas podrían costearse un tratamiento completo por un año. (Treviño S 1999)

Durante 1999 se realizaron varias conferencias internacionales donde se dieron a conocer grandes avances respecto al SIDA, como resultados de nuevos medicamentos, más sobre como es que el VIH ataca al sistema inmunológico y algo muy importante, la forma en que el organismo se defiende, las complicaciones asociadas al tratamiento antiviral y el tratamiento de estas.

Se uso cada vez más el genotipo que es un examen de laboratorio en el que se analiza una muestra de virus de un paciente y se investiga si ese virus ha desarrollado mutaciones. De esta manera se puede saber si existe una probabilidad de resistencia del virus a determinados medicamentos. La mayor utilidad del genotipo radica en que ayuda a seleccionar los esquemas antivirales para aquellos pacientes a quienes les ha fallado el tratamiento previo.

También se dieron a conocer resultados de combinaciones que incluyen nuevos medicamentos de prácticamente todos los grupos. Una de las combinaciones fue la del triple nucleósido, es decir, una terapia en donde se utilizan 3 medicamentos de la misma clase o una combinación de 2 análogos de nucleósidos y uno no análogo. Otra aportación importante son las estrategias de tratamiento para simplificar la vida de los pacientes al mejorar el número de tomas del medicamento. (Treviño 2002)

Existe una especulación entre los médicos si es mejor utilizar terapias médicas severas al principio de la detección de la enfermedad o dejar este tratamiento para cuando avance la misma. (Volberding 1995)

Se ha demostrado que al iniciar con una terapia triple en pacientes sin tratamiento, disminuye de manera importante la progresión a SIDA y a la muerte. (Letra S 1997)

Es importante que los enfermos de VIH tengan una adecuada disciplina para la ingesta de sus medicamentos pero según estudios realizados un gran porcentaje olvida tomarlos en alguna ocasión ya sea por el gran cantidad de ellos que hay que tomar al día y los horarios de los mismos. Por esto se comenta que los laboratorios deben de crear fármacos que compacten medicamentos y también que se reduzcan los horarios de ingestión. Entre estos actualmente existe el Combivir que conjunta AZT y 3TC así como disminuye su ingestión a dos veces al día. De esta manera también se disminuyen los costos.

En el mes de Febrero del 2000 se llevó a cabo la 7° conferencia de retrovirus en la cual se presentaron más de 900 trabajos de investigación de los cuales se mencionaron algunos de los avances en diferentes temas. Se concluye en base a diferentes evidencias que el VIH infectó al hombre entre 1910 y 1950.

En Estados Unidos y en México predomina el subtipo B del VIH, dato importante a considerar para el desarrollo de una vacuna.

El tratamiento antirretroviral altamente supresivo (TARAA) puede favorecer la mejoría de la respuesta inmune del organismo, ha demostrado que la mortalidad de los infectados por VIH ha descendido, la muerte por infecciones oportunistas ha disminuido. Se comentó que del 30 al 70% de los pacientes que reciben estos tratamientos alcanzan el beneficio esperado. Los principales factores que explican las fallas al tratamiento son: la tolerancia, la adherencia y la toxicidad.

La adherencia se refiere al cumplimiento del tratamiento, y se sugieren entre otras estrategias: designar personas que supervisen las tomas, conteo periódico de píldoras, auto reporte libre y de dosis no tomadas en las últimas 72 horas, así mismo es importante la motivación, el plan diario de medicación y recordatorios por escrito.



Entre los efectos colaterales de los antirretrovirales se encuentran: dolor abdominal, náuseas, distensión, acidez y en algunos casos ardor en pies y piernas.

También hay adelantos en los tratamientos para evitar que los recién nacidos se contagien por la madre. La cesárea programada ha sido exitosa principalmente si no se administraron antirretrovirales durante el embarazo o si se administraron tardíamente.

La experiencia del médico es sumamente importante para conocer y saber que combinaciones de medicamentos deberá administrar y en que momento de la infección. (Medina A. 2000)

En Marzo del 2000 entró en vigor la nueva Norma oficial mexicana para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

Algunos de los medicamentos utilizados actualmente en el tratamiento del SIDA son: el fluconazol, ceftriaxona, ciprofloxacino, clindamicina, sulfadiacina

#### *Ceftriaxona*

La ceftriaxona se incorporó a la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales (LMME) en 1995 como antibacteriano de reserva. Es un fármaco importante que se emplea en el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y la meningitis bacteriana. Sin embargo, su elevado precio constituye un obstáculo para acceder a este producto (esto también se aplica a otras cefalosporinas de tercera generación).

En 1999 se comercializaron alternativas al producto original (Rocephin) Uso en el VIH/SIDA: Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

#### *Ciprofloxacino*

Este antimicrobiano de amplio espectro figura en la LMME como ejemplo de grupo terapéutico (quinolonas) aunque no se aconseja el uso generalizado de fluoroquinolonas debido al desarrollo de resistencias, el elevado precio del ciprofloxacino constituye un obstáculo para su utilización en los casos necesarios.

Uso en el VIH/SIDA: Tratamiento de infecciones bacterianas, incluidas la salmonelosis y shigelosis. Protocolos para ETS.

#### *Clindamicina*

La clindamicina se incorporó a la LMME en 1991 como fármaco complementario para uso en pacientes alérgicos a la penicilina o con infecciones resistentes a otros medicamentos de la lista principal.

Uso en el VIH/SIDA: Tratamiento de la neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC), tratamiento de la toxoplasmosis.

### *Sulfadiacina*

La sulfadiacina, desarrollada en 1940, se incorporó a la LMME en 1997. Su inclusión, como sustituto de la sulfadimidina, se basó en su eficacia en el tratamiento de la toxoplasmosis cuando se combina con pirimetamina.

Uso en el VIH/SIDA: Tratamiento de la encefalitis toxoplasmática y otras manifestaciones de toxoplasmosis activa.

Algunos otros que se encuentran en la lista son:

Zidovudina (AZT/Retrovir). Zidovudina (DDI/Videx). Zalcitabina (DDC/Hivid). Lamivudina (3TC/Epivir). Saquinavir (Invirase). Indinavir (Crixivan). Ritonavir (Norvir). Estavudina (D4T/Zerit). Zidovudina. Nevirapina (Viramune). Lamivudina/Zidovudina (Combivir). Delavirdina (Rescriptor). Saquinavir (Fortovase). Efavirenz (Stockrin). Nelfinavir (Viracept). Abacavir (Ziagen). Amprenavir (Agenerase).

El BMS-232632 es un poderoso inhibidor de proteasa que se encuentra en fase temprana de investigación.

El FTC en fase avanzada de investigación, es más potente y con similar resistencia viral al 3TC.

DAPD en fase temprana de investigación.

PMPA o Tenofovir, en fase avanzada de investigación, en un análogo nucleósido.

El Emevirine que es un no análogo a nucleósidos prometedor.

El inhibidor de proteasa ABT-368 en fase avanzada de investigación.

Los inhibidores de integrasa: que impiden la incorporación del material genético del virus en el hombre, solamente hay estudios en laboratorio y con animales.

Inhibidores del receptor de quimocina CCR y CXCR-4.

Inhibidores de fusión: que evitan la fusión del VIH a la célula humana. Se desarrolló el T-1249 más activo que el T-20, ambos en etapa media de investigación.

Existen muchos más medicamentos en estudio, así como intentos de crear genéricos cuyo precio sea más bajo que las drogas "de marca" y así más gente tener mayor accesibilidad a los tratamientos y mejores expectativas de vida.

Mientras no exista una vacuna en contra del VIH, los medicamentos antirretrovirales siguen siendo la opción más sólida para el tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA.

Sin embargo hay desabasto constante de fármacos en el IMSS e ISSSTE lo cual pone en peligro la salud de las personas ya que se vuelven más resistentes a dichos antirretrovirales y más adelante se les tiene que reasignar. Las instituciones refieren que el desabasto es en todos los medicamentos en general, no sólo en los que se refieren al SIDA. Debido a esta situación y a que en el mercado abierto los fármacos tiene un alto costo y más aún cuando los cocteles están compuestos por dos o tres medicamentos, las personas que viven con VIH/SIDA se agrupan o no en organizaciones de autoapoyo han establecido el préstamo o intercambio de fármacos como una forma alterna para continuar con sus tratamientos.

Estas redes solidarias se formaron desde 1985 con aportaciones voluntarias de las personas que van cambiando de tratamiento y se quedan con medicamentos que no usaron o de personas que ya fallecieron.

Este desabasto se da por temporadas y para el ISSSTE el conflicto se debe a que los proveedores no entregan a tiempo las compras adquiridas, pero para Javier Martínez, presidente de la Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA el problema es originado por una mala organización interna del IMSS y del ISSSTE. (Reyes M. 2003)

La forma en como se han manejado los medicamentos para tratar el SIDA en nuestro país ha sido un desorden, ya que no se cuentan con lineamientos claros y unificados para guiar a médicos y pacientes, las políticas de dotación de medicamentos antirretrovirales han fallado por ineficaces e inconstantes y además el efecto de los intereses de las empresas farmacéuticas.

Cada institución sigue sus propios lineamientos y aún dentro de una institución los médicos siguen sus propias pautas. Debido a esto los pacientes van de una institución a otra o a médicos particulares y en todas les cambian tratamientos sin resultados favorables y por tal motivo muchos de estos pacientes ya hicieron resistencia a los fármacos y ya no tienen opciones, siendo que un paciente bien manejado, a los tres años debería todavía estar en su primer esquema de tratamiento.

México requiere poner orden y unificar esquemas de tratamiento de modo que si el paciente va de una institución a otra en todas le sigan el mismo tratamiento.

En nuestro país existen 17 antirretrovirales aprobados hasta la fecha, que son:

En 1991.- La Zidovudina (AZT), en 1992.- Didanosida (ddl), en 1995.- Zalcitabina (ddC), en 1996.- Lamivudina (3TC), en 1997.- Indinavir, Ritonavir, Saquinavir y d4T, en 1998.- Fortovase, Delavirdina, Nevirapina, Efavirenz y Convivir, en 1999.- Nelfinavir, Abacavir y Amprenavir, en el 2001.- Kaletra.

Conasida propone se realice una guía unificada de esquemas de tratamiento que sea utilizada por todos los médicos de las diferentes instituciones y así solo realizar la compra y el uso de dichos medicamentos y no una compra indiscriminada de todos. (Brito A. 2002)

## PRUEBAS DE DETECCION DEL VIH.-

Existen dos pruebas para descubrir una infección por VIH; mediante detección de anticuerpos VIH específicos, producidos por el sistema inmunológico de la persona infectada y son:

La prueba de ELISA (del inglés Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay; valoración de inmunoabsorbencia ligada a enzima), la cual fue aprobada por la Administración de alimentos y drogas (FDA) en Febrero de 1985. (Daniels V.G. 1994); fue perfeccionada y comercializada por los laboratorios Abbott a fines de 1986. (Feregrino 1993)

ELISA reacciona a la presencia de anticuerpos en la sangre del donador, mostrando un color más intenso cuanto mayores sean las cantidades de anticuerpos en el suero.

Esta prueba detecta las estructuras del virus después de 3 a 6 meses de haber adquirido el VIH.

Si la prueba es positiva, se aplica una segunda prueba como confirmación final y para descartar cualquier posible error, la llamada Western blot (mancha occidental), también descubre anticuerpos pero da una información más específica sobre los anticuerpos en particular producidos contra los múltiples antígenos VIH. (Daniels V.G. 1994)

*Carga viral.*- Este término se usa para describir la cantidad de VIH en la sangre; el resultado se obtiene en términos del número de copias virales del VIH por mililitro de sangre y esto indica el grado de actividad del virus y el daño probable al sistema inmunológico.

Más de 50 mil copias virales (carga alta) indica un probable daño al sistema inmunológico.

De 10 mil a 50 mil copias virales (carga moderada) ocurre un daño pero a velocidad moderada.

Menos de 10 mil copias virales (carga baja) indica un daño lento al sistema inmunológico.

También con este tipo de prueba se puede saber si el medicamento está fallando debido a que se ha desarrollado resistencia al mismo.

Antes de la carga viral, el conteo de linfocitos CD4 era el único método de medir el daño al sistema inmunológico. Actualmente se usan juntos. El conteo de CD4 indica que tan saludable está el sistema inmunológico en la actualidad y cuanto daño le ha causado el virus.



Más de 500 CD4 indican daño ligero o ningún daño.  
Entre 250 y 500 CD4, daño moderado.  
Menos de 250 CD4 indican un daño severo al sistema inmunológico.

Estas pruebas también sirven para indicar cuando iniciar el tratamiento antiviral y cuando tomar medicamentos preventivos para reducir el riesgo de adquirir alguna de las infecciones oportunistas más comunes asociadas al SIDA. (Zozaya 1999)

#### **VACUNAS . -**

Hasta el momento no hay vacuna contra el SIDA pero se están haciendo intentos. La forma clásica de producir una vacuna es inactivar al virus, esto es quitarle la peligrosidad; sin embargo con el VIH no se puede usar ya que el peligro de que vuelva a activarse es grande; otra forma de hacer una vacuna es separar una porción del virus y "fabricar" la vacuna, esto no se ha logrado. (Olaíz 1988)

Los intentos para encontrar las vacunas tanto preventivas como terapéuticas en contra del VIH/SIDA se están desarrollando con gran rapidez aunque no se espera que existan en poco tiempo.

Algunas de las más avanzadas son capaces de bloquear la infección en un 30%, pero es necesario un 90% para poder ser usadas en toda la población. (Notiese 1997)

Los pioneros de la vacuna anti-SIDA fueron el Dr. Zagury y su equipo que en Zaire en 1986 se autovacunaron la INRB que se compone de una mezcla de fragmentos sintéticos de la membrana viral del SIDA de otros fragmentos sintéticos que se han usado en contra de la rubéola y de células inmunitarias obtenidas de un voluntario sano, infectadas en el laboratorio con un virus sintético inofensivo, que se combinan todos y se inyectan a un ser humano normal para estimular su sistema de autodefensa cuando llegue un virus de SIDA y lo ataque. (Liberation 1989)

En Cuba los especialistas Carlos Duarte y Felipe Rolo desde 1991 realizan una intensiva investigación para desarrollar un antídoto eficaz que combata al VIH, en Agosto de 1997 aplicaron la tercera dosis a un grupo de voluntarios quienes presentaron una evolución favorable ya que no han surgido reacciones adversas graves. Este estudio sobre la vacuna antisida, se extenderá por lo menos durante cuatro años.

Existe un programa entre Cuba y Onusida (programa de las Naciones Unidas contra el SIDA) que señala que los estudios actuales para la creación de la vacuna son alentadores aunque todavía no se dispone de un preparado ideal ni se conoce la importancia de las respuestas inmunológicas en la protección contra el VIH; sin embargo, los tres estudios más avanzados pronostican que los primeros resultados estarán listos entre los años 2004 y 2006 en que probablemente se dispondrá de la vacuna esperada. (Notiese 1997)

Saladín Osmonov, del Departamento de Política, Estrategia e Investigaciones del programa Cuba-Onusida, señaló que en el mundo existen 25 proyectos de estudio de potenciales vacunas, las cuales utilizan diversas metodologías. Así mismo, reconoció que entre los principales obstáculos para la obtención de la vacuna se encuentran "el desconocimiento de correlaciones inmunológicas de protección, la intensa variabilidad genética y biológica del virus y la ausencia de un modelo animal para evaluar la seguridad y eficacia de un preparado potencial". (IBIDEM)

En 1996 se crea el IAVI Report que es un boletín informativo de la iniciativa internacional por una vacuna para el SIDA, dicho reporte se encarga de difundir todos los estudios que existen en relación a la creación de una vacuna, los avances y logros.

En Tailandia en Marzo de 1999 se realiza el estudio en fase III de la vacuna Vaxgen con usuarios de drogas inyectables. La Aidsvax está en fase III también; otra vacuna es la gp120. (IAVI/report Oct-Dic 2001)

En los próximos años hay probabilidades de que la vCP205 y la vCP1452 entren en ensayo de eficacia de fase III. (IAVI Report Julio 2002)

Los primeros estudios clínicos de vacunas anti-VIH en recién nacidos son de 1993 cuando William Borkonsky de la Escuela Médica de la Universidad de Nueva York en un ensayo probó dos diferentes subunidades de vacunas de gp120 y demostró su seguridad e Inmunogenicidad. (IBIDEM)

En Brasil, del 9 al 12 de Octubre del 2001 se llevo a cabo el primer encuentro latinoamericano de activistas sobre vacunas contra el VIH; hubo 8 países representados de los cuales sólo Brasil es protagonista activo en vacunas, se espera que para este año haya más países involucrados. (IBIDEM)

Entre los últimos estudios a este respecto está una nueva vacuna basada en ADN y diseñada para provocar una respuesta del sistema inmunológico ante las proteínas del VIH, se encuentra en fase I de pruebas con humanos llevada a cabo por investigadores de la Universidad Emory de Atlanta. Se estima que la última fase de pruebas comenzara en 2006 y podrá ser aplicada a miles de seropositivos. (Notiese 2003)

La vacuna Aidsvax producida por los laboratorios VaxGen concluyó la fase III de pruebas en humanos con resultados insatisfactorios por la falta de eficacia en general, pero hubo efectos positivos en el grupo de negros. Se continuaran los estudios para confirmar que existe una correlación directa entre el número de anticuerpos y la prevención de la infección. Según los primeros resultados, los negros y los asiáticos producen niveles más altos de anticuerpos contra el VIH que los blancos y latinos. (IBIDEM)

Pero aún cuando existiera la vacuna, el SIDA continuaría propagándose por muchos años debido a factores como el alto costo por lo cual no estará disponible para toda la población; así mismo se cree que no será suficiente una sola aplicación, se requerirán de varios refuerzos. (Feregrino 1993)

## DISCRIMINACION Y RECHAZO A LOS ENFERMOS DE SIDA.

Tradicionalmente las enfermedades de transmisión sexual fueron consideradas como indicadores de comportamientos sexuales reprobables y por las cuales los enfermos fueron rechazados y estigmatizados por la población en general, con el SIDA sucede lo mismo y más aún, en éste se acentúa y agrava esta situación ya que se suman la vergüenza y la culpa al dolor y al temor que por sí misma produce esta enfermedad.

La gente que contrae este mal es por lo que hace no por lo que es.

Mucha de la discriminación a los enfermos de SIDA es por la ignorancia que se tiene acerca del tema, por el miedo a contagiarse, por el escaso valor que se les da a los mal llamados "grupos de riesgo" y por el rechazo a todo aquello que nos recuerde nuestra vulnerabilidad.

Se ha señalado tanto a los enfermos de SIDA que hasta en alguna época fue sugerido por el Sr. Buckley, tatuar a los portadores del virus.

También en una encuesta realizada por "Los Angeles Times", casi la mitad de los interrogados se manifestaron en favor a que se realizaran tarjetas de identificación obligatorias para los infectados de este mal. (Revista MD. 1987).

El rechazo a los portadores del VIH se dejó ver aún en instituciones como PEMEX que en 1988 realizó exámenes de sangre obligatorios a su personal para detectar y eliminar a los trabajadores portadores del virus; desde esa fecha y hasta 1993, 200 empleados fueron quitados de la nómina.

TELEVISA inducía a los seropositivos a renunciar.

BANAMEX, La Universidad de Nuevo León y las delegaciones del IMSS en los estados fronterizos del Norte y Sureste del país sugirieron someter a exámenes obligatorios a todo el personal.

En 1992 por presiones de diversas organizaciones de Derechos Humanos, PEMEX y algunas instituciones bancarias cesaron la aplicación de exámenes de detección del VIH de manera obligatoria, ya que, según la OMS, la prueba de detección de SIDA es voluntaria, anónima y confidencial. (Baca 1993)

Con la discriminación del enfermo de SIDA es muy probable que se extienda el riesgo de contagio ya que los seropositivos lo ocultarán por miedo a este rechazo y entonces se tendrán un mayor número de infectados "anónimos". (IBIDEM)

El aislamiento de las personas infectadas por el VIH es inútil para detener la epidemia. Dicha medida tendría como consecuencia un rechazo de "los demás" que se sumaría a los problemas psicológicos que experimentan los enfermos.

Un aislamiento así reforzaría la idea colectiva, desafortunadamente ya muy difundida, que las personas afectadas son culpables, cuando en realidad se trata de víctimas a quienes se debe ayudar. (Malagón 1993)

Frecuentemente, el SIDA se asocia con una muerte rápida y se piensa que el enfermo es víctima de este mal que él mismo propició, del cual es culpable y que merece castigo. Debido a estas creencias sociales, los seropositivos y enfermos siguen siendo rechazados en muchos ámbitos sociales incluyendo los servicios de salud. (Bronfman, Amuchástegui, et al 1995)

Al paciente de SIDA se le debe ayudar a bien morir más que a rechazarlo, ayudarles a resolver el duelo ya que pasan por varias etapas en su enfermedad: primero negación, segundo enojo, buscar culpables, tercero depresión y cuarto asumir el hecho y resignación (IBIDEM); aunque con los recientes tratamientos vamos ver al SIDA como una enfermedad crónica y se cambiará de cómo ayudar a los pacientes a bien morir a cómo ayudarlos a bien vivir. (Letra S Agosto 1997)

El SIDA es la causa infecciosa con mayor índice de ocupación hospitalaria y sin embargo no contamos con un modelo específico de atención clínica que atenúe el sufrimiento y los efectos del aislamiento.

Debido al rechazo que sufren los infectados con el VIH han hecho encuentros en donde intercambian experiencias, ideas y conocimientos.

