



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***“PLÁTICAS PREVENTIVAS SOBRE EL VIH/SIDA,  
IMPARTIDAS A ADOLESCENTES QUE CURSAN  
SECUNDARIA Y BACHILLERATO”***

REPORTE LABORAL  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:  
VELIA RANGEL MÁRQUEZ

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. GUADALUPE  
BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO



FACULTAD  
DE PSICOLOGÍA

México, D.F.

Marzo 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

- A la **Universidad Nacional Autónoma de México**
- A la **Mtra. Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo**  
Directora del presente Reporte  
Gracias por su paciencia y comprensión, por sus muy valiosos conocimientos en la materia, pero sobre todo por su gran Calidad Humana.
- A la **Mtra. Alma Mireia López Arce Coria.**
- A la **Lic. Aida Araceli Mendoza Ibarrola.**
- A la **Lic. Damaris García Carranza**
- A la **Lic. Eugenia Gutiérrez Ordóñez**  
  
Revisoras  
  
Por sus invaluable aportaciones a este reporte, gracias
- Gracias a **todos los profesores** que me compartieron sus conocimientos en la Facultad, todos ellos contribuyeron a formar la profesionista que actualmente soy.

## AGRADECIMIENTOS

- A la **Sra. Manyi Izquierdo.**

Presidenta y Fundadora de la Fundación.

Por darme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente, pero sobre todo por ser un modelo de mujer *inteligente*, altruista y dinámica.

- Al **Dr. Rodolfo Vick Fragoso**

Director Médico - Jefe de Infectología Hospital Manuel Gea González

Por su paciencia para compartirme sus conocimientos médicos.

- A la **Sra. Diana Hervitz**

Por sus aportaciones intelectuales a los Fundamentos de esta institución.

- A **los pacientes de Fundación Eudes A.C.**

Por permitirme compartir sus invaluable experiencias, **ustedes** son nuestra razón de existir como Fundación

- Al **Sr. Juan Miguel Diez**

Oficial de Información Pública de las Naciones Unidas en México, Cuba y República Dominicana. ONUSIDA

Por su sencillez y por otorgarme la confianza para ser multiplicadora de ONUSIDA.

- A **la Biblioteca** del Fondo de Población de las Naciones Unidas **UNFPA**

Por las facilidades otorgadas para recabar la información necesaria para este reporte.

- Al **Sr. Gilberto Rincón Gallardo y Meltis**

Presidente del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. CONAPRED

Por sus aportaciones contra la Discriminación y lucha por la justicia.

## GRACIAS...

- A Ti **Creador** del Universo y el Amor, por permitirme cerrar este ciclo.
- + A ti **Padre** por tu ejemplo, por los principios que me diste; porque a pesar de tu ausencia fue tu presencia la que guió mis pasos.
- A mi **Madre**, gracias por vivir conmigo este proceso, porque sin ti, simplemente no hubiese alcanzado este logro.
- A ustedes hermanos **Luis, Irma, Sofía y Lidia** por las “vueltas” que les hice dar, por su constante apoyo moral, pero sobre todo por su amor incondicional.
- A mis sobrinos, a **Laura** por ayudarme con sus conocimientos en medicina, **Silvia, Evelin** y **Armando** por apoyarme con los programas de computación.

- A la Congregación de los **Sagrados Corazones SS.CC.**

P. Ángel Cervantes Martínez, P. Juan Manuel Jiménez, P. Heriberto Bravo  
Por sus aportaciones en el Área Espiritual.

Muy especialmente al **P. Camilo J. Cisneros Torres.**

Por su invaluable y permanente apoyo.

Gracias por todo.

## GRACIAS...

- **Al Dr. Jesús Morales Tapia**

Por ser mi modelo Terapéutico. Gracias por mostrarme esa pasión por la Psicología, toda mi admiración.

- **Al Dr. Luis Igartua**

Por darme ese ejemplo de tenacidad y esmero, todo mi respeto y admiración.