Hubo una reunión de instituciones no gubernamentales en donde encontraron que los principales problemas con los que se enfrentan los enfermos de VIH/SIDA son: la falta de apoyo de las instituciones de salud para capacitar y facilitar el intercambio de experiencias, la falta de acceso a medicamentos por su alto costo o por que no existen en instituciones del sector salud, la ausencia de albergues y el bloqueo para el trabajo. (Hurtado 1995)

"Todo enfermo de SIDA tiene derecho a ser tratado con dignidad, sin discriminación, derecho a la libertad, al trabajo, a recibir atención médica y a decidir el futuro de sus vidas." (De la Fuente 1995)

En 1989 se propuso la declaración universal de los Derechos de los contagiados por el VIH/SIDA. Entre los puntos que contiene están el derecho a ser protegidos por la ley común, ninguna ley de excepción les podrá ser aplicada. Nadie tiene el derecho a restringir la libertad o los derechos de las personas por el solo motivo de que tengan VIH por ejemplo de un trabajo, una aceptación de un hotel, un seguro, de actividades colectivas, escolares, militares. Ningún examen de descubrimiento del virus deberá ser practicado sin el consentimiento de la persona. Debe ser tratado con el respeto del anonimato y del secreto médico. (Gauthier 1989)



Recientemente un paciente seropositivo y derechohabiente del IMSS logró una resolución favorable de la Suprema Corte de Justicia de la Nación a su demanda por violaciones a su derecho de salud. En un comunicado de prensa del primero de marzo del presente año establece que "no se satisface con el suministro de cualquier medicamento o el otorgamiento de cualquier clase de atención médica sino que se debe proporcionar a los enfermos la mejor alternativa terapéutica, definida como aquella que otorga una mayor calidad y cantidad de vida. Las autoridades están obligadas a garantizar la existencia permanente y el suministro de medicamentos e insumos esenciales para la salud a la población que los requiera".

Este fallo es de enorme trascendencia en nuestro país ya que se trata del primer precedente judicial sobre el derecho a la protección de la salud que ha sido emitido por la Suprema Corte y con esto se beneficiarán miles de pacientes sin importar la enfermedad que padezcan, tengan acceso a los medicamentos cuenten o no con seguridad social. (Medina A, 2000)

Continúa una gran discriminación a homosexuales, existen reportes ante la Comisión de los Derechos Humanos de la ONU de que hay asesinatos de gays en México y no existe una solución al caso Estrada Valle y 10 casos más de los cuales las autoridades de la PJDF se comprometieron a investigar desde Septiembre de 1998 (Notiese Marzo 2000).

Aunque se hayan realizados grandes esfuerzos para acabar con la discriminación hacia los contagiados de VIH ésta continua, por ejemplo, en el D.F. a finales de Agosto del 2000 afuera de un bar gay fueron agredidos 3 homosexuales, quienes pidieron ayuda a una patrulla de la Secretaría de Seguridad Pública, los cuales no pudieron hacer nada ya que el personal del bar ocultó a los agresores; al ir a levantar la demanda los jóvenes recibieron maltrato y discriminación de los trabajadores de la agencia del ministerio público. Se iniciaron las averiguaciones previas para investigar a los agresores, a los tripulantes de la patrulla y al personal de la agencia investigadora y de proceder se aplicará delito (Notiese Sep. 2000)

Como los adultos, los jóvenes tienen derecho a la información, a las aptitudes para la vida y a los servicios que les ayudan a protegerse contra el VIH/SIDA. Tienen derecho a vivir libres de unas relaciones sexuales por coacción, de la violación y de otras formas de explotación.

Más generalmente, los jóvenes tienen derecho a crecer en un entorno propicio, con el sólido respaldo de la atención que reciben de los adultos en la familia, la escuela y la comunidad.

Tienen derecho a la educación, a los conocimientos prácticos, al empleo, a la salud, a la confidencialidad y a la protección contra la discriminación, incluida la discriminación por razón del estado serológico con respecto al VIH, de las prácticas sexuales, del sexo y de la edad.

Los estudios ponen de manifiesto que esos derechos contribuyen a proteger la salud y el desarrollo. Por lo contrario, cuando no se respetan y fomentan, los jóvenes pasan a ser vulnerables, es decir que tienen poco o ningún control por lo que se refiere a los riesgos relacionados con el VIH/SIDA. La vulnerabilidad puede tener su origen en la violación de los derechos a la educación, a la asistencia sanitaria, a la participación y a la seguridad, entre otros.

Esa es la razón por la cual la acción para prevenir la infección por el VIH se debe ampliar "más allá del SIDA" al conjunto de derechos sociales y económicos que protegen la salud y el desarrollo de los jóvenes. Esto significa fundamentar las políticas y los programas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (Ginebra, 1998)

Al igual que los adultos seropositivos de mayor edad, los jóvenes que viven con la infección por el VIH necesitan asistencia sanitaria a medida que su sistema inmunológico se debilita y su salud se deteriora.

Aún antes de alcanzar esta fase, los jóvenes que saben que son seropositivos pueden tener especial dificultad para aceptar su condición de infectados a una etapa tan temprana de su vida.

Puede ser más difícil para ellos hacer frente a sus sentimientos de enfado y confusión con respecto a su vida sexual y al riesgo de infectar a otras personas. Aún en los lugares donde existen grupos de apoyo relacionados con el VIH/SIDA, es posible que no haya ninguno destinado específicamente a atender las necesidades de los jóvenes de esa edad.

Como muestran esos ejemplos, la acción destinada a proteger a los jóvenes contra el SIDA no se puede concentrar solamente en el comportamiento individual. Debe centrarse también en proteger sus derechos humanos de modo que puedan contener el VIH y hacer frente a la carga del SIDA. La meta es transformar el lugar donde viven en un entorno propicio en el que tengan más control sobre su propia vida, incluido sobre los riesgos del VIH/SIDA (IBIDEM)

Por la creciente discriminación hacia los infectados de VIH la Comisión Nacional de Derechos Humanos creó hace casi un año una oficina especializada en atender los casos de violación de derechos de personas con VIH, a cargo del sociólogo Héctor Eloy Rivas. Desde su creación se han recibido más de 600 casos que en su mayoría eran por despidos injustificados y que fueron remitidas con abogados particulares. De los casos que si competen el 80% se resolvieron por la vía de la "amigable composición".

La principal causa de violación de derechos humanos de personas con VIH en México ha sido la negada o la inadecuada prestación de servicios médicos, otra es la negación de medicamentos y una tercera es el aislamiento y maltrato a los reclusos.

También se planean talleres en conjunto con organizaciones no gubernamentales cuyo propósito es el reconocimiento de los derechos de las personas con VIH y de las instancias a donde pueden recurrir en caso de violación de esos derechos. (Zozaya 2002)

## **EL SIDA EN MÉXICO.**

En México el primer caso de SIDA fue identificado en 1983, desde entonces, el VIH se propago de manera acelerada y sin control por parte del sector salud.

Observando la situación del SIDA en México, la Secretaría de Salud crea en 1986 el Comité Nacional de Prevención del SIDA cuyo objetivo es evaluar la situación nacional respecto a esta enfermedad y al VIH, también se centra en el establecimiento de criterios para su diagnóstico, tratamiento y evaluación de normas y actividades de control y prevención adecuadas al país. Posteriormente este Comité se convirtió en un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud y en Agosto de 1988 se crea el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA), el cual se encuentra representado por diversas instituciones del sector salud y de los sectores públicos, sociales y privados; de esta manera se intenta buscar congruencia y consenso entre estos sectores en las medidas que se adopten frente a la enfermedad.

De igual manera, la sociedad ha creado asociaciones civiles y sociales, como grupos de homosexuales y de gente interesada en trabajar para ayudar a que el SIDA no continúe extendiéndose. (Sepulveda 1989)

En Agosto de 1987 se puso en vigor la ley que prohíbe la donación sanguínea remunerada. Un año antes ya se investigaba la sangre para detectar el virus. En 1988 hubo muchos laboratorios que infectaron con el VIH.



La ley incluye que toda la sangre que se encuentre en los bancos o que vaya a ser donada sea examinada para asegurar que no esté infectada con el VIH la cual deberá llevar impresa dicha lectura.

En el boletín mensual de CONASIDA del mes de Octubre de 1990 se habla sobre la importancia de preocuparse por las mujeres y los niños en el contexto del VIH/SIDA ya que estas últimas se han relegado en cuestión de salud.

En la misma fecha este boletín trata el tema del uso del condón para reducir substancialmente el riesgo de transmisión del VIH, así como la importancia de la orientación para su uso adecuado.

El panorama en México como en la mayoría de los países de América Latina respecto a la enfermedad es muy desalentador, ya que carecen de campañas de prevención adecuadas y no hay en los gobiernos la voluntad y la decisión política para resolver el problema puesto que fácilmente sucumben ante la presión de grupos conservadores incluyendo a la iglesia católica. (Feregrino 1993).

El Conasida instaló el primero de cuatro nuevos comités de trabajo, con lo que se inician operaciones para impulsar la regulación y aplicación de una política multisectorial frente a la enfermedad en donde destaca la participación de la sociedad civil.

Este es el Comité de Monitoreo y Evaluación, integrado por 23 representantes de los sectores público, social y privado cuyo presidente es el Dr. Pablo Kuri Morales, Director General de Epidemiología de la Secretaria de Salud y como secretario el Dr. Carlos Magis Rodríguez, Director de Investigación del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (Censida)

Dicho comité mejorará la comunicación entre los segmentos que participan en la respuesta nacional, realizando observaciones conjuntas y permanentes que permitan medir el impacto de las acciones realizadas a este respecto con las metas establecidas en el Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA 2001-2006. Asimismo, se generaran las condiciones para poder evaluar los programas de prevención o de atención en contra del virus. (Letra S Enero 2002)

Ya se instalaron dos nuevos comités de trabajo de acuerdo al compromiso asumido por Conasida, se trata del Comité de Atención Integral y el Comité de Prevención; del primero se eligió como coordinador al Dr. Luis Enrique Soto, investigador del Instituto de Nutrición "Salvador Zubirán", y como secretaria auxiliar a la Dra. Griselda Hernández Tepichín, directora técnica del Censida. El primer acuerdo fue crear cinco grupos de trabajo: Tratamiento de adultos, Tratamiento de niños/perinatales, Diagnóstico y Consejería, Educación y Capacitación y Servicios Comunitarios; tales grupos ya tuvieron su primera reunión de trabajo.

En el Comité de Prevención se eligió como coordinadora a la Lic. Patricia Nava, representante de la red de Organizaciones y Mujeres Decidiendo frente al SIDA, y como secretario auxiliar al Lic. Guillermo Egremy Mendivil, director de Información y Educación del Censida; se integraran tres grupos de trabajo: Prevención Sexual, Prevención Sanguínea y Prevención Perinatal.

El cuarto comité, de derechos Humanos y Normatividad esta convocado para formalizarse el 15 de Febrero, con lo cual quedarán instalados los comités requeridos que permitan conocer de qué manera y bajo qué indicadores se habrán de cumplir las metas establecidas en el Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA 2001-2006. (Letra S Febrero 2002)

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) está próximo a abrir un nuevo laboratorio con tecnología de punta y de altas especificaciones de seguridad para la investigación y tratamiento de VIH y otras enfermedades infecciosas como la tuberculosis.

Este proyecto fue iniciado hace dos años y próximamente se vera realizado. El principal objetivo es el poder conocer las especificidades de los pacientes mexicanos con VIH. Entre los proyectos que se realizan está la investigación inmunogenética que coordina el Dr. Joaquín Zúñiga, dado que existen distintas formas de respuestas orgánicas a la infección por VIH y algunas se deben a las particularidades genéticas de los individuos, o sea, que se debe observar la relación entre los factores genéticos y la respuesta inmune de los pacientes; con este hallazgo se podrían desarrollar estrategias novedosas y eficientes para contrarrestar la infección y complementar el uso de los actuales medicamentos.

Por otra parte, la Dra. Criselda Mendoza estudia los aspectos moleculares de la enfermedad para poder determinar cómo ciertos factores a nivel de moléculas y proteínas pueden inducir la reactivación de la enfermedad, cuando ésta se encuentra en estado latente en ciertas partes del organismo.

Otra investigadora del equipo es la química Klistsy Torres, quien se dedica a medir la respuesta inmune de los pacientes ante el virus, Ya que en etapa temprana tiene muy buena respuesta que se va perdiendo con el avance del virus, por lo cual investiga el efecto del tratamiento sobre la respuesta inmune.

Con este laboratorio se podrán "generar conocimientos y datos a partir de proyectos de investigación que lleven a establecer mejores estrategias terapéuticas para controlar la infección por VIH adecuados a nuestra población."

Concluye el Dr. Reyes Terán que una cuestión básica será el apoyo de la iniciativa privada para costear el mantenimiento del equipo del "laboratorio más ambicioso en materia de VIH en México." (Zozaya 2002)

El año 2003 inició con la noticia de que el 15 de Diciembre del 2002 el pleno de la Cámara de Diputados aprobó un presupuesto de 475 millones de pesos para atención y prevención del VIH/SIDA pero poco tiempo después la Comisión de Presupuesto y Cuenta Pública y la Secretaría de Hacienda hicieron "ajustes" a los presupuestos aprobados y reasignan la cantidad de 375 millones de pesos, 100 millones de pesos menos.

Sobre esta situación, la Dra. Patricia Uribe Zúñiga, directora de Censida comenta que con dicha cantidad se podrá dar atención a los infectados que se encuentran en lista de espera, si es que las farmacéuticas mantienen sus costos del año pasado, continúan dando donaciones y además no se dispare el dólar estadounidense, así como no aumente la lista de desincorporados al IMSS; de lo contrario se tendrá que elaborar un "plan emergente".

El subsecretario de Salud, Roberto Tapia Coyen comenta que la Secretaría de Salud defenderá absolutamente el presupuesto asignado originalmente, agrega que es "indignante" que no se respete un compromiso que ya había sido informado oficialmente. (Letra S Febrero 2003)

## CAPITULO II. ADOLESCENCIA Y EL SIDA.

### ADOLESCENCIA. -

El concepto de adolescencia se empieza a manejar a mitad del siglo XIX cuando aparece la escuela como tal y cuando se empieza a tratar de sistematizar el conocimiento; anteriormente los ancianos y niños convivían juntos en una misma comunidad y hacían más o menos las mismas actividades, el trabajo era más o menos el mismo aunque de acuerdo a las habilidades. Entonces la gente empieza a reclamar o pedir ciertas cosas y resulta más fácil que lo pidan por edades, los grados escolares tienen como fin colocar a la gente dentro de determinadas edades. (Paredes 1993)

La adolescencia es la continuación normal e inevitable de la niñez. Es la fase de crecimiento definitivo; dura aproximadamente una década y no tiene principio ni fin claramente determinados. La niñez y la adolescencia son etapas de aprendizaje en las que se prepara el individuo para la vida.

La pubertad es el período de cambios biológicos que ocurren durante la adolescencia y que llevan a la madurez sexual. Empieza entre los 10 y 14 años de edad. Es un período transitorio en el cual se producen cambios orgánicos como la aparición de los caracteres sexuales secundarios; en la mujer el comienzo de la menstruación (la menarca) y en el varón la capacidad eyaculatoria. Además en esta fase los dos sexos alcanzan la fertilidad y se suceden cambios psicológicos de gran trascendencia.

La madurez sexual en las adolescentes comienza con el desarrollo incipiente de las mamas, que puede ocurrir desde los 8 a los 13 años; la aparición del vello púbico que sucede poco tiempo después de iniciarse el desarrollo mamario y la menarca que en promedio ocurren a los 12 años.

El desarrollo sexual de los varones también está condicionado a alteraciones hormonales, y por lo general esta fase acontece 1 o 2 años más tarde que en las mujeres. El primer cambio que se observa es el desarrollo de los testículos, también se da el crecimiento del pene y de los órganos sexuales complementarios que son la próstata y las vesículas seminales. Los chicos experimentan el desarrollo de los genitales a la edad promedio de 11.6 años y estos órganos alcanzan el tamaño y la forma adulta hacia los 14 años. El crecimiento del vello púbico empieza más o menos parejo al desarrollo de los órganos genitales y por lo general 1 o 2 años después aparece el vello facial y axilar. El cambio de voz es otro rasgo característico de la pubertad.



No existe un equivalente de la menarca en el varón pero, según parece, las poluciones nocturnas tienen un grado parejo de importancia desde el punto de vista psicológico.

Los adolescentes reciben esta etapa de cambios de diferentes maneras; algunos con gusto por sentirse mayores, otros con angustia por no comprender que pasa, otros con vergüenza por los cambios físicos que sufren; es una fase de confusión y de maduración.

El desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes tienen que afrontar una gran cantidad de requerimientos psicossociales, por ejemplo, independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, etc.

Además debe adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los necesarios conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado.

Sumamos a todo esto, el conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual principalmente el SIDA y las medidas adecuadas para su prevención. (IBIDEM)

Razonar es para el joven una necesidad y un placer. Se fascina por la discusión y por los problemas generales, por los temas artísticos, científicos, políticos, filosóficos y sociales. Adquiere abstracción lo cual dará que se interese o entusiasme por ideas, ideales y valores. (Freud, 1984)

El individuo es un ser sexual desde el momento en que es concebido hasta su muerte. (CONAPO/SEP 1990) El ser humano tiene comportamientos específicamente sexuales desde el descubrimiento y juegos con sus propios genitales característicos de la primera infancia hasta los juegos sexuales con los niños del mismo y del otro sexo; desde las preguntas sobre reproducción y embarazo en los primeros años hasta las que se refieren a aspectos más complejos como prostitución, aborto, violación y otros temas sexuales tales como SIDA en la adolescencia. (IBIDEM)

Una de las características principales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad; el hombre requiere de participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria con el fin de satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales; el grupo que tiene mayor importancia es la familia considerada como el núcleo primario y fundamental para la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano (IBIDEM); la familia se encuentra regida por normas y en el caso de la adolescencia, las normas más importantes son las relacionadas con la sexualidad.

El adolescente crece con el conocimiento del pudor, del recato y de la vergüenza; se le enseña a tapar su cuerpo, a comportarse de cierta manera en relación al sexo, se le prohíben cosas relacionadas con la práctica de la sexualidad y debido a eso presenta sentimientos contradictorios; al mismo tiempo que aumenta su interés por el sexo se siente culpable, lo cual amenaza sus afectos familiares. Como toda crisis, los comienzos de la adolescencia son caóticos y llenos de conflictos. Las relaciones con sus padres se deterioran y es cuando se tiene más acentuada la necesidad de ser comprendido por los demás, especialmente por su familia. (Larroyo 1957)

Las diferencias del rol sexual aprendido durante la infancia, la información sobre sexo y sexualidad y los valores asociados a ello, constituye en la adolescencia la parte medular de la identidad sexual de cada individuo. (CONAPO/SEP 1990)

Al joven lo que más le preocupa es la imagen corporal y lograr una adecuada autoestima que le permita llegar a una identificación y por consiguiente aceptación de su medio.

Antes de la adolescencia, el joven obedecía a sus padres; ahora se obedece a sí mismo y en la casa es rebelde. Tiene conflictos con sus padres principalmente por la higiene y su aspecto personal y por las libertades, ya se le limitan y condicionan las salidas y horarios; además de que lucha por no ser considerado un niño aunque en realidad todavía no es un adulto.

No se comprende y se siente incomprendido; se busca pero no encuentra en sí mismo nada claro ni seguro. Trata de hacerse notar con sus proezas, sus excentricidades, con actitudes chocantes, torpes o transitorias. Tienden a imitar o a identificarse con adultos a los cuales ellos no rechazan y con esto van definiendo su propia personalidad; estos seres pueden estar en la literatura, en las películas, en la música o en el deporte. (Freud, 1984)

A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y a otras figuras autoritarias, tienen mucha importancia las relaciones recíprocas con los compañeros de la misma o parecida edad, buscan la compañía para tener apoyo y guía.

El adolescente empieza a distinguir sus propios deseos de los ajenos y se prueba a sí mismo a través de la rivalidad en el deporte o dando muestras de valentía; así mismo, sus deseos sexuales se acentúan; sus hazañas cambian, ya están dirigidas al sexo en donde trata de afirmar su hombría o su feminidad. (Varios autores 1982)

Las decisiones que toma el adolescente en cuanto a la sexualidad son un reflejo de la disposición psicológica del sujeto, de sus valores personales enseñados en casa desde la niñez y por la misma sociedad, su razonamiento moral, el temor a las consecuencias negativas y a la participación en aventuras o amores románticos.

La mayoría de las charlas de los varones adolescentes giran sobre el sexo: el nuevo funcionamiento de su cuerpo, las relaciones sexuales, la presencia física de las chicas, destacando las partes de su cuerpo que las hacen más atractivas, el acceso sexual a ellas, etc.

Por otra parte las mujeres en la adolescencia están aprendiendo una versión del mundo menos sexual y más afectiva. También en sus pláticas aparecen los aspectos sexuales sin embargo dirigidos principalmente a la apariencia física global del compañero y a los atributos de su personalidad que los hace más atractivos o la forma en que ellas pueden ser más atractivas para ellos, en síntesis, la dimensión importante para las jóvenes no es la erótica sino la emocional. (CONAPO/SEP 1990)

Se ha pensado que la rebeldía en el adolescente es debido a su impotencia; constituye la manera de adquirir un poder, real o imaginario para manejar la realidad que se siente incapaz de cambiar.

Así continúa el desarrollo de la adolescencia, el joven tiene sensaciones nuevas de fuerza, de autonomía, de erotismo; se inicia la práctica de la masturbación para obtener placer como una forma de descargar sus inquietudes y compensar aquello que no le satisface. (Varios autores 1982)

Posteriormente llegan las primeras experiencias con personas del sexo opuesto. La elección de pareja se hace para "presumir" y madura cuando va teniendo mayor importancia la relación de pareja.

La primera experiencia coital puede constituir una situación de dicha, goce, intimidad y satisfacción o por el contrario, puede originar inquietud, desengaño y culpa. Estos sentimientos se verán enmarcados por la información que tenga sobre la sexualidad y por la responsabilidad que presente el muchacho respecto a su práctica.

La adolescencia ha sido definida cómo una etapa de transición de la vida infantil a la adulta. Su tarea principal es la consolidación de la propia identidad; esto es, el descubrir quién soy yo y quién soy yo en relación a la familia y a la sociedad.

En esta etapa la amistad llega a ser de vital importancia ya que el adolescente busca el aliento de afines, con quienes pueda compartir las experiencias vividas en el proceso de búsqueda de

identidad. Los amigos se dan entre sí el apoyo emocional que los adolescentes necesitan, que ya no pueden aceptar de sus padres. Los grupos de amigos y el enamoramiento son un intento para definir la identidad, ya que el adolescente, al intimar con otra persona y compartir pensamientos y sentimientos, da a conocer su propia identidad, ve su reflejo en la otra persona y tiene mayor capacidad para clarificar su yo.

La imagen que los jóvenes tienen de sí mismos y de sus relaciones con sus amigos y padres, 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 de las cuales la menos urgente 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 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 la infección de enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. (Micher 1997)

La adolescencia se caracteriza por la variedad de cambios y decisiones fundamentales respecto a la conciencia y expresión de la sexualidad. Tiene un principio biológico que es la pubertad y un final no delimitado por ser eminentemente psicológico y social. (CONAPO/SEP 1990)

Una de las mayores necesidades que han identificado los jóvenes de todo el mundo es la de comprensión por parte de los padres, los profesores y los dirigentes de la comunidad. Necesitan adultos con quién poder hablar y en quién poder confiar, adultos que les escuchen cuando explican lo que les está ocurriendo. Esto es independiente de la raza, el grupo étnico y la situación socioeconómica.

Una parte de la comunicación necesita centrarse en la sexualidad, las mujeres y los hombres jóvenes quieren una mayor comunicación en cuestiones sexuales con los adultos. Por ejemplo, cerca del 80% de las muchachas adolescentes del estudio efectuado en México dijeron que les gustaría hablar más sobre la sexualidad con su madre, y el 60% querían una mayor comunicación con su padre. Como dice un joven samoano: "Los padres y los hijos no se conocen bien entre ellos. No saben cómo son. No conocen sus costumbres. No saben cuándo se sienten heridos..." (Ginebra 1998)



Para muchos padres es difícil hablar sobre sexualidad con sus hijos y preferirían que los adolescentes pospusieran su actividad sexual. Parece que ellos no quieren darse cuenta de que sus hijos ya llegaron a esta etapa y quisieran no involucrarse en su educación sexual o en casos extremos, fingir que la sexualidad del adolescente no existe.

Hay estudios en los cuales se señala que sólo alrededor de un 10% de los padres hablan de sexualidad con sus hijos más allá del "no se hace". (Masters, Johnson y Kolodny 1987)

Cuando los padres evitan hablar de sexualidad y anticoncepción, los hijos pueden interpretar el sexo como algo sucio, prohibido y vergonzoso. Lo que llegan a saber de la sexualidad es lo dicho en la escuela o por amigos que generalmente es erróneo y da una información distorsionada a los jóvenes. (Varios autores 1982)

Hay que escuchar a los jóvenes, comprender cómo piensan y actúan, ofrecerles asistencia y apoyo sin imponer un resultado concreto. (Ginebra 1998)

#### **ACTITUDES HACIA EL SIDA Y LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES.**

Se ha visto que uno de los mayores problemas que se enfrenta con los adolescentes no es la información sino la actitud y la reflexión que se tenga acerca de la sexualidad y posteriormente la toma de decisiones. (Paredes 1993)

Los adolescentes viven su sexualidad en conflicto debido a que por un lado se le dice que la sexualidad es bella y por otro lado está la represión: sí pero todavía no estas en edad de hacerlo, los bebés son bonitos pero todavía no puedes embarazarte. Por lo que la sexualidad puede ejercerla sólo cuando sean adultos o se casen.

No tienen opciones se les dice no a la masturbación, a las relaciones extramaritales y por otro lado tiene una serie de elementos de fuera, T.V., películas, amigos que los motivan a ejercer su sexualidad y se confrontan con que no debe hacerlo porque es malo, porque le va a ir mal. (IBIDEM)

A los adolescentes se les debe crear conciencia y responsabilidad de que ellos serán quienes podrán elegir y planear su vida incluyendo su sexualidad.

La sexualidad es una de las dimensiones de la cultura, estrechamente vinculada a la identidad y a la construcción social de normas morales y prácticas.

Los adolescentes necesitan incentivos para utilizar responsablemente los métodos anticonceptivos. Es necesario encaminarlos a la obtención de una perspectiva más eficaz en cuanto a la importancia de adoptar una conducta sexual responsable a fin de lograr su bienestar físico y mental. (Masters, Johnson y Kolodny 1987)

Los jóvenes se resisten más a acudir a un dispensario para ser tratados por miedo a ser descubiertos o porque los servicios son poco acogedores y atractivos; se muestran menos dispuestos a pagar o no pueden hacerlo; y corren un mayor riesgo de ser atendidos con desdén o de negárseles la asistencia por completo.

Por lo general, los jóvenes tienen dificultades para encontrar unos servicios acogedores donde puedan discutir cuestiones relacionadas con la salud sexual, la sexualidad o el consumo de drogas, o bien donde puedan obtener preservativos y otros medios de protección. Raramente disponen de asesoramiento, y los dispensarios de planificación familiar suelen estar limitados a las mujeres casadas y a las parejas. Incluso cuando los dispensadores de asistencia sanitaria están dispuestos a recibirlos, los jóvenes se resisten a hablar abiertamente, sea por vergüenza o porque temen que no se respete su confidencialidad (Ginebra, 1998)

En la era del VIH/SIDA, los muchachos que han crecido con ciertas expectativas de comportamiento masculino pueden contribuir a la vulnerabilidad de sus compañeras sexuales femeninas y al mismo tiempo colocarse a sí mismos en una situación de riesgo.

Para complementar el enfoque tradicional en las muchachas, la OMS está emprendiendo un proyecto con muchachos destinado a reducir las relaciones sexuales poco seguras, el abuso sexual y la violencia. (IBIDEM)

Las tasas de infección por el VIH entre las muchachas de 13 a 19 años de edad son frecuentemente más elevadas que las que presentan los muchachos adolescentes --en Uganda, por ejemplo, según las estimaciones del Programa de SIDA del Medical Research Council de Uganda esa diferencia es tres veces mayor--, esto se debe a la mayor vulnerabilidad biológica y social de las mujeres.

En comparación con los varones, el sistema reproductivo femenino es más susceptible de infección por el VIH y por otras ETS, y esa susceptibilidad es especialmente elevada en las mujeres jóvenes. Además, las muchachas a menudo corren este riesgo biológico muy pronto.

En un estudio realizado por el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, una cuarta parte de las muchachas adolescentes del Brasil dijeron haber iniciado las relaciones

sexuales antes de cumplir los 13 años; en Malawi, la edad media era de 13,6 años; y en Papua Nueva Guinea la primera relación se tenía a la edad tan temprana de 11 años.

Además de la vulnerabilidad biológica de las muchachas existen las complejas expectativas por razón del sexo, lo que significa que las mujeres jóvenes tienen menos control de su vida y de su cuerpo que los varones de la misma edad, y que se alienta implícitamente a los muchachos y los varones jóvenes a adoptar un comportamiento sexual agresivo e incluso abusivo.

En muchos casos, la primera experiencia sexual de una muchacha es forzada. En un estudio efectuado en Malawi, más de la mitad de las mujeres jóvenes informaron haber realizado su primera relación sexual bajo imposición; en Nigeria, más del 20% de las muchachas estudiadas dijeron haber sido forzadas; en Papua Nueva Guinea, más de la mitad de las muchachas interrogadas dijeron haber sido obligadas y con frecuencia violentamente.

Los motivos existentes para que se de una relación sexual no deseada van desde la presión social --a menudo las muchachas aceptan tener una relación sexual porque si se niegan significaría el final de la relación con su compañero-- hasta la violencia pura y simple, pasando por la imposición por parte de hombres más adultos y con autoridad (por ejemplo, maestros). Frecuentemente se elige a las muchachas porque se cree que son "seguras" y no están infectadas por el VIH.

Los embarazos no deseados son un indicador de la falta de control que tiene la mujer con respecto a sus relaciones sexuales. En un estudio realizado en Jamaica se encontró que el 47% de las muchachas menores de 20 años habían tenido un embarazo, y que más de las cuatro quintas partes de esos embarazos fueron no deseados.

En Tanzania, según una publicación de la serie Strategies for Hope, el 71% de las mujeres ingresadas en el hospital por complicaciones relacionadas con el aborto eran muchachas adolescentes. (IBIDEM).

Los jóvenes sugieren tener participación en la programación, la ejecución y la evaluación de programas, y en el desarrollo de políticas en los procesos de adopción de decisiones de la comunidad.

Tener apoyo a la prestación de servicios, incluidos los centros donde puedan tener acceso a información, apoyo y referencia.

Participación de los padres y de otras personas significativas en sus vidas para comunicarse mejor entre ellos y para facilitarles orientación y apoyo hacia ellos y sus hermanos y hermanas.

Educación sobre el VIH/SIDA y sobre la sexualidad fomentando la educación basada en conocimientos prácticos sobre el desarrollo físico, la salud reproductiva y la sexualidad, tanto para los jóvenes escolares como para los que no lo son.

Protección de las niñas y las muchachas por medio de la prevención del abuso y la explotación sexuales de las niñas en situaciones vulnerables; aumento de la sensibilización de los niños, los muchachos y los hombres adultos.

Colaboración con personas que viven con el VIH y con el SIDA creando redes formadas por jóvenes con el VIH/SIDA y otros jóvenes con la finalidad de fomentar la prevención del VIH/SIDA, proteger los derechos humanos y aceptar a las personas con el VIH/SIDA en la sociedad.

Y por último, un compromiso de los jóvenes para adoptar decisiones responsables relativas a su propio comportamiento sexual y para influir positivamente en sus compañeros. (IBIDEM)

## CAPITULO III. INVESTIGACIONES.

### INVESTIGACIONES.

Se realizó un estudio con el fin de aportar elementos sobre las significaciones de la iniciación sexual/virginidad en adolescentes rurales de Morelos y Chiapas y así poder diseñar programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Se encontró que existe el mito de la virginidad de la mujer como condición para casarse lo cual dificulta la adaptación de medidas preventivas contra las ETS y el VIH. Así mismo se observa que la identidad femenina se centra en la maternidad, en el ser para otros y se encuentra subordinada a la identidad masculina. Ellas no pueden tomar decisiones ni actuar sobre el cuidado de su cuerpo y de su vida sin una adecuada negociación con el hombre, lo cual dificulta el uso del preservativo; así mismo, la religión católica reivindica la figura de la mujer en la madre virgen.

La iniciación prematrimonial en el varón se da de manera inversa y sin eliminar riesgos. A ellos se les alienta a tener relaciones sexuales y esto forma parte del ingreso a la masculinidad y a la adultez, si se niegan, se tachan de homosexuales o cobardes. Se observa también que estos jóvenes tienen poca información sobre su cuerpo, sobre cuidados de la salud y de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Se concluye que casi no existe protección en la actividad sexual de estas comunidades y que el inicio de la sexualidad de los adolescentes está dado por aspectos genéricos y religiosos. (Castañeda, González y Castañeda 1995)

Según las investigaciones, ha ido disminuyendo la edad del primer coito en los últimos 30 años; Jessor y Jessor (1975) determinaron que el 26,40 y 55% de las chicas de los tres grados de secundaria respectivamente habían realizado ya el coito. Zelnik y Kantner (1980) observaron que entre 1971 y 1979 el número de adolescentes solteras que habían tenido su primera experiencia sexual se incrementó casi un 33%. Con respecto a los varones, los autores encontraron que el 56% de los hombres solteros de 17 años habían realizado el coito y este porcentaje aumentaba al 78% en los adolescentes solteros de 19 años. (Masters, Johnson y Kolodny 1987)

En un estudio realizado con jóvenes en Africa, se encontró que los hombres poseen menor autoeficacia en guardar el control del impulso sexual que las mujeres. (Wilson, Lavelle, Greenspan y Willson 1990)



En un estudio (Andrade,P., Pick de W., y Alvarez,I. 1990) encontraron que la no aceptación de la educación sexual por parte de los padres y la creencia de que es mejor ocultar el sexo a sus hijos está provocando una conducta sexual más temprana.

Las prácticas sexuales asociadas al contagio de SIDA se refieren básicamente al inicio de la vida sexual, al tipo de relación sexual y al número de parejas sexuales, ya que mientras más alto es el número de parejas sexuales sin utilizar condón es más alta la posibilidad de adquirir el virus. En México generalmente las personas inician su vida sexual a los 19 años, los hombres se inician a más temprana edad, a los 17 años en promedio y tienen más parejas sexuales. (Alfaro M.L. 1995)

Según investigaciones con estudiantes universitarios, la edad de inicio de las relaciones sexuales fluctúa entre los 10 y 19 años observando que los hombres se inician a más temprana edad (de los 10 a los 16 años) que las mujeres. También se reportó que el método anticonceptivo o preventivo de enfermedades de transmisión sexual más utilizado por los jóvenes estudiados fue el condón aunque se deduce que no es lo suficientemente usado por ellos ya que son el grupo más afectado por el SIDA. Por lo que se concluye que se requiere de mayor información y educación preventiva para formar o modificar las conductas de riesgo asociadas a la enfermedad que continúan efectuando los jóvenes. (Díaz, Villagrán, Cubas y Camacho 1990)

Se reporta un estudio en donde se pretende detectar y cuantificar cambios en las actitudes y los conocimientos sobre prevención y transmisión de la infección por VIH, de los adolescentes escolarizados en Algemesí (Valencia) durante el curso académico 1996-97, después de una intervención educativa que se denominó Aulasida.

Se invitó a participar a once centros escolares con 2.599 adolescentes (12-19 años), de once niveles educativos (Educación Secundaria, Bachillerato Unificado Polivalente, Curso de Orientación Universitaria y Formación profesional). La intervención, Aulasida, consistió en una charla-coloquio informativa y actividades participativas en grupos reducidos, con material didáctico. El instrumento de medida fue un cuestionario. Se diseñó un estudio transversal antes-después.

Resultados: Aceptaron participar 9 centros. 1575 alumnos respondieron al pre-test (47,4% hombres; 52,1% mujeres), la edad media fue de 15,2 años. El promedio de respuestas correctas en el pre-test fue 13,5. En el post-test, hubo un aumento global hasta 14,7 aciertos. Por niveles educativos, este incremento fue llamativo en el grupo de menor edad. Las fuentes de información sobre la infección por VIH más habituales fueron: televisión (80,8%), Aulasida (76,8%), profesores (60,9%), folletos (58,4%) y películas (53,7%)

Se concluye que las intervenciones educativas son herramientas útiles para incrementar conocimientos y mejorar actitudes sobre la infección por VIH; la escuela secundaria es un buen medio para ello, debiéndose realizar las intervenciones en los grupos más jóvenes, por ser mayor el impacto que se obtiene en ellos. (Fernández G. C. et alls. 1997)

Las creencias acerca del SIDA parecen estar influidas por prejuicios y creencias de tipo moral, por la búsqueda de culpables y marginación de un grupo específico por la permisividad sexual general y un castigo individual por realizar una sexualidad irresponsable. (Alfaro M.L. 1995)

Alfaro, Rivera y Díaz en 1992 realizaron una investigación con jóvenes de preparatoria en la cual el objetivo fue evaluar sus conocimientos y actitudes sexuales y la influencia que tienen estos sobre los conocimientos y actitudes hacia el SIDA para poder establecer la importancia de la sexualidad del adolescente en la prevención del SIDA.

Encontraron que casi la mitad de los adolescentes ya tuvieron relaciones sexuales y en su mayoría son ocasionales.

Observaron que en general el promedio en los conocimientos sobre sexualidad fue malo y poseen conocimientos medianamente adecuados de la enfermedad, sobre todo de sus formas de transmisión y prevención.

Así mismo hallaron que tienen una percepción adecuada de la magnitud del problema del SIDA.

Se encontró también que la mayoría de los adolescentes en especial las mujeres y los jóvenes que han tenido relaciones sexuales tiene una actitud más favorable para dar apoyo a los enfermos de SIDA.

También la mayoría de los jóvenes sobre todo los que han tenido relaciones sexuales y usan anticonceptivos muestran una actitud favorable hacia el sexo seguro, esto deduce que se han logrado modificar algunas actitudes sexuales para evitar el contagio por VIH.

Los adolescentes de menos edad tienen una actitud menos favorable hacia el sexo seguro y hacia el cambio en la conducta sexual para evitar el SIDA; sucede lo mismo con los que no han tenido relaciones sexuales.

La mayoría de los adolescentes temen al contagio del VIH y a realizarse la prueba de detección del mismo. Esto ocurre principalmente en los que han tenido relaciones sexuales y en especial hombres.



Los autores concluyen su investigación diciendo que entre más conocimientos de sexualidad tengan los adolescentes, existe un mayor conocimiento sobre el SIDA y una actitud más favorable para la libertad en las relaciones sexuales, prácticas sexuales, anticonceptivos y embarazo, mostrando así actitudes más responsables hacia la sexualidad. Así mismo entre más conocimientos tengan los jóvenes del SIDA, existen menos mitos y estigmatizaciones de la enfermedad, puesto que existe una actitud más favorable para el apoyo a los enfermos de este mal, además que se crean actitudes más favorables hacia el sexo seguro.

Entre más temor al contagio del VIH tengan los jóvenes, existe una actitud más favorable hacia el sexo seguro y hacia los cambios en la conducta sexual para evitar el SIDA, posiblemente por que estos adolescentes se ven en riesgo de adquirir la enfermedad.

Enfatizan la importancia de señalar que entre más favorable sea la actitud hacia los anticonceptivos, embarazo y aborto, existe una actitud más favorable hacia el sexo seguro, hacia el apoyo a los enfermos de SIDA y hacia los cambios en la conducta sexual para evitar el contagio del SIDA manifestando así actitudes más responsables hacia la sexualidad y SIDA.

Los hombres a diferencia de las mujeres perciben más presión social de tener varias parejas sexuales y relaciones sexuales ocasionales; mostrando de la misma manera actitudes emocionales más favorables ya que es agradable y placentero tener varias parejas sexuales esto hace que tengan mayor intención que las mujeres; estas conductas son típicas de la cultura mexicana donde el hombre tenga experiencias sexuales y en cambio las mujeres tienen que llegar vírgenes al matrimonio. (Díaz-Guerrero 1982 en Alfaro M.L 1995)

Se realizó una investigación para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir el VIH en adolescentes de Guadalajara en la cual se obtuvo que el grado de conocimientos globales sobre VIH/SIDA fue "regular-bajo" con valores superiores en el estrato alto. Respecto a los conocimientos sobre el condón se encontraron valores superiores en estratos alto y medio y un mayor conocimiento sobre el mismo se asoció tanto con tener actividad sexual coital como con su uso.

En lo referente a las actitudes, el 69% no se siente en riesgo de contraer la enfermedad ya que no habían tenido relaciones sexuales con alguien que tuviera SIDA argumentando que "lucía sano (a)" o por la "confianza" que tenían en su pareja.

La actividad sexual coital fue mayor en varones que en mujeres, en su mayoría entre los 17 y 19 años.

Con respecto al número de parejas sexuales, una tuvo la gran mayoría de las mujeres y más de la mitad de los hombres. El condón fue utilizado "siempre" en un bajo porcentaje por ambos sexos.

En lo que se refiere al grado de riesgo para adquirir el VIH se encontró que de acuerdo al tipo de actividad sexual y al uso del condón un gran porcentaje de ambos sexos se encuentran en un alto riesgo (64% varones y 84% mujeres)

De lo que se concluye que debido a los pocos conocimientos sobre VIH/SIDA y a las relaciones coitales no protegidas que se presentan en los adolescentes de este estudio, es necesario alentar la instrucción temprana del sexo protegido en este grupo vulnerable. (Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos 1995)

Se realizó una investigación que tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento y prácticas sexuales de riesgo de los adolescentes y jóvenes del Distrito Federal. Se utilizó el Examen Médico de Primer Ingreso a los niveles Bachillerato y Licenciatura de la UNAM, realizado en el período 1995-1996 este instrumento es aplicado año con año por el Servicio Médico de la UNAM, con el fin de detectar problemas de salud en los alumnos de primer ingreso al nivel Bachillerato y Licenciatura y remitirlos al servicio médico correspondiente El examen está diseñado para evaluar diversas áreas de las cuales sólo se utilizaron los datos relativos al nivel socioeconómico, prácticas sexuales, conocimiento sobre sexualidad y métodos de anticoncepción.

En total se aplicaron 31,766 exámenes a alumnos de primer ingreso al bachillerato cuya edad promedio fue de 15.5 años y 22,447 a alumnos de primer nivel de Licenciatura con una edad promedio de 18 años. Del total de la muestra, el 48% pertenece al sexo femenino y el 52% restante al masculino.

En lo que respecta al nivel socioeconómico, los datos muestran que el 91% de la población estudiada depende económicamente de sus padres y que en general, pertenece a familias de pocos recursos económicos. El nivel educativo de los padres es bajo. El 90% de las madres suele dedicarse a las tareas del hogar y el 71% de los padres es empleado, obrero o pequeño comerciante.

Los datos obtenidos sobre actitudes y prácticas de riesgo sexual, muestran que el 69% de la población estudiada considera estar medianamente informada, en contraste con un 21% de estudiantes que reportaron tener un mejor conocimiento sobre el tema; no obstante estas auto-evaluaciones, en general muestran un nivel de información sobre sexualidad muy deficiente, el cual han obtenido a través de revistas, televisión, periódicos y libros.

En relación al inicio de su vida sexual, el 5% de la población femenina y el 17% de la masculina, reportó que ya había iniciado contactos sexuales al ingresar al bachillerato; en el caso de los varones, declaran haberla iniciado en el rango de edad de 14 a 16 años mientras que las mujeres entre los 15 y 19 años de edad.