## INDICE GENERAL

- Agradecimientos
- INTRODUCCIÓN
- Capitulo I **CONTEXTO LABORAL**
  - ✓ Historia de Fundación Eudes. A.C.....1
  - ✓ Organigrama.....2
  - ✓ Ejes Fundamentales.....7
  - ✓ Fundamentos Teóricos.....16
- Capitulo II **VIH/SIDA**
  - ✓ Historia del SIDA.....22
  - ✓ Definición
    - Que es el SIDA
    - Que es el VIH.....24
  - ✓ Aspectos Clínicos.....26
  - Etapas de la enfermedad
    - ✓ Mecanismos de transmisión.....30
    - ✓ Métodos de detección.....32
    - ✓ El SIDA en el Mundo.....34
    - ✓ El SIDA en México.....37
- Capitulo III **PREVENCIÓN**
  - ✓ Historia.....40
  - ✓ Prevención actual.....42
  - ✓ Modelos de Prevención.....51
    - Centrados en las personas.
    - Interpersonales
    - Comunitarios
    - De cambio institucional
    - De difusión de innovaciones.

✓	Prevención en diferentes Tipos de Poblaciones.....	62
	- Hombres y Mujeres Heterosexuales.....	63
	- Transmisión materno infantil (TMI).....	70
	- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).....	71
	- Usuarios de drogas inyectables (USI).....	73
•	PREVENCION PARA LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD .....	74
✓	Factores que vulneran al adolescente .....	75
✓	Factores que favorecen al adolescente.....	82
•	Capítulo IV	
•	<b>PROCEDIMIENTO</b> .....	91
✓	Objetivo	
✓	Tiempo de duración	
✓	Atención a la solicitud	
✓	Impartición de la plática	
✓	Población	
✓	Material	
✓	Descripción de la plática.	
•	Reseña de Actividades.....	97
•	Análisis de Evaluación.....	101
•	Gráficas.....	103
•	Análisis de Gráficas	
•	Conclusiones.....	105
•	Reflexión.....	107
•	Sugerencias.....	108
•	Bibliografía.....	109
•	Anexo .....	117

Algunos grupos piensan que somos demasiado jóvenes para saber,  
deberían tener presente que somos demasiado jóvenes para morir.

Héctor. 20 años de edad. Honduras. Miembro del Programa del  
Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA

## INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha convertido en un grave problema de proporciones similares a las más grandes pandemias que se han producido a lo largo de la historia, Ayuso(1997) con el objeto de tener un mejor panorama de este problema a nivel mundial y sus consecuencias, tomemos en cuenta la siguiente información: A finales de 2002, el Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), estimaba que en el mundo existían alrededor de 40 millones de personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), de los cuales 19.2 millones (45.9%) son mujeres y 3.2 millones (7.7%) menores de 15 años. Durante el 2002, 14,000 personas se infectaron diariamente con el VIH, de los cuales 38.7% correspondieron a mujeres y el 19.4% a menores de 15 años. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH, se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el 2002, el SIDA causó 3 millones de muertes, más de la mitad ocurrieron en mujeres y niños.

En lo que se refiere a México según las estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA) existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH, de las cuales más de 100 mil corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), casi 40 mil a población heterosexual, más de 4,500 a reclusos, casi 3 mil a usuarios de drogas inyectables y poco más de 2,500 a trabajadores y trabajadoras del sexo comercial. Magis y Rivera (2002)

Un aspecto muy importante dentro de las estadísticas es el que se refiere a la juventud:

Una tercera parte de todas las personas que viven con VIH/SIDA en el mundo son jóvenes entre los 15 y 24 años, (en México los portadores que oscilan entre estas edades representan el 50%)

La infección por el virus en personas cada vez más jóvenes implica que el inicio de vida sexual a disminuido, factor que dificulta, aún más, la labor de prevención.