En lo que respecta a los alumnos de primer ingreso a Licenciatura, el 20% de las mujeres y el 50% de los hombres mencionaron que ya tenía una vida sexual activa al ingresar a este nivel educativo.

El método anticonceptivo que utilizan con más frecuencia es el condón; el 35.5% de las mujeres y el 42.2% de los hombres que han tenido relaciones sexuales, reportan haber utilizado el condón en su primera relación sexual. El segundo método más utilizado es el ritmo; el 14% de las mujeres y el 7% de los hombres menciona haberlo utilizado pero con la particularidad de que sólo el 16% del total de la población fue capaz de reconocer adecuadamente el periodo de fertilidad durante el ciclo menstrual.

Finalmente, la información recolectada muestra que la utilización del condón se enfoca principalmente a la prevención del VIH; sin embargo el 60% de la población total que reportó no haber utilizado el condón, considera que las ETS y el SIDA son enfermedades propias de homosexuales, prostitutas y adultos. (Micher, Silva 1997)

Avila, Sepúlveda, Hernández Nazar 1989 (en Alfaro L.M. 1995) estudiaron la transmisión del VIH en parejas heterosexuales, del 2% en los comienzos de 1987 hasta 12 % a finales de 1988, se encontró que el mayor número de casos era en hombres jóvenes, y se pudiera deberse principalmente a la frecuencia de relaciones sexuales sin protección.

Alfaro M.L. 1995 encontró que para los jóvenes en general la estimación de riesgo personal es baja y esto pone en riesgo potencial de adquirir el VIH.

También encontró que en la población sexualmente activa los hombres se perciben con mayor riesgo de contagio que las mujeres. Así mismo se observa que las mujeres y los adolescentes de menor edad manifiestan más temor al contagio del VIH además de que esto no está relacionado con la autopercepción de riesgo; y aunque tienen un alto grado de temor de adquirir el virus, las personas siguen incurriendo en prácticas sexuales de alto riesgo.

En un estudio realizado acerca de la comunicación que los padres tienen con sus hijos sobre temas de sexualidad se encontró que no existe mucha comunicación al respecto sobre todo en los jóvenes que ya han tenido relaciones sexuales.

También se observó que los hombres que ya tuvieron vida sexual son los que más comunicación han tenido con sus padres; sucediendo lo contrario con las mujeres. Este patrón puede estar dado debido a que al varón, en la cultura mexicana se le dan más libertades e incluso, en cierta forma, se le fomenta una conducta sexual más franca y precoz que a las mujeres.

Hay autores que plantean que probablemente los padres mantengan poca comunicación con sus hijos debido a que no tienen la capacidad para establecer discusiones sobre el tema o a variables religiosas y quizás por creencias erróneas. Este estudio corrobora la influencia que tiene la comunicación sobre temas de sexualidad entre padres e hijos en la conducta sexual de los mismos ya que los hijos que han tenido vida sexual son los que menos comunicación han tenido con sus padres y esto es contrario a lo que muchos padres piensan respecto a que hablar con los jóvenes sobre sexo fomentaría mayor número de conductas sexuales. (Andrade, Camacho y Díaz. 1992)

Del estudio anterior se concluye que es importante mantener una buena comunicación sobre sexualidad con los hijos para un mejor conocimiento de la misma así como de la adecuada prevención de enfermedades tales como el SIDA.

El Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población realizó un estudio para conocer las características de la comunicación intergeneracional sobre sexualidad y SIDA en un grupo de adolescentes de 3° de secundaria de ambos sexos y sus respectivos padres y madres.

Se evaluó la frecuencia, el contenido, la calidad y los obstáculos en la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos. Los resultados que se observaron fueron que los varones tienen mayor comunicación con su familia que las mujeres y que en general, ambos sexos presentan mayor comunicación con la madre que con el padre sobre sexualidad. El tema del VIH/SIDA es el que con mayor frecuencia, tanto hombres como mujeres, platican con ambos padres.

En base a estos resultados, elaboraron un video con el fin de promover la comunicación intergeneracional entre los miembros de la familia en temas relacionados con la sexualidad y la prevención del SIDA. (Collado, Givaudan, Pick de Weiss y Alvarez 1995).

Este mismo Instituto realizó el video titulado "Tres historias de la misma historia" en el cual se presentan algunos problemas comunes que se dan en la comunicación entre padres, madres y adolescentes al abordar el tema de la sexualidad. Dicho video aborda temas relacionados con prevención de embarazos en la adolescencia, prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA y a su vez permite reflexionar sobre la importancia de aprender a tomar decisiones.

El video muestra diferentes formas que pueden utilizar padres y madres para acercarse a sus hijos adolescentes y comunicarse con ellos con naturalidad y confianza. (Givaudan, Pick de Weiss, Alvarez, Weiss y Rao 1995)



En una encuesta realizada en Francia los adolescentes dicen no tenerle miedo al SIDA ya que hay muy pocos jóvenes infectados; creen que es una psicosis exagerada por los medios de comunicación y un truco de los adultos. Consideran que si tienen algún tiempo con su pareja, la conocen bien y por esto no es necesario usar el condón ya que no se contagiarán. (Erhel 1989)

En un estudio realizado con estudiantes de secundaria y preparatoria acerca de la percepción de las víctimas de SIDA, en donde les presentaban tarjetas, 4 de personas que tenían SIDA por: contacto homosexual, contacto heterosexual, por uso de drogas intravenosas y por transfusión de sangre y la 5ª tarjeta era una enfermedad inespecífica de deterioro genético; se encontró que los estudiantes consideraban como menos probable a ser sus amigos a los que habían contraído el SIDA por cualquiera de las 2 vías sexuales o por uso de drogas. Y que provocaban mayor rechazo social cuando el paciente, sea como sea que haya adquirido el virus, se encontrará más deteriorado físicamente y más cercano a la muerte. (Bailey, Reynolds y Carrico 1989)

Para muchos adolescentes el preservativo está asociado con la desconfianza del otro, con la infidelidad y con los encuentros sexuales esporádicos o fáciles. Creen tener la suficiente información como para no contagiarse. Lo ven tan lejano, cosa de adultos.

La Dirección de Investigación de CONASIDA efectuó una revisión de los trabajos realizados por ésta referentes al uso de la medición de actitudes de 1984 a 1995. Encontraron que el 3.39% del total de registros consultados contenían medidas de actitud en su metodología; la gran mayoría se realizaron en el D.F.; a partir de 1990, se presentaron de 4 a 6 trabajos por año; entre las principales actitudes que miden se encuentran: Actitud hacia el SIDA, hacia personas con VIH, uso de condón, conducta sexual, prevención y ETS. Las poblaciones más abordadas son los jóvenes estudiantes, seguidos de personal de salud, homo y bisexuales y finalmente mujeres. De lo que se concluye que el cambio de actitudes es una de las estrategias que se ha planteado para la lucha contra el SIDA cuyo objetivo es conocer los patrones de comportamiento de la población para después modificarlos, principalmente en cuanto a riesgo y rechazo. Por lo cual el gran interés de trabajar con jóvenes ya que son los que pueden tener mayor riesgo y con personal de salud para una mejor atención y trato a las personas con VIH y SIDA. (Ruiz, Magis, Ortiz y Bronfman 1995)

Debido a que la principal causa de contagio del VIH es por vía sexual y a que ésta ha aumentado en ambos sexos; el combate al SIDA se basa en medidas educativas y preventivas, específicamente mediante barreras protectoras como el condón.

El condón se uso mucho en la primera mitad del siglo pasado para evitar embarazos y enfermedades venéreas pero debido a la inseguridad, en los años 50 cayó en desuso.



En los 80 que surgió el temor por el SIDA, resucitó el condón. El origen del condón no se sabe. Los egipcios usaban hacia el año 1350 antes de Cristo, una envoltura de fibra vegetal trenzada, aunque no se sabe si era por ritual o por antiséptico. Algunos antropólogos creen que los antiguos chinos fabricaban condones con una especie de extra resistente papel de seda. (Miranda, L. Y Aguirre A., 1993).

Se realizó un estudio que tuvo como objetivo conocer la frecuencia de la utilización del condón masculino en hombres en edad reproductiva (15 a 49 años) de la Ciudad de México. Se encontró que el 21% utilizaba el preservativo con parejas regulares y el 62% lo utilizaba con parejas ocasionales. Lo que indica un bajo porcentaje de utilización del mismo. Algunos factores asociados a la no utilización del condón fueron: la escolaridad analfabeta y que era su primera vez. (Hernández C., Cruz A., Uribe F., Quiterio M., Hernández M. y Peruga A. 1995)

Sobre el mismo tema, se realizó un estudio con una muestra diversa de población sexualmente activa en Guadalajara, donde se encontró que existen diferentes factores para tomar la decisión de utilizar el condón, entre los que se encuentran principalmente la percepción de identidad sexual y el papel cultural que se le da a la pasión, a la confianza y al amor. Dados estos resultados se concluye que es necesario considerar cambios sociales y culturales para el diseño de estrategias de prevención del SIDA. (Carrillo H. 1995)

Con el fin de sensibilizar a la juventud hacia el uso del condón y búsqueda de información sobre VIH/SIDA, se han realizado infinidad de propuestas como la presentada por Ramos Ortiz 1995 en la cual utilizó un video que presenta una historia vivida por jóvenes que se enfrentan al problema del VIH/SIDA, con lenguaje y situaciones propias de la juventud con el fin de que al verlo los jóvenes sientan la historia como parte de una realidad que les puede suceder. (Ramos N. 1995).

En cuanto a los medios de comunicación más utilizados por la población, Martínez, Villagrán y Díaz-Loving en 1992 encontraron que la prensa es el que tiene mayor contacto con los estudiantes de licenciatura y es posiblemente debido a sus características psicosociales de la clase media puesto que esto requiere de cierto nivel de escolaridad y tener el hábito de la lectura.

#### **EL SIDA EN LA EDUCACION.-**

Desde inicios de este siglo se han hecho intentos por introducir en los programas escolares contenidos de educación sexual.

Pedro de Alva (Conapo,1982) en 1930, siendo director de la Escuela Nacional Preparatoria, instituyó programas de enseñanza de la higiene en la adolescencia. (Alfaro 1990)

Desde 1933 la SEP propuso dar apoyo a la educación sexual en el ámbito escolar pero fue rechazado y no se incluyó en los programas educativos; fue hasta 1974 con la creación de CONAPO (Consejo Nacional de Población ), que se introdujo formalmente. Este Consejo en 1976 inicia el programa de educación sexual el cual se enfoca principalmente al bienestar de la familia en todos sus aspectos. (IBIDEM)

Esta incorporación de contenidos de sexualidad humana en los programas de educación básica en todas las escuelas del país dio resultados pero no como se esperaban; uno de los principales impedimentos fue que los maestros no contaban con la adecuada formación en el tema ni con apoyos didácticos específicos para trabajar con sus alumnos aspectos relacionados con la sexualidad humana. En esta década se continúa intentando que los niños, jóvenes, padres y maestros se introduzcan en el conocimiento de la sexualidad, por lo cual el Consejo Nacional de Población en coordinación con la Secretaría de Educación Pública presentó textos sobre educación sexual dirigidos a maestros de secundaria. (CONAPO/SEP 1990)

En Octubre de 1992 CONASIDA presentó a la Secretaría de Educación Pública un proyecto para que el tema del SIDA fuera incluido en los libros de texto.

En 1993, El Instituto Mexicano de Investigaciones de Familia y Población (Imifap) presentó los resultados de una encuesta nacional en donde el 90 % de los padres de familia están de acuerdo en que las escuelas primarias incorporen planes y programas educativos relacionados con la sexualidad y la comunicación entre los miembros de la familia. (El Nacional Dic.1993)

La escuela es una parte importante del sistema social del ser humano en donde se continúa la educación que se da en casa.

Respecto a la educación sexual en programas y planes de estudio oficiales para escuelas primaria y secundaria observamos que su contenido se basa principalmente en la planificación familiar, se da muy poco espacio en los libros para métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA y generalmente en los últimos capítulos del mismo, lo cual implica que en muchas ocasiones no se vean por falta de tiempo; así mismo, se habla muy poco o no se habla del condón y la importancia de su uso en la prevención de la enfermedad.

La adolescencia tiene una gran necesidad de educación, consejo y guía no sólo sobre salud reproductiva sino también de otros puntos respecto a la sexualidad incluyendo la transmisión y prevención del SIDA.

Las principales dudas de los adolescentes sobre el SIDA giran en torno a los síntomas, a la manera de prevenir la enfermedad y cuando y a donde pueden recurrir para realizarse la prueba de detección de VIH.

Observamos que hay poca o nula educación sexual para los jóvenes. Gran parte de los cursos van dirigidos a adolescentes mayores, quienes ya se iniciaron en la sexualidad, y muchos de estos cursos son incompletos. Por lo que se reduce de forma considerable la función preventiva que deberían de desempeñar. Hay que enseñarles las distintas formas y opciones de los métodos anticonceptivos para facilitar, a ambos sexos, una mejor comprensión del control de la natalidad y de la prevención de enfermedades de transmisión sexual principalmente del SIDA.

Hacia fines de 1992, CONASIDA intentó intensificar la información respecto al SIDA hacia todos los niveles de la sociedad por medio de campañas de prevención principalmente dirigidas a los jóvenes quienes están más propensos a contraer la enfermedad.

Desde hace varios años se han llevado a la práctica diversas intervenciones educativas con el objeto de proteger de la amenaza del SIDA a los adolescentes, incrementando el conocimiento acerca de la enfermedad, sus consecuencias y formas de prevención.

Desafortunadamente, se ha comprobado que el mero conocimiento acerca del SIDA no se traduce a conductas preventivas. La mayoría de los estudiantes conocen todo lo relacionado con el 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.

En este sentido, se observa que la escuela provee a muchos estudiantes universitarios con un sentido de nueva independencia, autodeterminación y fuertes presiones de sus compañeros para comprometerse en conductas de riesgo sexual, por lo que se requiere el entrenamiento intensivo de estrategias conductuales para ayudar a los estudiantes a adoptar prácticas preventivas, en tanto que se enfrentan con las presiones sociales propias de su grupo de edad.

Tomando en cuenta lo dicho hasta aquí, se ha sugerido que una educación comprensiva sobre el 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. (Micher 1997)

Los jóvenes tienen derecho a la información y a la educación que afectan a su salud.

Pero, existe la preocupación de muchos adultos de que la educación sexual puede invitar a la práctica prematuramente.

En una evaluación de programas de todo el mundo efectuada por la OMS, y que el ONUSIDA actualizó recientemente, se puso de manifiesto que la educación sexual no conduce a una actividad sexual más temprana o mayor, contrariamente a lo que muchos padres temían. En lugar de ello, el estudio concluía así: "las aptitudes para la vida necesarias para un comportamiento responsable y seguro se pueden aprender los programas educativos de buena calidad contribuyen a aplazar el inicio de las relaciones sexuales y a proteger a los jóvenes sexualmente activos contra el VIH, las ETS y el embarazo". (Ginebra, 1998)

En la evaluación del ONUSIDA se puso de manifiesto que los programas eficaces comparten algunas características: tienen como objetivos específicos el aplazamiento del inicio de las relaciones sexuales y las relaciones sexuales protegidas fomentan el aprendizaje de las aptitudes para la vida (las mismas aptitudes que ayudan a erigir la confianza en uno mismo y a evitar el embarazo no deseado, el abuso sexual y el abuso de sustancias); examinan abiertamente el resultado de una relación sexual sin protección y los medios de evitarla; ayudan a los jóvenes a "personalizar" los riesgos mediante la escenificación de situaciones; refuerzan los valores del grupo contra el comportamiento poco seguro, tanto en la escuela como en la comunidad.

La UNESCO, el FNUAP, la OMS y el Banco Mundial están comprometidos, juntamente con el ONUSIDA, a ayudar a los países a traducir esos resultados en acción. (IBIDEM)

Se ha constatado que la educación sobre temas de sexualidad modifica los comportamientos sexuales y parece ser más eficaz si se imparten antes de la primera relación sexual, es decir, en la adolescencia o en la pubertad. Desgraciadamente aunque los padres desean educar y ayudar a sus hijos, siguen sin establecer una comunicación adecuada en cuestiones relativas al sexo; se sienten incompetentes para esa tarea. El problema no es si los jóvenes deben recibir educación sobre salud sexual, sino cómo y qué clase de educación van a recibir. Este tipo de educación en las instituciones ha sufrido muchos cambios debido a las diferentes opiniones de todos, a cambios de gobierno y con ello de maneras de abordar el tema. Estos cambios han quedado reflejados en el contenido y en las ideologías que estructuran los planes de estudio y como consecuencia, la educación sexual no es homogénea o unitaria, dado que abarca, por el contrario un gran número de planes de estudio que difieren en cuanto a objetivos, amplitud, aplicación y contenido. (Grunseit 2002)

La educación sobre salud sexual puede lograr que las prácticas sexuales de los adolescentes sean más seguras; pero



desgraciadamente aunque muchos programas sean innovadores y encuentren una buena recepción, sus efectos siguen sin medirse. Es muy poco probable, por consiguiente, que cualquier avance conseguido se incorpore a programas futuros. (IBIDEM)

#### **CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DE SIDA.-**

Hasta 1989 se hicieron campañas hablando de grupos de riesgo. Posteriormente se habló de prácticas de riesgo. El hablar de grupos de riesgo llevó a que la gente heterosexual, al no pertenecer a estos grupos, pensara que no estaba expuesta al contagio aunque tuviera muchas parejas sexuales y prácticas sin protección. Así mismo imposibilitaba la utilización de medidas preventivas.

Hablando ya de prácticas de riesgo se incluye a toda la población y es más viable realizar campañas de prevención encaminadas a transformar el significado social de la enfermedad procurando siempre respetar las preferencias sexuales de cada sujeto y buscar los caminos adecuados para favorecer las medidas preventivas principalmente el uso del condón.

Ya se sabe que el único recurso contra el SIDA es la educación, aunque a pesar de que se cree que la gente tiene mucha información sobre la enfermedad, sus formas de transmisión y de prevención no se aplican estos conocimientos en las prácticas sexuales.

El SIDA es una enfermedad perfectamente prevenible teniendo buena información e incorporándola en actitudes y prácticas constantes. (Sepulveda 1996)

Debido a que la causa principal de contagio del SIDA es el contacto sexual por mantener relaciones desprotegidas; es indispensable no sólo adoptar sino promover las prácticas de sexo seguro y el uso del condón. Hay personas que lo utilizan pero no saben usarlo.

Con la aparición del SIDA, el condón salió del olvido en donde se encontraba debido a métodos anticonceptivos más eficaces. Debido a que la principal forma de contagio de esta enfermedad es por vía sexual, el condón es el mejor medio de protección contra el contagio después del sexo seguro y la abstinencia. Aún así, las campañas para la prevención del SIDA se han topado con críticas y presiones de ciertos sectores de la población que se consideran a sí mismos como morales; sin embargo dichas campañas han logrado que se incremente su empleo así como la información de su uso correcto aunque no como se esperaba ni proporcional al grado de avance de la epidemia. La respuesta es más positiva en los países donde existe una verdadera educación sexual abierta y clara. En México su empleo todavía es poco frecuente.



Hubo una campaña titulada "Es hora de tomar una buena decisión" realizada por Joaquín Hurtado, Abel Quiroga y Cecilia Saviñón con el fin de promover la utilización del condón en Monterrey; acudieron a 250 establecimientos comerciales de vino y licores para invitar a los dueños a participar en la campaña entregando folletos y condones entre la población que acude a su comercio; inicialmente el 82% de los establecimientos realizaron la distribución y en una segunda fase el 20% de los mismos aceptaron continuar. Con lo cual se abrió un espacio para la prevención de la enfermedad.

Existen campañas enfocadas principalmente al uso del condón en toda Latinoamérica y dirigidas básicamente a los jóvenes; pero al igual que en México, ha existido oposición de la iglesia católica a la difusión de mensajes preventivos contra VIH/SIDA y el uso del condón lo cual constituye una de las principales causas que obstaculiza los esfuerzos contra la enfermedad. (Hurtado 1995)

El Dr. Guillermo Soberón siendo Secretario de Salud, el 1° de Noviembre de 1987 habló por primera vez sobre el uso del condón como una forma de sexo seguro, estas declaraciones causaron sorpresa y hasta molestia en algunos grupos conservadores. (Kouri Y., 1992)

El 28 de Julio de 1997 dio inicio la tercera fase de la campaña de prevención del VIH/SIDA llevada a cabo por La Secretaria de Salud y Conasida en donde se promueve abiertamente el uso del condón además de que busca informar que el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual que se puede prevenir y lograr que la población a quien va dirigida esta información perciba las situaciones de riesgo como algo cercano a él. (Letra S Agosto 97)

Se realizaron spots para radio y T.V. además de carteles y espectaculares y existe el proyecto de que en tarjetas Ladatel haya mensajes de prevención.

Esta fase principalmente va dirigida a los adolescentes. En ella se eliminaron las frases que se referían a la abstinencia y a fidelidad por lo que obviamente, hubo respuesta en contra por parte de Pro-vida. Su presidente, Jorge Serrano Limón señaló, en una conferencia de prensa que todos los preservativos fallan por lo que la campaña es "irresponsable y engañosa". (Angeles C. 1997)

La campaña inició desde 1996, cada fase tiene una duración de tres a cuatro meses.

En las fases anteriores de la campaña se tuvo como objetivo "modelar gradualmente" la conducta de los adolescentes hacia la búsqueda de información sobre el SIDA, involucrando a padres y maestros como apoyo en la educación sexual de los jóvenes.

El primer contacto sexual de los adolescentes no suele ser concertado, sino suele surgir en un momento emocional y no llevan preservativos, por lo que es importante crear en los jóvenes que el condón es parte de su sexualidad y no que es algo añadido a la misma. (Kouri Y., 1992)

Las campañas y acciones para la prevención del SIDA empiezan a mostrar sus efectos en algunas regiones; algunos estudios de seguimiento detectaron una tendencia a reducir la actividad sexual premarital, a tener menos parejas sexuales y aunque existe un bajo porcentaje del uso del condón, hubo un ligero incremento en su uso principalmente en los jóvenes de menor edad.

Las campañas de prevención deben ser "sensibles" lo cual se refiere a utilizar el lenguaje del pueblo, aunque para algunos pueda parecer obsceno, con el fin de que sean entendidas por las personas a quien se quiere llegar. (Bayer 1995)

Desafortunadamente el fanatismo, la ignorancia y las costumbres provocan que no se lleven a cabo.

Principalmente estas campañas deben ser dirigidas a los adolescentes ya que son el segmento social al cual es urgente abordar debido a que, en México, representan el 20% de la población y son ellos los que están en más riesgo de contagiarse.

En este sentido, si ellos se concientizaran del problema grave que es el SIDA y si se les educara para practicar su sexualidad con medidas preventivas antes de iniciarse esto formaría parte de su comportamiento sexual y evitaría la propagación de la enfermedad. Respecto a lo cual, el Dr. Michael Merson en la clausura del Congreso de Berlín en 1993, subrayó que es indispensable dejar de moralizar y empezar por fin a proteger a los hijos a través de la educación sexual.

Se debe concientizar a la población, combatir los mitos, el miedo y la discriminación acerca del SIDA y de los enfermos así como fomentar las medidas de prevención. Además se requiere de una gran cantidad de mensajes educativos claros y concisos por parte de todos los medios de comunicación los cuales sean comprensibles para toda la población.

En un análisis sobre el tipo de intervenciones dirigidas a reducir el riesgo de infección, se encontró que en raras ocasiones se incorpora la búsqueda sistemática de investigaciones para realizar intervenciones apropiadamente adaptadas a la población meta. Por lo común las intervenciones se centran en dotar de información más que en incrementar la motivación o las habilidades conductuales relevantes para la reducción de riesgos y obtienen un mínimo de cambio de conducta en los resultados de la evaluación .

Por ello se considera que una intervención eficaz para la prevención de la infección del VIH en los adolescentes deberá adoptar una amplia perspectiva y metodología que integre la educación sobre SIDA en la educación sexual y la promoción de la salud.

Las estrategias preventivas deberán contemplar las áreas e intereses principales de los adolescentes, tales como la sexualidad, la pareja, la exposición a riesgos y la prevención de ETS y embarazos no planeados.

La intervención médica relativa a la actuación del VIH y sus vías de transmisión, deberán sumarse a una educación práctica y al apoyo de los jóvenes en cuanto a las prácticas de reducción de riesgo (Micher 1997)

El ONUSIDA y sus copatrocinadores han decidido realizar su Campaña mundial contra el SIDA desde 1998 para y con los jóvenes por tres razones:

Primero, por la vulnerabilidad especial de los jóvenes a la epidemia. De todas las personas infectadas después de la lactancia, por lo menos la mitad son jóvenes menores de 25 años. Otra razón es el hecho de que los jóvenes de 10 a 24 años de edad constituyen más del 30% de la población del mundo en desarrollo, donde se concentra la epidemia. Si fracasa la prevención en éste grupo de población joven, los países en desarrollo deberán afrontar los elevadísimos costos humanos y económicos resultantes de las altas cifras de casos de SIDA en adultos.

Por último, y más importante, trabajar con los jóvenes es acertado porque son una fuerza para el cambio. Se encuentran todavía en la fase de experimentación y pueden aprender más fácilmente que los adultos a adoptar un comportamiento o unas prácticas seguros desde el principio.

También pueden colaborar a eliminar la vergüenza que acompaña al SIDA allí donde sigue estando estigmatizado, y pueden prestar ayuda práctica y ofrecer su apoyo a los que ya están infectados por el VIH o viven en un hogar afectado por el SIDA. Gracias al apoyo de los adultos y de la sociedad en conjunto en su vida, los jóvenes pueden cambiar el curso de la epidemia. (Ginebra 1998)

#### **EL SIDA Y LOS MEDIOS DE COMUNICACION.-**

Debido al SIDA se ha introducido la educación sexual en los medios de comunicación; se le ha dado mayor importancia, espacios y temas en infinidad de programas, horarios y enfoques.

En 1992 CONASIDA puso en marcha el primer plan de Medios de Comunicación, en el cual durante 3 años, se informaría y sensibilizaría a la población en general para la adopción de medidas preventivas contra la transmisión del VIH. (Maulen G. y Silva J. 1995)

El tema del VIH/SIDA ha sido abordado en infinidad de medios de comunicación, así se han hecho películas, programas de radio y T.V. cuya audiencia es principalmente gente joven, enfocados a la práctica de la sexualidad con responsabilidad y medidas de prevención basadas en el conocimiento de enfermedades de transmisión sexual, principalmente SIDA.

Los videoclips "El rap del condón" y "La salsa del condón" producido por el programa Taller de Sexualidad de canal 11 recibieron el premio Pantalla de Cristal que otorgan cada año las empresas Telemundo, Exopo Cine-Video-Televisión y Telenet a lo más sobresaliente en anuncios para televisión, videoclips y documentales; ambos videoclips recibieron dicho premio los años 1999 y 2000 respectivamente.

Los trabajos fueron realizados especialmente para transmitirse en el programa dedicado al Día Mundial de Lucha contra el SIDA con la idea de contribuir a la prevención de esa enfermedad de una manera divertida. (Letra S Enero 2001)

Otro medio en el que se ha tocado el tema del SIDA son las muestras de carteles, por ejemplo, en el Centro Universitario de teatro de la UNAM en Noviembre y Diciembre de 1991 se realizó la exposición "Carteles contra el SIDA" que consistió en 25 fotocarteles presentados en su gran mayoría por Alemania y que principalmente hacían referencia al uso del preservativo como el método más eficaz para evitar la transmisión de las ETS. (Castillo 1991)

En revistas también se ha incluido el tema del SIDA y los principales rubros que se han abordado son: el conocimiento de la enfermedad, la educación, aspectos preventivos y tipos de tratamiento.

Existe un suplemento sobre el tema que desde hace varios años se publica en la prensa.

Se inició en 1992 con el nombre de "Sociedad y Sida" editado por el periódico El Nacional, en 1995 cambia su nombre a Letra S como suplemento mensual del mismo periódico y en Diciembre de ese mismo año cambia a La Jornada con el mismo nombre de Letras S y continúa su publicación mensual hasta la fecha.

Un gran porcentaje de las investigaciones realizadas se centran en el D.F.

El gran problema es que muchas de estas investigaciones tardan mucho tiempo en publicarse y hasta algunas no se publican.

Se realizó un estudio para saber la aceptación que los radioescuchas tenían de temas de sexualidad en programas de radio y además conocer los puntos que generaban mayor número de dudas y preguntas.



Los resultados fueron los siguientes: Felicitaciones por el programa, sugerencias de más temas al respecto de la sexualidad, solicitud de profesionales, educación sexual infantil, problemas anatomofisiológicos de órganos sexuales y dudas de cuando puede haber embarazo. Los niveles de audiencia se duplicaron en tres meses; se encontró que la presencia de las mujeres fue mayor a la de los hombres y que la mayoría de los radioescuchas pertenecían a niveles socioeconómicos bajo y medio y una tercera parte al nivel alto. (Covian S., 1995)

Se ha encontrado que a pesar de que los medios masivos de comunicación juegan un papel importante en la transmisión de ideas y actitudes sobre sexualidad, muchas veces presentan situaciones que corresponden a contextos culturales diferentes a los de la población receptora. Esta situación, lejos de brindar información y aclarar dudas, sólo genera otros interrogantes que, en la mayoría de los casos, no son resueltos.

En relación con esto, cabe resaltar que la mayor parte de la publicidad difundida a través de la radio, televisión y revistas mexicanas, con un afán puramente mercantil, apelan al uso de modelos aspiracionales a las clases más pudientes de la sociedad, esto es una clase socioeconómicamente alta. (Micher 1997)

En febrero del 2001 el equipo del programa Taller de sexualidad está cumpliendo siete años de transmitir programas de la sexualidad humana cuyo objetivo es informar y educar de manera clara, objetiva y sin prejuicios sobre el tema. Es considerado uno de los mejores programas educativos de la televisión, transmitido por el canal 11, en el cual se tocan infinidad de temas relacionados con la sexualidad, incluyendo, por supuesto, los relacionados con el VIH/SIDA. (Medina 2001)

#### **LOS JOVENES COMO PROMOTORES Y REPLICADORES DE INFORMACION PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA.**

En muchos países, se estimula a los jóvenes a adoptar el papel de educadores y movilizadores en los grupos comunitarios y en las organizaciones religiosas locales, entre otros, incluidos los grupos que trabajan en el campo del SIDA.

Si bien frecuentemente está influenciada por los padres y otros adultos, la visión de la vida por los jóvenes se desarrolla también con y entre los compañeros. Son los grupos de amigos íntimos los que conforman la concepción que tienen los jóvenes de las relaciones sociales, en los que aprenden a dar y a tomar, y los que les permiten desarrollar un sentido de la capacidad y la responsabilidad personales. Esta clase de apoyo de grupo tiene un gran valor para la acción contra el SIDA. Con el estímulo adecuado puede atraer a los jóvenes hacia actividades productivas, como prestar apoyo psicológico y ayuda práctica y atención a los que están afectados por la epidemia. (Ginebra 1998)



Alvarez M. y Pick de Weiss S. 1995 realizaron un estudio cuyo objetivo era formar adolescentes promotores de prevención de VIH/SIDA y que a su vez compartieran sus conocimientos con sus compañeros de escuela. Se realizó con jóvenes de bachillerato a quienes se capacitó mediante un curso y la transmisión de un video; posteriormente ellos compartieron la información con sus compañeros de tres maneras diferentes: con una plática, con plática y transmisión del video o únicamente transmisión del video. Posteriormente se aplicó una evaluación de conocimientos y actitudes antes y después de cada intervención. Encontraron diferencias entre la primera y la segunda evaluación de conocimientos y actitudes en el grupo al que se le impartió la plática, diferencias en conocimientos en el grupo que recibió plática y video y no hubo diferencias en los que únicamente observaron el video. Con lo que se concluye que los promotores adolescentes son un recurso adecuado y útil en la prevención del VIH/SIDA.

Con la idea de capacitar a los jóvenes en la prevención del VIH/SIDA y que a su vez sean replicadores con sus compañeros se desarrolló un proyecto mediante la utilización de siete juegos de mesa contenidos en el paquete educativo "Juego, aprendo y me prevengo" que aborda los temas básicos acerca del VIH/SIDA y su prevención.

Por medio de este paquete didáctico los adolescentes han aumentado sus conocimientos sobre el tema y además se ha propiciado la reflexión respecto a la propia sexualidad y a la necesidad de adoptar las prácticas de sexo seguro. En estos talleres, los jóvenes muestran interés y entusiasmo y a través de ellos se favorece la confianza y se facilita la expresión de sus dudas, inquietudes y experiencias; a la vez que se asume una actitud preventiva y activa frente al problema. (Gutiérrez M. y Barreiro N. 1995)

Desde 1991, se lleva a cabo en los planteles del CCH de la UNAM, un programa de jóvenes replicadores en información para la prevención del VIH-SIDA formando un grupo de trabajo con varios estudiantes del Colegio capacitados para este fin, la coordinación de las profesoras Alicia Rodríguez Cruz y Bertha E. Torres Islas y la colaboración de CONASIDA. Estos jóvenes que se encuentran entre los 18 y 20 años de edad dan pláticas, colocan periódicos murales, organizan obras de teatro, cine club, imparten cursos a sus compañeros y atienden a los que se presenten en su cubículo ya sea a comentar o preguntar algunas dudas o a consultar la bibliografía que en este lugar se tiene.

Los resultados han sido positivos ya que se ha tenido respuesta de un gran número de alumnos de dichos planteles.

Además, se ha ampliado esta labor acudiendo a las escuelas, ya sean secundarias o aún primarias a transmitir dichos conocimientos adecuándose a las edades de los menores. Ellos sugieren que en las escuelas donde la población es de alto riesgo por la edad, deberían de existir programas como este. (Gomez V. H. y Rodríguez C. A. 1995)

El Grupo de Trabajo de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja de Asia (ART) se estableció en 1994 por profesionales y jóvenes voluntarios de 10 Sociedades nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja de Asia para fomentar actividades contra el VIH/SIDA a nivel local.

En sus dos primeros años, el ART capacitó a 1000 jóvenes como educadores de grupo utilizando un enfoque de aptitudes para la vida. Distintos equipos de personal de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja trabajaron con los jóvenes en cada país para elaborar manuales de formación culturalmente sensibles sobre la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA. Esos manuales se ensayaron de forma preliminar con grupos de jóvenes en cada uno de los 10 países.

Posteriormente, el personal de la Cruz Roja/Media Luna Roja se reunió con los jóvenes de las Sociedades nacionales para examinar las diferencias culturales reflejadas en cada manual, para ultimar los textos y para desarrollar los principios de la formación en salud sexual y reproductiva con el fin de ayudar a los jóvenes a protegerse a sí mismos y a sus compañeros. (Ginebra 1998)

Jornal Radical es una revista mensual para jóvenes preparada y publicada por la Fundación Athos BulcGo en Brasilia (Brasil). Esa revista atrae la atención de los jóvenes utilizando colores brillantes, fotografías y un diseño moderno, y planteando cuestiones de su interés. Escrita con un lenguaje de comprensión fácil, Jornal Radical abarca cuestiones culturales como la literatura y la música, aspectos sociales como los derechos humanos y la política, y asuntos personales como el sexo y las relaciones.

La revista tiene un enfoque interactivo por medio del cual se invita al lector a contribuir con sus artículos, poemas y dibujos. Asimismo, incluye entrevistas con jóvenes acerca de sus creencias y aspiraciones. Una de las innovaciones más radicales de esta publicación es que facilita entrevistas de los jóvenes con los ministros del gobierno, profesores, artistas y músicos.

Jornal Radical se distribuyó entre más de 1,1 millones de jóvenes en las escuelas durante el último año, y es enormemente popular. Cumple una función de instrumento educativo informal para aumentar la conciencia social y cultural de los jóvenes y la sensibilización de los adultos con respecto a las preocupaciones de los jóvenes.

Una joven se dirigió por escrito a la revista en estos términos: "Radical nos ofrece la oportunidad de expresar lo que deseamos y sentimos, y nos estimula a leer porque los textos son muy interesantes." (IBIDEM)

El proyecto Clear Skies se creó en un distrito rural de las afueras de Chiang Mai (Tailandia) para prestar apoyo psicológico y práctico a las personas con la infección por el VIH o con SIDA. El proyecto está administrado enteramente por personas que viven igualmente con el VIH/SIDA, muchas de ellas menores de 25 años. Se hacen reuniones semanales a las que acuden personas seropositivas para discutir sobre preocupaciones comunes tales como los problemas de salud y la discriminación de la comunidad. Se plantean posibles soluciones y se trabaja en colaboración con diversas instituciones, oficinas del gobierno y centros de asistencia sanitaria. El proyecto ha trabajado también con otros grupos para elaborar un documento en que se destacan los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Una de las principales actividades del proyecto es dispensar asistencia domiciliaria a las personas con SIDA que están demasiado enfermas para salir de casa. Unos voluntarios preparan a las familias para que atiendan a sus miembros enfermos. Asimismo, en el marco del proyecto se realizan talleres sobre meditación y yoga, se cultiva un huerto de hierbas medicinales y se facilita el acceso a los dispensarios y los hospitales. El proyecto colabora con los dispensadores de asistencia sanitaria para aumentar su sensibilidad frente a las necesidades de las personas que viven con el VIH/SIDA por lo que se refiere a una asistencia solícita, sensible y confidencial.

Muchos de los miembros más recientes del proyecto Clear Skies son hombres y mujeres jóvenes. Son firmes defensores de los esfuerzos de prevención, y hablan en conferencias y en las escuelas sobre las circunstancias, los riesgos y los sufrimientos de la infección por el VIH. Se han mostrado especialmente eficaces en el aumento de la sensibilidad de los jóvenes escolares con respecto a las dificultades que afrontan las personas que viven con el VIH/SIDA. En las aulas donde hablan, con frecuencia consiguen modificar las actitudes de discriminación y miedo de los jóvenes por otras de compasión y solidaridad. (IBIDEM)

En las campañas mundiales contra el SIDA desde hace algunos años, los jóvenes juegan un papel importante ya que con su colaboración y el apoyo de los adultos en su vida (de sus padres, profesores, dirigentes religiosos, dispensadores de asistencia sanitaria y políticos), se da una oportunidad para crear un entorno social que protege los derechos de los jóvenes y permite que éstos se desarrollen plenamente y se reduzca la propagación del VIH, y se refuerce el apoyo a los jóvenes infectados y afectados por el VIH/SIDA.

Al realizar este tipo de programas en donde los mismos jóvenes son replicadores de la información con semejantes a ellos, se ha logrado también, que los adolescentes sientan la responsabilidad que tienen con la adquisición de la información y sean participantes activos en la lucha contra el SIDA.

Además de que al ser impartida esta información por los jóvenes mismos, el lenguaje es similar, las vivencias también, se da mayor confianza para expresarse abiertamente hacia alguien igual a él y la comunicación se da de manera simple y adecuada.

Los años por venir seguirán siendo críticos tanto en la investigación y desarrollo de las vacunas y tratamientos de la enfermedad como en el diseño de campañas y políticas nacionales que permitan detener el avance de este mal por lo que toda la población debemos participar en contra de esta epidemia.

## **CAPITULO IV. METODO**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.-**

Este problema se planteó debido a que el SIDA es una enfermedad de salud pública, hasta la fecha incurable, de evolución crónica y de reciente conocimiento.

Los grupos de edad en mayor riesgo para contraer la enfermedad del SIDA son los adolescentes, puesto que son individuos que se encuentran en plena etapa reproductiva con mayor capacidad de relaciones sexuales más frecuentes.

El SIDA es de fácil propagación porque una de las principales formas de contagio es el contacto sexual por lo que es importante conocer qué actitudes tienen los adolescentes hacia esta enfermedad, proporcionándoles un panorama más amplio sobre la etiología, las formas de transmisión, la sintomatología y el desarrollo de la enfermedad así como las medidas preventivas y las condiciones actuales que prevalecen con respecto a este mal.

Todo con el fin de crear en los adolescentes un sentido de responsabilidad en cuanto a su conducta sexual se refiere y un sentido de comprensión y ayuda hacia los que padecen esta enfermedad.

#### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Habrà diferencia en las actitudes y conocimientos sobre el SIDA en los adolescentes, antes y después de proporcionar una información sobre el mismo?

¿Habrà relación entre las actitudes y los conocimientos hacia el SIDA en los adolescentes?

#### **HIPOTESIS**

##### **HIPOTESIS DE TRABAJO**

Habrà cambio en las actitudes y conocimientos que los adolescentes tienen hacia el SIDA después de proporcionar información sobre el mismo



## HIPOTESIS ESTADISTICAS

### a) Hipótesis por sexo.-

1.- Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos y su actitud hacia el SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos y su actitud hacia el SIDA

2.- Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos y su conocimiento que tienen del SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos y su conocimiento que tienen del SIDA.

### b) Hipótesis por grupo.-

1.- Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes del grupo control y experimental en su actitud hacia el SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes del grupo control y experimental en su actitud hacia el SIDA.

2.- Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes del grupo control y experimental en los conocimientos que tienen del SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes del grupo control y experimental en los conocimientos que tienen del SIDA.

### c) Hipótesis por grado escolar.-

1.- Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes grados escolares (1°, 2° y 3° de secundaria) y su actitud que tienen del SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes grados escolares (1°, 2° y 3° de secundaria) y su actitud que tienen del SIDA.

2.- Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes grados escolares (1°, 2° y 3° de secundaria) y el conocimiento que tienen del SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes grados escolares (1º, 2º y 3º de secundaria) y el conocimiento que tienen del SIDA.

## **VARIABLES.**

### **VARIABLES INDEPENDIENTES.**

La variable independiente implicada en el presente estudio fue la plática sobre el SIDA al grupo experimental.

### **VARIABLES DE CLASIFICACION.**

Las variables de clasificación implicadas en el presente estudio fueron: sexo y grado escolar.

### **VARIABLES DEPENDIENTES.**

Las variables dependientes implicadas en el presente estudio fueron: nivel de conocimientos del SIDA y actitud hacia el SIDA.

### **VARIABLES EXTRAÑAS.**

Las variables extrañas que pudieron influir son: nivel socioeconómico, tipo de familia a la que pertenece el adolescente y tipo de religión que tiene el adolescente.

## **DEFINICION DE VARIABLES.**

### **VARIABLES DE CLASIFICACION. DEFINICION CONCEPTUAL.**

*SEXO.*- Distinción fundamental de los organismos de una especie determinada que los divide en los que producen óvulos (hembras) y los que producen esperma (machos) (Diccionario de Psicología, 1984)

*GRADO ESCOLAR.*- Cada una de las secciones en que los alumnos se agrupan según sus conocimientos. (Diccionario del Español Moderno, 1979)

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE. DEFINICION OPERACIONAL.**

*PLATICA SOBRE SIDA.*- Instrucción que se les da a los adolescentes, dividida en 2 sesiones por el extenso contenido de la información, cuya finalidad es dar o ampliar los conocimientos que tienen los jóvenes sobre el tema, incluyendo los principales tópicos: definición de SIDA, el origen de la enfermedad, la epidemiología, el desarrollo de la infección, sus síntomas, los mecanismos de transmisión del VIH, los mitos que hay alrededor de la enfermedad, las medidas de prevención y la condición actual de la epidemia. La plática fue dada por su servidora explicando cada tema de forma sencilla y clara, con un lenguaje coloquial, entendible entre los muchachos y propiciando la participación activa de los mismos; fue apoyada con ilustraciones, carteles y una pequeña película sobre el tema tratando de resolver todas las dudas que pudieran surgir, así como, se les presentaron preservativos que pudieron tocar explicándoles de forma gráfica su adecuada utilización.

Los conceptos contenidos en la plática son básicos para tener un panorama real sobre la enfermedad.

#### **VARIABLES DE CLASIFICACION. DEFINICION OPERACIONAL.**

*SEXO.*- Clasificación de los adolescentes en masculino y femenino

*GRADO ESCOLAR.*- Clasificación de los adolescentes en 1º, 2º y 3º grados de la escuela secundaria.

#### **VARIABLES DEPENDIENTES. DEFINICION CONCEPTUAL.**

*ACTITUD.*- Es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente o un objeto cognoscitivo. (Kerlinger F., 1983).

*CONOCIMIENTO.*- Tipo de experiencia que incluye una representación vivida de un hecho, fórmula o condición compleja, junto con una firme creencia en su verdad. (Diccionario de Psicología, 1984).

*ADOLESCENCIA.*- Período de la vida humana durante el cual alcanzan su madurez las funciones sexuales, es decir, el período comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. (IBIDEM)

*SIDA.*- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Enfermedad que se caracteriza por la destrucción del sistema inmunológico que protege al organismo de las infecciones. (Master W.H., Johnson E. 1987)

## **VARIABLES DEPENDIENTES. DEFINICION OPERACIONAL.**

*ACTITUD HACIA EL SIDA.*- Conductas y comportamientos que tienen los adolescentes hacia:

-El apoyo a enfermos de SIDA: Actitudes de los adolescentes para rechazar o apoyar a enfermos de SIDA.

-Temor al contagio del VIH: Actitudes de temor que tienen los adolescentes al contagio del VIH en las relaciones sexuales.

-Miedo de tener SIDA: Actitudes de miedo que tienen los adolescentes para realizarse la prueba de detección del SIDA.

-Cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA: Actitudes que tienen los adolescentes para el uso del condón y cambiar su conducta sexual a fin de evitar un posible contagio del VIH.

-Sexo seguro: Actitudes de los adolescentes para usar preservativos en sus relaciones sexuales para evitar que se continúe el contagio del SIDA.

*NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL SIDA.*- Grados de conocimientos que tienen los adolescentes respecto al SIDA, el cual se basa en el programa que realizó la O.M.S. para los conocimientos básicos que el estudiante debe de tener de la enfermedad.

*ADOLESCENCIA.* Período de la vida humana comprendido entre los 12 y los 15 años.

## **MUESTREO**

El muestreo fue no probabilístico, intencional ya que se tomaron a los estudiantes de una secundaria. Los sujetos no fueron elegidos aleatoriamente sino que se tomaron a 122 adolescentes de ambos sexos cuyas edades fluctuaron entre los 11 y los 16 años de edad y que pertenecían a los tres grados escolares; teniendo en la medida de lo posible el 50% de hombres y el 50% de mujeres; así mismo se procuró tener el mismo número de sujetos de 1º, 2º y 3º grados pero la población total de los grupos no lo permitió, se asignó el 50% de cada grado al grupo control y el 50% al grupo experimental, teniendo así 61 sujetos del grupo control y 61 del grupo experimental.

## **TIPO DE ESTUDIO**

La investigación por su objetivo fue evaluativa ya que no existió una manipulación directa de las variables y únicamente se pretendió descubrir relaciones entre variables o rechazar hipótesis.

Por el lugar donde se realizó la investigación fue de campo ya que se acudió al ambiente natural de los sujetos. Por el tiempo fue una investigación transversal ya que no existió un seguimiento.

## DISEÑO.

Se utilizó un diseño de pretest-postest con grupo control.

E	O1	X	O2	E	O1	X	O2
-----				-----			
C	O1		O2	C	O1		O2
Nivel de conocimientos del SIDA				Actitudes hacia el SIDA.			

Donde:

O= Observación (evaluación de actitudes o conocimientos).

X= Medición (plática sobre SIDA).

Los sujetos se asignaron aleatoriamente al grupo experimental y al grupo control y se les sometió a una prueba en la medida de "O" (la variable dependiente). El investigador pudo así proceder a verificar la igualdad de ambos grupos en "O". Se aplicó la manipulación experimental "X" y luego se volvió a medir a los grupos en "O".

## INSTRUMENTO.

1.- Cuestionario sobre conocimientos de SIDA. Constituido por 46 preguntas de opción múltiple, donde podían contestar algunas entre 4 opciones y otras cierto o falso presentadas de manera sencilla y clara sin un orden consecutivo de tópicos ni grado de dificultad, elaboradas de acuerdo al programa realizado por la O.M.S.(1989) con la finalidad de que los estudiantes tengan los conocimientos básicos de la enfermedad respecto a los puntos principales de la misma, que son: definición, origen, epidemiología, desarrollo, síntomas y detección de la enfermedad, formas de transmisión, creencias y mitos y métodos de prevención. (Ver anexo 1)

2.- Escala de Likert para medir actitudes hacia el SIDA elaborada con 26 reactivos estructurados en forma de afirmación, se procuró



un 50% de ítems positivos y 50% de ítems negativos, cada ítem tenía 5 alternativas de respuesta (totalmente de acuerdo, acuerdo, indeciso, desacuerdo y totalmente en desacuerdo). Los reactivos se constituyeron de acuerdo a los siguientes factores: control y prevención del SIDA; miedo de contraer la enfermedad; enfermos de SIDA; poblaciones de alto riesgo de contraer el SIDA. (Ver anexo 2)

Ambos instrumentos fueron elaborados por Alfaro M.L.(1991) quien los validó de la siguiente manera:

En primer lugar utilizó la T-Test para discriminar cada reactivo e indicar los ítems más representativos cuya probabilidad era menor o igual a 0.05. De los 60 reactivos planteados inicialmente quedaron 26.

Para obtener la confiabilidad y validez de la escala de actitudes; los datos obtenidos de la aplicación de dicho instrumento se sometieron a un análisis factorial de tipo PA2 con rotación Varimax para obtener la validez de constructo. Se eligieron 5 factores de 10 que se tenían de base, con un valor eigen mayor a 1 y se eligieron los reactivos que tuvieron un peso factorial igual o mayor a 0.30; así la escala final quedó con un total de 18 reactivos.

Finalmente se le aplicó un análisis de confiabilidad para medir la consistencia interna de cada uno de los factores a través de el coeficiente alfa de Cronbach.

Así se construyó el instrumento final que comprendía la etiología (causas y antecedentes), epidemiología (frecuencia de casos presentados), desarrollo de la infección (evolución de la enfermedad), síntomas (padecimientos inherentes a la enfermedad), mecanismos de transmisión (formas de adquisición de la enfermedad o el virus) y medidas de prevención (formas de evitar el contagio del virus)

3.- Plática sobre conocimientos del SIDA que abarcó los siguientes puntos: Etiología, epidemiología, transmisión, mitos, medidas preventivas, condiciones actuales, desarrollo de la infección, síntomas, etc.

#### **PROCEDIMIENTO.**

La aplicación de los instrumentos fue en forma colectiva en grupos de 42, 45 y 35 sujetos de 1°, 2° y 3° grados respectivamente ya que ese era el total de niños de cada grado.

Se tuvieron 2 grupos: un control y un experimental; con el grupo control se tuvieron 2 sesiones de 30 minutos cada una

aproximadamente en las cuales se les aplicó el cuestionario y la escala de actitudes a los sujetos sin proporcionar ninguna información sobre el SIDA.

El investigador en la primera sesión se presentó ante los estudiantes y les explicó que se estaba realizando una investigación sobre el SIDA con el fin de mejorar los conocimientos que tienen los adolescentes acerca del síndrome; con el propósito de lograr una mayor prevención y control del mismo. Les pidió que contestaran el cuestionario que les presentó con la mayor sinceridad y aclarándoles que la información que ellos dieran sería manejada confidencialmente y con fines estadísticos. Finalmente les agradeció su colaboración.

Pasada una semana, el examinador se volvió a presentar ante los estudiantes y les pidió que contestaran nuevamente un cuestionario (el mismo). Con las mismas instrucciones de la primera vez.

Con el grupo experimental se tuvieron 4 sesiones; 2 de aplicación y 2 de plática.

De la misma manera que con el grupo control, el investigador se presentó en 2 ocasiones con el grupo experimental para la aplicación del cuestionario; pero hubieron otras 2 sesiones entre las 2 de aplicación en las que el investigador les dio una plática sobre conocimientos del SIDA apoyada con una pequeña película e ilustraciones y carteles con una duración de 50 minutos cada sesión abarcando en las 2 sesiones la definición, etiología, epidemiología, vías de transmisión, desarrollo de la infección, síntomas, mitos, condiciones actuales y medidas de prevención. Tratando de aclarar todas las dudas al finalizar las pláticas.

## CAPITULO V. RESULTADOS.

Para obtener los resultados se utilizó el programa SPSS para windows que es un paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales. Los resultados se obtuvieron en 2 partes:

La primera dando datos generales en donde se describe el grado escolar y el sexo del grupo control como del experimental.

La segunda parte es de manera inferencial en donde se obtuvo la correlación entre las actitudes y los conocimientos que tienen los adolescentes. Dentro de esta parte también se vieron las diferencias entre las medias ( $\bar{x}$ ) de las actitudes y los conocimientos sobre SIDA por grado escolar, sexo y grupo control y experimental.

### I.- DESCRIPCION DE LOS DATOS.

De los 122 casos, 61 pertenecieron al grupo control y 61 al grupo experimental.

#### *GRUPO CONTROL.*

En el grupo control encontramos que respecto al grado escolar en general se observa un porcentaje muy similar por cada grado, no obstante hay más alumnos de 2° de secundaria. (Ver tabla 1).

TABLA 1. DISTRIBUCION DE ESCOLARIDAD.

Grado escolar	Frecuencia	Porcentaje
1° sec.	21	34.4
2° sec.	22	36.1
3° sec.	18	29.5
Total	61	100.00

En este mismo grupo, en cuanto al sexo observamos que hay un mínimo aumento de mujeres. (Ver tabla 2)

TABLA 2. DISTRIBUCION POR SEXO.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	30	49.2
Mujer	31	50.8
Total	61	100.0

*GRUPO EXPERIMENTAL.*

En este grupo, en lo referente al grado escolar hallamos en general valores muy similares por cada grupo, aunque existen más alumnos en 2° de secundaria. (Ver tabla 3).

TABLA 3. DISTRIBUCION DEL GRADO ESCOLAR.

Grado escolar	Frecuencia	Porcentaje
1° sec.	21	34.4
2° sec.	23	37.7
3° sec.	17	27.9
Total	61	100.0

Con respecto al sexo, en el grupo experimental, observamos mayor número de mujeres en una mínima proporción. (Ver tabla 4).

TABLA 4. DISTRIBUCION POR SEXO.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	30	49.2
Mujer	31	50.8
Total	61	100.0

## II.- ANALISIS INFERENCIAL.

### I Ib. DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS POR GRUPO A TRAVES DE LA PRUEBA T.

DIFERENCIAS EN CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ANTES Y DESPUES DE LA PLATICA TANTO PARA EL GRUPO CONTROL COMO EL EXPERIMENTAL.

#### I Ib1. GRUPO CONTROL.

No hubo diferencias significativas en el grupo Control en cuanto a conocimientos y actitudes, exceptuando la actitud en el apoyo que tienen hacia los enfermos de SIDA. (Ver tabla 7).

TABLA 7.- DIFERENCIAS EN LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES DEL GRUPO CONTROL ANTES Y DESPUES DE DAR LA PLATICA.

Area	X Antes	X Después	T	P
Epidemiología	1.55	1.57	-0.71	.48
Desarrollo de la enfermedad	1.37	1.40	-0.80	.42
Prevención	1.63	1.63	-0.05	.95
Síntomas	1.22	1.26	-0.30	.76
Mecanismos de transmisión	1.72	1.74	-0.50	.62
Apoyo a los enfermos de SIDA	3.35	3.66	-2.73	.00***
Temor al contagio del VIH	3.63	3.50	0.85	.40
Miedo a tener SIDA	2.99	2.88	1.40	.16
Cambio en la conducta sexual	3.36	3.29	0.92	.36
Sexo seguro	3.35	3.32	0.25	.80

NOTA:

\*\*\*  $p = 0.01$



Iib2. GRUPO EXPERIMENTAL.

Con respecto al área de conocimientos se observaron diferencias significativas antes y después de la plática. Después de recibir la información, aumentaron los conocimientos sobre epidemiología, desarrollo de la enfermedad, prevención y mecanismos de transmisión de la misma.

No hubo diferencias significativas en lo que se refiere a los conocimientos sobre síntomas del SIDA antes y después de tener la información.

En cuanto a las actitudes, encontramos que después de dar la plática aumenta el apoyo a los enfermos de SIDA pero, disminuye el miedo a tener el mal, también disminuye la disposición a la utilización de métodos de sexo seguro. Así mismo, no se encontraron diferencias significativas en lo que se refiere al temor a contagiarse con el HIV y en cuanto al cambio en su conducta sexual para prevenir la enfermedad. (Ver tabla 8).

TABLA 8.- DIFERENCIAS EN LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL ANTES Y DESPUES DE DAR LA PLATICA.

AREA	X ANTES	X DESPUÉS	T	P
Epidemiología	1.50	1.66	-7.81	.000***
Desarrollo de la enfermedad	1.36	1.58	-5.83	.000***
Prevención	1.61	1.71	-3.67	.001***
Síntomas	1.31	1.40	-0.83	.410
Mecanismos de transmisión	1.64	1.85	-6.33	.000***
Apoyo a los enfermos de SIDA	3.45	3.84	-3.18	.002***
Temor al contagio de VIH	3.56	3.66	-0.65	.517
Miedo a tener SIDA	3.03	2.88	1.81	.075*
Cambio de la conducta sexual	3.42	3.39	0.40	.692
Sexo seguro	3.44	3.22	2.52	.014**

NOTA:

\* p= marginal

\*\* p= 0.01

\*\*\* p= 0.001

## IIa. CORRELACION DE PEARSON.

### IIa1. GRUPO CONTROL.

Se encontró que en el grupo control las correlaciones antes y después fueron significativas, observando que aumentan los conocimientos de epidemiología antes como los de desarrollo de la enfermedad, prevención, síntomas y mecanismos de la misma antes de impartir la plática; así mismo encontramos que se incrementan los conocimientos sobre epidemiología de la enfermedad después de dar la plática como los conocimientos de prevención y mecanismos de transmisión del SIDA después de la exposición.

Sobre los conocimientos del desarrollo de la enfermedad, las correlaciones son significativas aumentando tanto dichos conocimientos como los de prevención, síntomas y mecanismos de transmisión del SIDA antes de impartir la plática; también aumentan los conocimientos de epidemiología y mecanismos de transmisión después de la charla.

Se observa que al aumentar los conocimientos sobre prevención también aumentan los de mecanismos de transmisión de la enfermedad, ambos antes de impartir la plática; así mismo encontramos correlaciones significativas antes y después de dar la información referente a la prevención de la enfermedad y también aumentan los conocimientos sobre prevención antes como los de epidemiología después de la plática.

En este mismo grupo, encontramos que aumentan los conocimientos sobre los mecanismos de transmisión antes y después del coloquio al igual que los mismos antes de la plática como los de epidemiología, desarrollo y prevención de la enfermedad después de la charla.

Sobre los conocimientos de epidemiología, las correlaciones son significativas aumentando, al igual que los de desarrollo, prevención, síntomas y mecanismos de transmisión del mal después de dar la conferencia.

Los conocimientos de desarrollo de la enfermedad aumentan de la misma manera que los de prevención, síntomas y mecanismos de transmisión después de la plática. Así mismo encontramos que al aumentar los conocimientos sobre el desarrollo del padecimiento disminuye el miedo a tener el SIDA, después de la charla.

Después de dar la plática encontramos que aumentan tanto los conocimientos sobre prevención como los de mecanismos de transmisión de la enfermedad.

Observamos que al incrementar los conocimientos sobre los síntomas del SIDA hay una actitud más favorable de apoyo a los enfermos de este mal.

Existe una correlación significativa entre los conocimientos sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad disminuyendo el miedo a tener el SIDA, ambos después de la plática.

En este grupo, encontramos miedo a tener la enfermedad tanto antes como después de la exposición del tema.

Encontramos una actitud favorable sobre el cambio en la conducta sexual así como en la aceptación del uso de métodos de sexo seguro para prevenir el SIDA antes de la charla.

Después de la plática observamos actitudes más favorables en cuanto al cambio en la conducta sexual así como en el uso de preservativos y espermaticidas para evitar el contagio de la enfermedad. (Ver tabla 5)

TABLA 5. CORRELACION DE PEARSON DEL GRUPO CONTROL.

Tabla 5 Correlación de Pearson Grupo control

	Epi A	Des A	Pre A	Mec A	Epi D	Des D	Pre D	Sin D	Mec D	Miedo	Cambio	Cambio D
Epi A												
Des A	.8087 **											
Pre A	.6958 **	.5102 **										
Sin A	.5537 **	.6267 **										
Mec A	.6775 **	.4450 **	.3901 **									
Epi D	.5444 **	.3233 *	.3972 **	.3510 *								
Des D				.3307 *	.6502 **							
Pre D	.4540 **		.4475 **	.2983 *	.8181 **	.4869 **						
Sin D					.4055 **	.3523 *						
Mec D	.4691 **	.3594 *		.3529 *	.7100 **	.5153 **	.04419					
Apoyo								.3104 *				
Sexo A											.4900 **	
Miedo D						.3470 *			.3078 *	.3494 *		
Sexo D												.4427 **

Epi = Epidemiología

Apoyo= Apr Apoyo a los enfermos de SIDA

Des = Desarrollo de la enfermedad

Temor= Temor al contagio del VIH

Pre = Prevención

Miedo = Miedo a tener SIDA

Sin = Síntomas

Cambio= Cambio en la con. Sexual para prevenir el SIDA

Mec = Mecanismos de transmisión.

Sexo= Sexo seguro

A= Antes

D= Después

## *IIa2. GRUPO EXPERIMENTAL.*

Se encontró que en el grupo experimental las correlaciones son significativas en cuanto a los conocimientos sobre epidemiología antes así como los de desarrollo, síntomas y mecanismos de transmisión de la enfermedad también antes; los de epidemiología después y los de prevención tanto antes como después de la plática.

En cuanto a los conocimientos sobre el desarrollo del mal hay correlación significativa con los conocimientos acerca de la prevención, síntomas y mecanismos de transmisión antes y los de prevención después de la conferencia.

En lo que respecta a los conocimientos sobre prevención antes se correlacionan significativamente con los de epidemiología, prevención y mecanismos de transmisión del SIDA después del coloquio.

En este grupo, observamos que aumentan los conocimientos sobre epidemiología y también los del desarrollo, prevención, sintomatología y mecanismos de transmisión de la enfermedad a través de la plática.

Los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad aumentan de la misma manera que los de prevención y síntomas después de la charla.

Existe tanto temor al contagio del HIV antes de dar la información así como miedo a tener el SIDA después de impartirla.

Observamos que al aumentar el cambio en la conducta sexual para prevenir el mal antes, disminuye el apoyo a los enfermos del SIDA después de la plática.

Finalmente, encontramos una actitud favorable en el uso de métodos de sexo seguro tanto antes como después de dar la conferencia. (Ver tabla 6)

TABLA 6. CORRELACION DE PEARSON DEL GRUPO EXPERIMENTAL.

Tabla 6 Correlación de Pearson Grupo experimental

	Epi A	Des A	Pre A	Epi D	Des D	Temor	Cambio	Sexo A
Des A	.7595 **							
Pre A	.7107 **	.4350 **						
Sin A	.3959 **	.3353 *						
Mec A	.5151 **	.3568 *						
Epi D	.3670 *		.4640 **					
Des D				.5556 **				
Pre D	.3561 *	.3336 *	.4269 **	.6405 **	.4249 **			
Sin D				.5171 **	.3618 *			
Mec D			.3011 *	.4873 **				
Apoyo D							.2997 *	
Miedo D						.3576 *		
Sexo D								.3818 *

Epi = Epidemiología

Des = Desarrollo de la enfermedad

Pre = Prevención

Sin = Síntomas

Mec = Mecanismos de transmisión.

Apoyo=

Apoyo a los enfermos de SIDA

Temor=

Temor al contagio del VIH

Miedo=

Miedo a tener SIDA

Cambio=

Cambio en la cond. Sexual para prevenir el SIDA

Sexo=

Sexo seguro.

A= Antes

D= Después

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



## IIc. ANALISIS DE VARIANZA.

En cuanto a los conocimientos sobre epidemiología antes de dar la plática encontramos que hay diferencia significativa en lo que respecta al grado escolar observándose que los alumnos de 3° de secundaria tienen mayores conocimientos sobre la misma.

En la interacción del sexo con el grado escolar encontramos que las mujeres del 3° de secundaria tienen mayores conocimientos acerca de la epidemiología de la enfermedad.

Así mismo encontramos que hay una diferencia marginal respecto al sexo ya que los hombres tienen mayor conocimiento de la epidemiología del SIDA que las mujeres.

En cuanto al grupo al que pertenecen y a las interacciones entre sexo y grupo, y grado y grupo no se encontraron diferencias significativas.

En lo que se refiere a los conocimientos del desarrollo de la enfermedad antes de dar la información, observamos una diferencia marginal en cuanto al sexo presentando los hombres mayores conocimientos.

Respecto al grado, grupo y a las interacciones entre sexo y grado, sexo y grupo, así como, grado y grupo no se observan diferencias significativas.

Sobre los conocimientos de prevención así como los de síntomas del SIDA antes de la charla observamos que no hay diferencias significativas en ninguno de los casos ni en sus interacciones.

Con respecto a los conocimientos sobre los mecanismos de transmisión del SIDA antes del coloquio encontramos diferencias significativas en cuanto al grado escolar hallando que los alumnos del 3° año tienen mayores conocimientos que los otros dos grados. Así mismo observamos que el grupo control posee más información al respecto que el grupo experimental.

En cuanto al sexo y a las interacciones de éste con el grado, con el grupo y entre grado y grupo no existen diferencias significativas. (Ver tabla 9)

TABLA 9. DIFERENCIAS EN LOS CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES ANTES DE DAR LA PLÁTICA.

FACTOR	VARIABLE	F	P
EPIDEMIOLOGIA	SEXO	2.95	0.089*
	GRADO	4.76	0.010***
	GRUPO	2.58	0.111
	SEXO X GRADO	3.51	0.033**
	SEXO X GRUPO	0.26	0.609
	GRADO X GRUPO	0.33	0.718
DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD	SEXO	3.17	0.078*
	GRADO	2.13	0.123
	GRUPO	0.03	0.857
	SEXO X GRADO	2.39	0.096
	SEXO X GRUPO	0.01	0.916
	GRADO X GRUPO	1.46	0.236
PREVENCIÓN	SEXO	2.32	0.130
	GRADO	0.99	0.375
	GRUPO	0.08	0.773
	SEXO X GRADO	1.71	0.185
	SEXO X GRUPO	1.12	0.291
	GRADO X GRUPO	0.24	0.784
SÍNTOMAS	SEXO	0.13	0.719
	GRADO	1.42	0.245
	GRUPO	0.47	0.494
	SEXO X GRADO	1.90	0.154
	SEXO X GRUPO	0.93	0.336
	GRADO X GRUPO	1.02	0.363
MECANISMOS DE TRANSMISIÓN	SEXO	1.12	0.290
	GRADO	3.23	0.043**
	GRUPO	4.46	0.037**
	SEXO X GRADO	1.37	0.256
	SEXO X GRUPO	0.09	0.754
	GRADO X GRUPO	1.86	0.160

NOTA:

\* p= Marginal

\*\* p= 0.05

\*\*\* p= 0.01

En lo referente a los conocimientos sobre epidemiología del SIDA encontramos que después de la plática hay una diferencia significativa en cuanto al grado ya que los jóvenes del 3° año

tienen más conocimientos que los otros dos grados; así mismo hay diferencia significativa con respecto al grupo, presentando mayores conocimientos el grupo experimental.

No sucedió de la misma forma en lo que se refiere al sexo, y a las interacciones entre sexo-grado, sexo-grupo y grado-grupo en donde no existieron diferencias significativas.

Sobre los conocimientos del desarrollo de la enfermedad, posterior a la charla hallamos resultados similares a los anteriores, una diferencia significativa en cuanto al grado, los alumnos de 3° poseen mayores conocimientos al respecto. Se encontró una diferencia significativa en el grupo teniendo más conocimiento los del grupo experimental.

Así mismo, no hubo diferencias significativas en el sexo, ni en las interacciones entre sexo y grado; sexo y grupo y, grado y grupo.

En cuanto a los conocimientos que los estudiantes de secundaria tuvieron sobre la prevención de la enfermedad después de impartirles la plática se encontró una diferencia significativa en el grupo ya que el experimental obtuvo mayores conocimientos que el control.

De la misma forma, se encontró una diferencia marginal en el grado, observando que los alumnos de 3° tuvieron mayores conocimientos.

No se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo, ni en las interacciones de éste con el grado, con el grupo ni entre el grado con el grupo.

Acerca de los conocimientos de los síntomas del mal, se halló que al concluir la charla hubo una diferencia significativa en cuanto al grado ya que los alumnos del 3° año sobrepasaron a los otros grados.

También se encontró diferencia significativa en la interacción entre sexo y grado, observando que las mujeres del 3° año son las que conocen más sobre los síntomas del SIDA.

No se encontraron diferencias en cuanto al sexo ni al grupo; así como tampoco en las interacciones entre sexo-grupo y grado-grupo

En lo que atañe a los conocimientos sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad, después de proporcionar la información, se observan diferencias significativas con respecto al grado, encontrando que los alumnos de 3° año tienen más conocimientos sobre éstos. Así mismo hubo diferencia en cuanto al grupo obteniendo mayores nociones al respecto el grupo experimental sobre el control.

No hubo diferencias significativas en cuanto al sexo ni en las interacciones entre sexo-grado, sexo-grupo y grado-grupo. (Ver tabla 10).

TABLA 10. DIFERENCIAS EN LOS CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES DESPUES DE DAR LA PLATICA.

FACTOR	VARIABLE	F	P
EPIDEMIOLOGIA	SEXO	1.66	0.200
	GRADO	7.56	0.001***
	GRUPO	18.81	0.000***
	SEXO X GRADO	2.05	0.133
	SEXO X GRUPO	0.19	0.659
	GRADO X GRUPO	0.14	0.868
DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD	SEXO	0.80	0.372
	GRADO	8.33	0.000***
	GRUPO	30.46	0.000***
	SEXO X GRADO	1.82	0.166
	SEXO X GRUPO	0.50	0.478
	GRADO X GRUPO	0.33	0.714
PREVENCIÓN	SEXO	0.55	0.457
	GRADO	2.89	0.060*
	GRUPO	4.72	0.032**
	SEXO X GRADO	1.90	0.154
	SEXO X GRUPO	0.27	0.602
	GRADO X GRUPO	0.01	0.989
SÍNTOMAS	SEXO	0.66	0.417
	GRADO	4.36	0.015***
	GRUPO	1.96	0.164
	SEXO X GRADO	3.67	0.029**
	SEXO X GRUPO	0.09	0.761
	GRADO X GRUPO	1.03	0.358
MECANISMOS DE TRANSMISIÓN	SEXO	0.65	0.422
	GRADO	6.93	0.001***
	GRUPO	15.82	0.000***
	SEXO X GRADO	0.75	0.472
	SEXO X GRUPO	0.13	0.719
	GRADO X GRUPO	0.77	0.463

NOTA:

\* p= Marginal

\*\* p= 0.05

\*\*\* p= 0.01

En lo que se refiere a la actitud de apoyo a los enfermos de SIDA anterior a la plática encontramos que hay diferencias significativas en el sexo, así vemos que las mujeres tienen un mayor apoyo a estos enfermos; sucede lo mismo con respecto al grado ya que los alumnos de 3° año presentan este apoyo.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto al grupo ni en las interacciones del sexo con el grado, del sexo con el grupo ni del grado con el grupo.

Sobre la actitud del temor al contagio del VIH antes de la charla observamos que hay una diferencia marginal en el sexo, presentando mayor temor las mujeres que los hombres.

En cuanto al grado, al grupo y a las interacciones entre sexo-grado, sexo-grupo y grado-grupo, no se encontraron diferencias.

Con respecto al miedo a tener SIDA, no se encontraron diferencias significativas en ningún caso antes de la exposición del tema.

Por lo que toca a la actitud del cambio en la conducta sexual para prevenir el SIDA, se observa que antes de la charla hay una diferencia significativa en la interacción entre grado y grupo; así es que los alumnos del 2° año del grupo experimental poseen una mejor actitud hacia el cambio en la conducta sexual.

También se encuentra una diferencia marginal en cuanto al sexo, contemplando que los hombres tienen una actitud favorable hacia el cambio de la conducta sexual para prevenir esta enfermedad.

En lo que respecta al grado, al grupo y a las interacciones entre sexo-grado y sexo-grupo no se hallaron diferencias significativas.

Acerca del uso de métodos de sexo seguro antes de impartir la plática, no se encontraron diferencias significativas en ningún caso. (Ver tabla 11)



TABLA 11. DIFERENCIAS EN LAS ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES ANTES DE DAR LA PLATICA.

FACTOR	VARIABLE	F	P
APOYO A LOS ENFERMOS DE SIDA	SEXO	4.33	0.040**
	GADO	3.16	0.046**
	GRUPO	0.62	0.431
	SEXO X GRADO	0.14	0.865
	SEXO POR GRUPO	0.78	0.378
	GRADO X GRUPO	0.06	0.942
TEMOR AL CONTAGIO	SEXO	3.40	0.068*
	GADO	2.46	0.090
	GRUPO	0.21	0.647
	SEXO X GRADO	1.63	0.200
	SEXO POR GRUPO	0.05	0.820
	GRADO X GRUPO	2.43	0.092
MIEDO A TENER SIDA	SEXO	1.55	0.215
	GADO	0.18	0.828
	GRUPO	0.23	0.627
	SEXO X GRADO	0.23	0.795
	SEXO POR GRUPO	0.04	0.841
	GRADO X GRUPO	0.33	0.713
CAMBIO EN LA CONDUCTA SEXUAL	SEXO	3.62	0.060*
	GADO	0.04	0.955
	GRUPO	0.71	0.400
	SEXO X GRADO	1.67	0.193
	SEXO POR GRUPO	0.01	0.892
	GRADO X GRUPO	5.05	0.008***
SEXO SEGURO	SEXO	0.32	05.71
	GADO	0.24	0.786
	GRUPO	0.64	0.422
	SEXO X GRADO	2.25	0.110
	SEXO POR GRUPO	0.04	0.834
	GRADO X GRUPO	1.85	0.162

NOTA:

\* p= Marginal

\*\* p= 0.05

\*\*\* p= 0.01

Después de la charla, en cuanto a la actitud de apoyo a los enfermos de SIDA, únicamente encontramos diferencias significativas con respecto al grado observando que los alumnos de 1° año presentan un mayor apoyo a estos enfermos. No se encuentran diferencias en los demás casos.

En lo que concierne a la actitud del temor al contagio por VIH, posterior al coloquio se observa una diferencia significativa en el sexo ya que las mujeres tienen mayor temor al contagio.

En cuanto al grado, al grupo y a las interacciones entre sexo-grado, sexo-grupo y grado-grupo no se encontraron diferencias.

Sobre el miedo a tener SIDA, después de la exposición del tema no encontramos diferencias significativas en ninguno de los casos.

Sucede lo mismo en cuanto a la actitud del cambio en la conducta sexual para prevenir la enfermedad ya que no se observaron diferencias significativas en ningún caso.

Finalmente encontramos, respecto al uso de métodos de sexo seguro que después de la plática hay una diferencia significativa en cuanto al sexo, así las mujeres presentan una actitud más favorable al uso de estos métodos.

No se encontraron diferencias con respecto al grado, al grupo ni a las interacciones entre sexo-grado, sexo-grupo y grado-grupo. (Ver tabla 12).

TABLA 12. DIFERENCIAS EN LAS ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES  
DESPUES DE DAR LA PLATICA.

FACTOR	VARIABLE	F	P
APOYO A LOS ENFERMOS DE SIDA	SEXO	2.81	0.096
	GRADO	6.90	0.001***
	GRUPO	2.55	0.113
	SEXO X GRADO	2.30	0.104
	SEXO X GRUPO	0.84	0.359
	GRADO X GRUPO	0.91	0.404
TEMOS AL CONTAGIO	SEXO	3.56	0.062*
	GRADO	1.23	0.295
	GRUPO	1.13	0.290
	SEXO X GRADO	0.16	0.849
	SEXO X GRUPO	0.04	0.826
	GRADO X GRUPO	0.01	0.990
MIEDO A TENER SIDA	SEXO	0.38	0.534
	GRADO	0.77	0.464
	GRUPO	0.00	0.986
	SEXO X GRADO	0.00	0.993
	SEXO X GRUPO	1.85	0.176
	GRADO X GRUPO	0.84	0.430
CAMBIO EN A CONDUCTA SEXUAL	SEXO	1.70	0.195
	GRADO	1.09	0.337
	GRUPO	1.92	0.168
	SEXO X GRADO	1.62	0.202
	SEXO X GRUPO	0.08	0.771
	GRADO X GRUPO	0.51	0.599
SEXO SEGURO	SEXO	3.85	0.052**
	GRADO	0.30	0.738
	GRUPO	0.68	0.411
	SEXO X GRADO	1.52	0.222
	SEXO X GRUPO	1.00	0.319
	GRADO X GRUPO	0.15	0.854

NOTA:

\* p= Marginal

\*\* p= 0.05

\*\*\* p= 0.01

## CAPITULO VI.- DISCUSIÓN.

El SIDA es considerado una enfermedad incurable que se expande a pasos agigantados, a pesar de existir grandes avances en cuanto a tratamientos e intentos de una vacuna, la prevención sigue siendo la primer arma que se tiene en contra de este mal, es necesario educar a la población principalmente a los jóvenes ya que constituyen el mayor porcentaje de la población y a que es cuando existe mayor riesgo de contraer el VIH por ser un periodo de descubrimiento, de exploración de nuevos comportamientos y relaciones y a que se da la iniciación a la vida sexual que no siempre es con grandes conocimientos o mejor dicho, escasos conocimientos además de tener que afrontar una gran cantidad de requerimientos psicosociales, tales como la independencia de los padres, la adquisición de una responsabilidad social e individual básica, la posibilidad de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los conocimientos recibidos hasta la fecha acerca de reproducción, embarazo, prostitución, aborto, violación, enfermedades de transmisión sexual y SIDA y así mismo, conocer las medidas adecuadas para su prevención y el buen desempeño de su sexualidad.

De las personas que viven con el virus o con SIDA, por lo menos una tercera parte tienen entre 10 y 24 años. Los jóvenes constituyen el 50% de todas las personas que se infectan.

Como toda crisis, en la adolescencia hay grandes conflictos, las relaciones con los padres se deterioran y es cuando se acentúa la necesidad de ser comprendido, escuchado y apoyado por los adultos principalmente por la familia por lo que se requiere propiciar la mejor relación entre los miembros de este grupo primario y fundamental que es la base de la sociedad.

El adolescente se compromete con actividades sexuales aún antes de estar preparado para ellas e incluso antes de haber recibido la educación sexual adecuada para tener las armas necesarias para enfrentar las consecuencias graves del ejercicio inadecuado de su sexualidad pero si ampliamos este panorama se creará mayor conciencia y responsabilidad en los jóvenes respecto a su conducta sexual.

Otro factor importante en relación a este mal es la actitud que se tenga hacia los infectados por VIH lo cual terminará con la discriminación y fomentará la comprensión y la posible ayuda que se pueda dar a los enfermos ya que las enfermedades de transmisión sexual han sido consideradas como indicadoras de comportamientos sexuales reprobables y con el SIDA sucede lo mismo y aún más, ya que se suman la vergüenza y la culpa del

infectado y el temor que por si misma produce la enfermedad, dado esto, el principal motivo de esta investigación es evaluar el cambio de actitud de los adolescentes hacia el SIDA en cuanto mayor información tengan sobre el tema.

Se encontró que aumentan los conocimientos en general sobre el SIDA al impartirles una plática, principalmente sobre epidemiología, desarrollo de la enfermedad, prevención y mecanismos de transmisión.

En estudios realizados observamos que no existe diferencia entre los sexos en cuanto a los conocimientos que se tengan sobre sexualidad y SIDA aunque van de malos a medianamente adecuados (Alfaro, Rivera y Días 1992; Micher, Silva 1997; Sida-ETS 1997) y aun así en el presente trabajo se encontró que hay un más alto nivel de conocimientos en jóvenes de mayor grado escolar.

En referencia al grado de conocimientos sobre sexualidad y sobre SIDA se concluye que es necesario educar a los jóvenes acerca de la salud sexual y de ser posible desde antes de que se inicien en esta actividad ya que de esta manera se tendrían prácticas más seguras y con mayor responsabilidad puesto que los jóvenes no se sienten en riesgo de adquirir este mal. Cosa que no es real ya que por el hecho de ser adolescentes y tener conflictos con la autoridad y de identidad, buscan relacionarse con gente de su misma edad o parecida para tener un apoyo y una guía, ven en el sexo una forma de afirmar su hombría o feminidad, de presumir y de tratar de descargar sus inquietudes y compensar lo que no les satisface; por lo cual no planean la primer experiencia sexual surge en un momento emocional y llega a ella sin la educación necesaria y lo más importante sin protección.

El ser humano es un ser sexual desde que es concebido hasta su muerte por lo cual, no podemos los adultos fingir que la sexualidad de nuestros jóvenes todavía no ha llegado o que como padres no nos sentimos preparados para dar esta información, al contrario es importante fomentar la comunicación entre padres e hijos, escucharlos, comprenderlos y orientarlos respecto a la sexualidad en general como en todo y a tempranas edades para lograr cambios de rasgos y establecer adecuados patrones de comportamiento sexual, mejores actitudes y detener el aumento desenfrenado que tiene el contagio por VIH. (Micher 1997, Ginebra 1998, Grunseit 2002, Kouri 1992).

Ahora discutiremos los resultados obtenidos en cuanto a las actitudes y el grado de conocimientos sobre SIDA que tienen los adolescentes.

En cuanto al apoyo a los enfermos de SIDA se ha observado que es mayor si se tienen más conocimientos acerca del tema y de la sexualidad en general y además se incrementan en las mujeres más que en los hombres así como en los adolescentes más jóvenes



después de recibir mayor información. (Alfaro, Rivera y Díaz 1992, Ginebra 1998). La discriminación se da en gran medida por la ignorancia que se tiene acerca del tema y por otro lado por el miedo a contagiarse y el rechazo a lo que nos recuerda nuestra vulnerabilidad.

No hay diferencia en el temor al contagio por VIH y en el miedo a tener SIDA con respecto al grado de conocimientos sobre este mal. (Alfaro, Rivera y Díaz 1992). Resultados similares se encontraron en el presente estudio pero se observa que es mayor el temor en las mujeres después de tener más información sobre el tema, esto pudiera ser que según las cifras las mujeres se están infectando más aceleradamente que los hombres; también pudiera ser por que las mujeres tienen menos control de su vida y de su cuerpo y esto les da una mayor vulnerabilidad social y esto puede alentar a los varones a tener un comportamiento sexual agresivo e incluso abusivo y a esto le sumamos el sentido afectivo y emocional que tiene las adolescentes sobre lo que es la sexualidad y el sexo. (Ginebra 1998, CONAPO/SEP 1990).

Se observa que si aumenta la actitud del cambio en la conducta sexual hay menos apoyo a los enfermos de SIDA esto pudiera ser debido a que se considera que si se cambia la conducta sexual hacia una más segura no habría posibilidad de contagiarse por vía sexual y esto disminuiría notablemente la propagación de la enfermedad ya que la transmisión sexual es la causa de casi el 90% de los casos de SIDA en México. (<http://www.ssa.gob.mx/conasida>).

La actitud de sexo seguro, en general es favorable entre los jóvenes aunque se incrementa en las mujeres si se les da mayor información. A pesar de estos resultados el nivel de protección que tienen los adolescentes y el uso de métodos de prevención principalmente el condón es aun poco frecuente por lo cual se requiere de mayores campañas para su uso y adecuada utilización. Debido a que la principal causa de contagio por VIH es el contacto sexual desprotegido es indispensable educar las prácticas de sexo seguro y promover el uso del condón, pero las campañas de prevención se han topado con críticas y presiones de grupos conservadores y moralistas de la sociedad lo cual ha entorpecido esta labor. Debemos educar sexualmente a los jóvenes y crear en ellos que el condón es parte de su sexualidad y no que es algo añadido a la misma. (Micher, Silva 1997; Hernández, Cruz, Uribe, et al 1995; Carrillo 1995; Kouri 1992; Sepúlveda 1996; Feregrino 1993).

Respecto a las actitudes es necesario crear mayor conciencia en los jóvenes de que cualquiera es susceptible a contagiarse por VIH principalmente ellos por el número de parejas sexuales y de relaciones que se tienen a esa edad.

Así mismo, es necesario incrementar las campañas de prevención enfocadas al cambio de conducta sexual hacia una más segura y principalmente hacia el uso habitual del condón.

También debemos capacitar a jóvenes en la prevención del VIH/SIDA para que ellos sean a su vez los portadores hacia sus semejantes de una manera más comprensible, clara, con el mismo lenguaje, con vivencia similares, con mayor confianza y participación.

Esta empresa implica de una labor importantísima en conjunto de padres, escuelas, jóvenes, medios de comunicación, instituciones de salud y de apoyo especial sobre el tema y de la misma sociedad a favor de la principal herramienta con la que se cuenta en la actualidad contra este mal, la prevención.

## CAPITULO VII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

### CONCLUSIONES.-

Observamos que no hay un cambio de actitudes en general al tener mayor información sobre sexualidad y SIDA, que los adolescentes no se sienten en riesgo de contraer la enfermedad debido probablemente a que sigue la idea de que solo algunos grupos de la población como homosexuales y drogadictos son los que se infectan.

Los avances en cuanto a tratamiento es la creación de antirretrovirales más potentes y menos tóxicos pero su costo es tan elevado que la gran mayoría de los infectados no pueden tener acceso a dichos medicamentos por lo que se requiere hacer concientes a los laboratorios para que disminuyan sus costos, así mismo realizar un esquema único de tratamiento para todas las instituciones de salud, además de continuar con las investigaciones en busca de la vacuna y más importante aun, las adecuadas campañas de prevención hacia la población en general y principalmente hacia los jóvenes así como una adecuada educación tanto en casa como en la escuela y sobre todo mejorar la convivencia, la comunicación y la participación de los padres de familia para con sus hijos.

### SUGERENCIAS.-

Con los resultados obtenidos por la presente investigación se podría sugerir lo siguiente:

- Ampliar la evaluación de actitudes y conocimientos en pre-adolescentes y comparar con la de los adolescentes y de esta manera realizar mejores campañas de prevención para cada grupo.
- Elaborar e implantar programas continuos para brindar información a la población en general.
- Sensibilizar a los adolescentes acerca del riesgo que todos tenemos de contraer el VIH no por pertenecer a un grupo sino por el comportamiento sexual que se tenga.

- Involucrar a los padres de familia en la creación y manejo de talleres que se enfoquen a el desarrollo y/o mejoramiento de las actitudes hacia el sexo, hacia la adecuada práctica de la sexualidad y hacia los enfermos por VIH.
- Fomentar mayormente que los jóvenes sean promotores de información para la prevención de VIH/SIDA y propiciar la participación de la mujeres dentro de estos grupos.
- Realizar mayores trabajos de información involucrando más a las mujeres hacia un cambio de actitudes.

## REFERENCIAS.-

- Letra S La Jornada México (1997). "Actualización médica, para un mejor manejo del paciente VIH positivo".
- Alfaro M.L. (1991). *Sexualidad y SIDA en el adolescente*. Tesis. Licenciatura en Psicología. UNAM México.
- Alfaro M.L. (1995). *El modelo de acción razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio de VIH.* Tesis. Maestría en Psicología Social. UNAM México.
- Alfaro M.L., Rivera A.S. y Díaz L.R. (1992). "Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria". *La Psicología Social en México*. 4. México
- Andrade P. P., Camacho V. M. y Díaz L.R. (1992). "Comunicación con los padres y su relación con conducta sexual y precepción de riesgo de contraer SIDA". *La Psicología Social en México*. 4. México
- Andrade P. P., Pick de Weiss S., Alvarez I.M. (1990). "Percepción que los hijos tienen de las actitudes de sus padres hacia su sexualidad y autoconcepto de adolescentes que han tenido y que no han tenido relaciones sexuales". *La Psicología Social en México*. 3. México.
- Alvarez M. y Pick de Weiss S. (1995) "Los adolescentes como promotores de prevención de VIH/SIDA". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA*. México.
- Ariza L., y Coperías E. (Sep 1988) "La marca escarlata" *Revista Muy Interesante México* 1988
- Baca P. (Abril 1993) "Usted y los portadores del SIDA". *Revista Contenido*.
- Bailey R. C., Reynolds F. y Carrico M. (1989) "College students' perception of AIDS victims". *Social Behavior and Personality*. Society for Personality Research.
- Barrera V.P., Espinoza O.R., Ortíz A.H., Servín T., Valdés C.R. y Zamudio M.J. (1990) "Prevención del SIDA: Creencias y actitudes en el estado de Chihuahua". *La Psicología Social en México*. 3 México.
- Bayer Ronald (1995) "Hacia el siglo XXI. Replanteando las políticas del SIDA". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA*. México.
- Brito A. (2002). "Tratamientos contra el SIDA, poner orden" *Letra S La Jornada* Mayo 2002.
- Bronfman M, Amuchástegui A ets all. (1995) "SIDA en México, migración, adolescencia y género." *IPC y Conasida*.
- Carrillo Héctor (1995). "Sexualidad, socialización y decisiones sobre el Sexo Seguro en Guadalajara". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA*. México.
- Castañeda X., González D. y Castañeda N. (1995) "Iniciación sexual y SIDA en adolescentes rurales de México". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA*. México.
- Castillo G. (Nov. 1991) "Carteles contra el SIDA, en el Centro Universitario de Teatro". Pag. 22. *Gaceta UNAM*. México.



- Collado M., Givaudan M., Pick de Weiss S. y Alvarez M. (1995) "Fortalecimiento de la comunicación intergeneracional en la familia: estrategias para la prevención del SIDA en adolescentes". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA*. México.
- CONAPO/SEP (1990) *Guía básica de educación sexual para el maestro de secundaria*.
- CONAPO/SEP (1990) *Guía básica de educación para la vida familiar*. Conasida informa. *Letra S La Jornada* Febrero 2002.
- CONASIDA S.S.A. (1990) *Boletín mensual* Julio, Octubre.
- CONASIDA S.S.A. *Información sobre el SIDA para el público en general*.
- Conasida informa "Inicia operaciones CONASIDA". *Letra S La Jornada* Enero 2002
- Coperías E.M. (1994). "Las 10 preguntas definitivas sobre el SIDA" *Revista Muy Interesante*. México.
- Covian Sylvia. (1995). "Orientación sexual en un medio de comunicación: La radio". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA*. México
- Cuomo M. y Axelrod D. (1987) "100 preguntas y respuestas"
- Daniels V, G (1994). "SIDA" *Manual Moderno* México.
- Díaz L.R., Camacho V.M., Cubas C.E., Villagrán V.G. (1990) "Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes". *La Psicología Social en México*. 3 México.
- Erhel Catherine. (1989) *Les adolescents n'ont pas peur, mais... Libération Special*. SIDA France.
- Feregrino G. M. (Nov.1993) "Berlin'93 IX Conferencia Mundial sobre SIDA". *Amigos contra el SIDA*. México.
- Fernández G.C. et al. (1997) "CAMBIOS EN LAS ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH TRAS LA INTERVENCIÓN ESCOLAR AULASIDA, 1996-1997 "
- Freud A., Osterrieth P.A., Piaget J. y otros. (1984). *El desarrollo del adolescente*. Hormé Paidós.
- Gauthier N. (1989) "Declaration des droits des malades". *Libération Special*. SIDA. France.
- Givaudan M., Pick de Weiss S., Alvarez M. y Rao G. (1995) "El video: tres historias de la misma historia, una alternativa para favorecer la comunicación sobre sexualidad entre padres, madres y adolescentes". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA*. México.
- Gomez V. H. y Rodríguez C. A. (1995) "Jóvenes del bachillerato de la UNAM forman un grupo de replicadores en información para la prevención del VIH-SIDA en el CCH-UNAM". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA*. México.
- Guarneros M. R. (1993). "Luc Montagnier: A 10 años del descubrimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana". *Revista Muy Interesante* 1993.
- Gutiérrez A.M. y Barreiro G.N. (1995) "Capacitación participativa para la prevención del VIH/SIDA". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA*. México.
- Grmek M.D. (Nov.1989) "Les mythes des origines." *Libération Special*. SIDA. France.

- Grunseit Anne (2002) "El ABC de la sexualidad" *Letra S, La jornada* Octubre 2002.
- Hein K. y Foy D.T. (1991) *SIDA: Verdades en lugar de miedo. Una guía para jóvenes.* Promexa. México.
- Hernández C., Cruz A., Uribe F., Quiterio M., Hernández M. y Peruga A. (1995) "Características asociadas a la utilización de condón masculino en la población general de la Ciudad de México". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA.* México.
- Hurtado J., Quiroga A. y Saviñón C. (1995) "Es hora de tomar una decisión" *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA.* México. IAVI/Report. Octubre-Diciembre 2001 y Julio 2002.
- Inicia operaciones Conasida *Letra S La Jornada* Enero 2002.
- Journal of Social Psychology.* Junio.1990.
- Kerlinger F. (1983) *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología.* Iberoamericana. México.
- Kouri Y. (1992) "Sida: enfermedad de nuestro tiempo" *Programa: Diálogos en el espacio.* Sevilla 1992
- Larroyo F. (1957) *La ciencia de la educación.* Porrúa. México.
- La Secretaría de Salud informa: "Campaña Nacional de Prevención del VIH/sida." *Letra S La Jornada* Agosto 1997
- Los jóvenes bajo la amenaza del SIDA Ginebra, 22 de abril de 1998
- Malagón S.N. (1993) *Familia, Amor y SIDA.* Hermes.
- Martínez Ydiaguez Ydalia, Villagrán Vázquez Gabina, Días Lobing Rolando. "Medios de comunicación masiva y conocimientos sobre SIDA" *La Psicología Social en México* 1992.
- Masters W.H., Johnson V.E. y Kolodny R.C. (1987) *Sexualidad humana.* Grijalbo tomos 2 y 3 Barcelona.
- Maulen G. y Silva J. (1995) "México/SIDA. Tres años de campañas de comunicación: un análisis interno" *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA.* México.1995.
- Máynez P.S. (1987) Conozca al SIDA. *Revista Proceso* Mayo 1987
- Medina A. (2000). "Las autoridades obligadas a suministrar medicamentos". *Letra S La Jornada México* Abril 2000.
- Medina A. (2001) "Los primeros siete años de Taller de Sexualidad" *Letra S, La Jornada México* Febrero 2001.
- Medina A. (2003). "Quitán 10 mdp a presupuesto para sida". *Letra S La jornada México,* Febrero 2003.
- Micher C. J., Silva B. J. (1997) "Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS)". *SIDA-ETS agosto-octubre, 1997* México.
- Miranda, Luisa y Aguirre Alejandrina "Cuidado con los condones." *Revista Contenido* Marzo 1993.
- Mussen P.H., Conger J.J. y Kagan J. (1979) *Desarrollo de la personalidad en el niño.* Trillas México.
- Notiese *Letra S La Jornada México* Febrero 2003.
- Notiese *Letra S La Jornada México* Marzo 2003.
- Notiese *Letra S La Jornada México* Octubre 1997.
- Notiese *Letra S La Jornada México* Septiembre 2000
- Olaiz F.G. (1988) *SIDA. La epidemia que a todos afecta.* Diana. México.

- Paredes L. A. (Junio 1993) *SIDA y realidad sexual*. Excelsior.México.
- Pial Gilles. (1989) De AZT a Zagury, I'espoir thérapeutique. *Libération Special*. SIDA. France.
- Premian a Taller de Sexualidad *Letra S La Jornada* Enero 2001
- Programa de ABC radio Con...ciencia. 8 Abril 1992 con Enrique Ganen. Invitados: Juan Genaro Flores del Campo -Subdirector de documentación de CONASIDA. y Dra. Griselda Hernández de Pichin- Coordinadora de los centros de información de CONASIDA.
- Ramos Nancy. (1995). "Video de ficción: medio para sensibilizar a la juventud hacia el uso del condón y búsqueda de información sobre VIH/SIDA". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA*. México.
- Reyes L.I. (1990) "Actitudes hacia el SIDA en jóvenes universitarios". *La Psicología Social en México*. 3 México.
- Reyes M. (2003). "Redes solidarias: no deberían existir pero qué bueno que existen". *Letra S La Jornada* México, Marzo 2003.
- Revista MD en español. 2 No.2 (Febrero 1987). "SIDA. Lecciones de la Historia"
- Rozenbaum W., Seux D. y Kouchner A. (1985) *SIDA. Realidades y fantasmas* Katún México
- Ruiz B., Magis R., Ortiz M. y Bronfman P. (1995) "El uso de la medida de actitudes en la investigación sobre SIDA en México: 1984-1995". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA*. México.
- Sepúlveda A.J. (1989) *SIDA, ciencia y sociedad en México*. F.C.E. México.
- Sociedad y Sida *El Nacional* Diciembre 1993
- Treviño P.S. (1999) "¿Como se inhibe a las enzimas del VIH? " *Letra S La jornada* México, Marzo 1999.
- Treviño P.S. (1999) "Terapia antirretroviral: gastar centavos para ahorrar pesos". *Letra S La Jornada* México Febrero 1999.
- Treviño P. S. (2000) "Nuevos medicamentos, nuevas estrategias terapéuticas *Letra S La Jornada* México, Marzo 2000.
- Varios autores (1984) *Diccionario de Psicología*. F.C.E. México.
- Varios autores (1987) *SIDA 100 preguntas y respuestas*. Organización panamericana de la salud. México.
- Varios autores (1982) *Sepa...de los adolescentes*. SEP. México.
- Varios médicos (1997) "Los inhibidores de proteasa en el tratamiento de VIH". *Letra S La Jornada*, México Marzo 1997.
- Villaseñor A., Caballero R., Hidalgo A. y Santos J. (1995) "Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para la adquisición del VIH en adolescentes de 15 a 19 años y 4 estratos socioeconómicos de Guadalajara, Jal". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA*. México.
- Volberding P. (1995) "Los antivirales en 1995". *Memorias del V Congreso Nacional sobre SIDA* México.
- Wilson D., Lavelle S. y Wilson Ch. (1990) Psychological Predictors of HIV Preventive Behavior Among Zimbabwean Students. Pag.293 *The Journal of Social Psychology*. University of Zimbabwe

[www.aids-sida.org](http://www.aids-sida.org)

[www.ssa.gob.mx/conasida/](http://www.ssa.gob.mx/conasida/).

Zozaya M. (2002) "Deslegitimar el estigma, contribución de la CND." *Letra S La jornada* Diciembre 2002.

Zozaya M. (1999) El VIH, pruebas y tratamiento *Letra S La Jornada* Enero 1999.

Zozaya M. (2002) "Investigación del VIH, abre INER nuevo laboratorio". *Letra S La jornada* Noviembre 2002.

ANEXO 1

Cuestionario sobre conocimientos de SIDA.

SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMENINO GRADO ESCOLAR \_\_\_\_\_

El presente instrumento está formado por una serie de afirmaciones acerca del SIDA. Contéstalo sinceramente. Los datos obtenidos en él serán utilizados únicamente para fines estadísticos y en forma confidencial.

Marca con una (X) la respuesta correcta.

1.-Los primeros casos reportados de SIDA datan de:

- ( ) 1971
- ( ) 1985
- ( ) 1981
- ( ) 1975

2.-El agente causal del SIDA es:

- ( ) ADN virus
- ( ) VIH virus
- ( ) Retrovirus (HTLV-1)
- ( ) Retrovirus (VIH)

3.-El virus de la inmunodeficiencia humana tiene especial predilección para invadir:

- ( ) glóbulos rojos
- ( ) glóbulos blancos
- ( ) macrófagos
- ( ) células del sistema nervioso central

4.-Cuando el VIH se introduce en las células de los linfocitos T-4 ayuda a cumplir su función alertadora e inductora de todo el sistema de defensa.

- ( ) cierto ( ) falso

5.-El VIH tiene un método singular de reproducción denominado:

- ( ) inversión
- ( ) linfadenopatía
- ( ) seroconversión
- ( ) replicación

6.-El SIDA empieza desde el momento en que se contrae la infección por el VIH.

- ( ) cierto ( ) falso

7.-A medida que progresa la infección por VIH van apareciendo en la sangre del individuo infectado los Linfocitos T-4, por lo que la deficiencia se torna permanente y progresiva.

- ( ) cierto ( ) falso



8.-Al estado que precede al SIDA donde el individuo presenta anticuerpos contra el VIH, se le conoce como Complejo Sintomático Relacionado.

cierto  falso

9.-El SIDA constituye solo la etapa final de la infección con el VIH.

cierto  falso

10.-El SIDA se caracteriza por el gran ataque al estado general del individuo, presentando diversas infecciones oportunistas y variadas que ponen en peligro la vida.

cierto  falso

11.-La causa directa de la muerte de los enfermos de SIDA es el mismo padecimiento.

cierto  falso

12.-Los llamados "seropositivos" son los portadores sanos del VIH y son permanentemente infectantes.

cierto  falso

13.-La mayor concentración del VIH puede estar en la sangre, semen y líquido cefalorraquídeo.

cierto  falso

14.-La persona recién infectada con el VIH presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad.

cierto  falso

15.-El VIH se puede transmitir por el contacto casual con personas infectadas.

cierto  falso

16.-Una vía de contagio del VIH es el piquete de insecto.

cierto  falso

17.-El VIH se puede transmitir por el trasplante de tejido y órganos pertenecientes a personas infectadas.

cierto  falso

18.-El virus del SIDA se puede transmitir en las albercas.

cierto  falso

19.-Un mecanismo importante para la transmisión del VIH es por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión o por agujas contaminadas.

cierto  falso

20.-La infección por el virus del SIDA se puede contraer en baños públicos.

cierto  falso

21.-Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA.  
( ) cierto ( ) falso

22.-Existen pruebas concluyentes que el VIH se transmite con:  
( ) la sangre y las lágrimas  
( ) la sangre y el semen  
( ) el semen y la orina  
( ) la saliva y las lágrimas

23.-La vía de contagio más importante del VIH en relación con el número de casos es:  
( ) la transfusión sanguínea con sangre contaminada  
( ) a través del contacto casual con personas infectadas  
( ) a través del contacto sexual con personas infectadas  
( ) mediante el trasplante de órganos infectados

24.-El período de incubación del VIH varía de:  
( ) 2 a 8 semanas  
( ) un mes a 2 años  
( ) 4 meses a 10 años  
( ) 2 meses a 3 años

25.-La detección del VIH se hace a través de:  
( ) un análisis de orina  
( ) una prueba de sangre  
( ) radiografías  
( ) ninguna de las anteriores

26.-Según los reportes de varios países, la mayor parte de incidencia de casos queda comprendida entre:  
( ) 30 a 39 años  
( ) 15 a 30 años  
( ) 40 a 59 años  
( ) 45 a 60 años

27.-Los grupos de mayor riesgo para contraer la infección por el VIH son:  
( ) los homosexuales  
( ) los drogadictos  
( ) los adolescentes  
( ) las prostitutas

28.-El origen del SIDA fué en:  
( ) América  
( ) Africa  
( ) Europa  
( ) se desconoce

29.-En México hasta 1989 se habían reportado:

- 20 000 casos de SIDA
- 2 683 casos de SIDA
- 8 300 casos de SIDA
- 10 750 casos de SIDA

30.-Los grupos que deben someterse a la prueba de detección del VIH para evitar la diseminación del virus del SIDA son:

la población en general incluyendo niños, homosexuales y bisexuales

las mujeres embarazadas, homosexuales que tengan varios compañeros sexuales y personas que donen sangre

homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tengan múltiples compañeros sexuales, prostitutas, drogadictos, quienes hayan recibido transfusiones de sangre e hijos de personas pertenecientes a los grupos anteriores

los hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales; así como los ancianos y las personas que donen sangre

31.-El SIDA puede afectar a todos los individuos no importando edad o sexo.

- cierto  falso

32.-El VIH es un virus muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente.

- cierto  falso

33.-Un síntoma en las personas con SIDA es el aumento de peso.

- cierto  falso

34.-Las personas con SIDA padecen de fiebre continua.

- cierto  falso

35.-La diarrea continua es un signo asociado al SIDA.

- cierto  falso

36.-EL VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección.

- cierto  falso

37.-Las personas que donan sangre corren el riesgo de contraer el VIH aún con medidas preventivas.

- cierto  falso

38.-Una persona "seropositiva" puede continuar con las mismas actividades que ha venido realizando en su vida, siempre y cuando tome las precauciones necesarias.

- cierto  falso

- 39.-Los condones son efectivos para prevenir el SIDA.  
 cierto  falso
- 40.-Las jeringas desechables y esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH.  
 cierto  falso
- 41.-Tener relación sexual con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.  
 cierto  falso
- 42.-Los preservativos y espermaticidas garantizan totalmente que no ocurra la infección por VIH durante las relaciones sexuales.  
 cierto  falso
- 43.-Limitar el número de compañeros (as) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH.  
 cierto  falso
- 44.-Tener relaciones sexuales con personas que tienen una vida sexual promiscua aumenta la probabilidad de contagio del VIH.  
 cierto  falso
- 45.-Se debe evitar el coito con prostitutas (os) o con desconocidos para disminuir el riesgo de infectarse con el VIH.  
 cierto  falso
- 46.-Tener relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuye la probabilidad de contagio con el VIH.  
 cierto  falso

ANEXO 2.

Escala de Likert para medir actitudes hacia el SIDA.

Enseguida encontraras una serie de afirmaciones acerca del SIDA, lee cuidadosamente cada afirmación y marca con una (X) solo una de las opciones.

Las opciones son:

TA= totalmente de acuerdo

D = desacuerdo

A = acuerdo

TD= totalmente en desacuerdo

I = indeciso

1.-Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin temer el contagio del VIH. ( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

2.-Una persona puede aprender a protegerse de la infección del VIH por la información proporcionada por la T.V. ( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

3.-Si tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH. ( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

4.-Si supiera que mi novio (a) está infectado (a) por el VIH lo apoyaría. ( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

5.-Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA. ( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

6.-La prostitución debe de desaparecer para evitar que se difunda el VIH. ( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

7.-Es necesario que se realicen más campañas de información sobre SIDA para prevenir la enfermedad. ( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

8.-Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo a contraer la enfermedad. ( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

9.-Se debe evitar correr el riesgo de infectarse con el VIH usando siempre condón en las relaciones sexuales ( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

10.-Si mi pareja sexual estuviera contagiada con el VIH la apoyaría sin temor de contraer la enfermedad. ( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD



11.-La homosexualidad es una conducta irresponsable que ayuda a que se transmita el SIDA.

TA  A  I  D  TD

12.-La información que tengo sobre el SIDA ha cambiado mi conducta sexual.

TA  A  I  D  TD

13.-Si me enterará que un amigo mío tuviera SIDA lo rechazaría.

TA  A  I  D  TD

14.-Todos los adolescentes deberían usar preservativos y espermaticidas en sus relaciones sexuales.

TA  A  I  D  TD

15.-La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH.

TA  A  I  D  TD

16.-Si un amigo mío tuviera SIDA lo mantendría en secreto.

TA  A  I  D  TD

17.-Los homosexuales deben desaparecer para evitar que se difunda el SIDA.

TA  A  I  D  TD

18.-Me interesa buscar información sobre el SIDA.

TA  A  I  D  TD

19.-La bisexualidad es una práctica sexual que si se lleva con responsabilidad evita que se difunda el SIDA.

TA  A  I  D  TD

20.-En general los jóvenes tienen su primera experiencia sexual con parejas ocasionales.

TA  A  I  D  TD

21.-Si mi novio (a) estuviera infectado (a) con el VIH, tendría relaciones sexuales con él (ella), con las precauciones necesarias.

TA  A  I  D  TD

22.-Se deben mantener aislados a los enfermos de SIDA para evitar que se difunda la enfermedad.

TA  A  I  D  TD

23.-De nada sirven las campañas de información sobre el SIDA.

TA  A  I  D  TD

24.-La prostitución debe llevarse con libertad para evitar que se difunda el VIH.

TA  A  I  D  TD

25.-Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se quiere prevenir del contagio del SIDA.

TA  A  I  D  TD

26.-La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del VIH.

TA  A  I  D  TD

GRACIAS POR TU COLABORACION.