Como respuesta a este problema se ha manifestado un esfuerzo sin precedentes, que se ha visto reflejado en las reuniones realizadas a nivel mundial: en Vancouver, por ejemplo se da a conocer una esperanza con el descubrimiento de medicamentos con esquemas terapéuticos múltiples; en Ginebra, con el lema de “uniendo brechas” se da inicio a la concientización y se ubica a la epidemia como un problema de salud y no solamente médico; en Sudáfrica donde el lema fue “rompiendo el silencio” se enfatizan la participación y el compromiso social; y por último en Durban se da a conocer exitosas terapias para la disminución de la transmisión materno-fetal de dicho virus. Jáuregui (2000)

En México en 1997 el Programa para la prevención y control del VIH/SIDA se define como uno de los 12 programas sustantivos en la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades y se fusiona con la de prevención y control de Infecciones de transmisión Sexual (ITS). Se modifica la Norma Oficial Mexicana número 31 de la Secretaría de Salud SSA para incorporar los resultados de los avances científicos, los ordenamientos jurídicos, y la opinión de dependencias gubernamentales, académicas y sociales relacionadas con la protección de la salud, la sexualidad y los Derechos Humanos, con el fin de establecer acciones sobre la prevención, detección oportuna, tratamiento de casos, vigilancia epidemiológica, evaluación, capacitación y enseñanza a nivel Nacional sobre el tema. Se establecen grupos de trabajo en las siguientes áreas: médica, regional, de negociaciones, fortalecimiento de las actividades de prevención y de atención a quejas. Se establece vigilancia epidemiológica en los 32 estados (se registran los casos de sida por fecha de diagnostico) como lo informan Uribe y Magis (2000) Por otra parte, se crea el Plan Nacional de Desarrollo 2001 -2006 (PLANADE) que establece como marco general un programa prioritario que se deriva de la estrategia “Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades” que vincula a la salud con el desarrollo económico y social, fomenta la

calidad en la salud y fortalece a la Secretaría del Salubridad y Asistencia SSA. A partir del 2001 (CENSIDA) se encarga de plantear las estrategias y programas para regular las acciones en esta materia, según lo informa la Secretaría de Salud (2002)

Por su parte Uribe y Magis (2000) hacen notar la participación de la Sociedad ya que en los 17 años de existencia del SIDA en México se han creado 300 Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) dedicadas a dicho tema, en la ciudad de México se concentran 150 de estas organizaciones, las otros 150 en el resto del país.

Por ultimo uno de los mayores esfuerzos en prevención se ve reflejado en la realización del Primer Foro Nacional de Acciones en Prevención del VIH/SIDA e ITS “La Prevención en México hacia el 2015” realizado en Zacatecas en noviembre de 2006.

Este esfuerzo conjunto nos permite -a los trabajadores de la salud y a la sociedad- ser participes en la búsqueda de una mejor respuesta a esta pandemia que ha rebasado en gran medida los límites del ámbito biológico para situarse como un fenómeno que tiene que entenderse en un contexto histórico-social que incluye factores psicológicos, económicos, culturales y políticos que alteran de forma sustantiva el ya de por sí difícil manejo del problema y su casi incontenible expansión, pero a pesar de la dimensión que ha tomado este problema, para Jáuregui (2000) no todo ha sido negativo ya que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha puesto en primer plano la estrecha relación entre la conducta del individuo (estilo de vida) y el desarrollo de una enfermedad, en la mayor parte de los casos, queda manifestada la conducta del individuo como factor principal para la prevención y el control de la extensión de esta pandemia. Ayuso (1997)

Ante esta situación se llega a la conclusión de que la intervención más adecuada es la prevención, que entre otras actividades como la educación para la salud y la comunicación en familia resultan de gran ayuda, sobre todo en poblaciones vulnerables como los adolescentes.

Debido a lo antes mencionado y al alarmante aumento en el contagio del VIH en la población con edades entre los 15 y 24 años, diversas instituciones y escuelas detectan la necesidad de transmitir información veraz, clara y entendible a los adolescentes que cursan nivel secundaria o bachillerato, a causas de la importancia del tema es necesario que dicha información la comuniquen instancias especializadas. Un ejemplo de estas instituciones es el Departamento de la Organización de las Naciones Unidas encargada del problema del VIH/SIDA en México (ONUSIDA-México) que a su vez se apoya en las Organizaciones No Gubernamentales ONG y en las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Una de estas organizaciones es Fundación Eudes A.C. que atiende a pacientes que viven con el VIH/SIDA en los aspectos médico, nutricional, psicológico, social y espiritual con un enfoque especial en los valores humanos; que recibe esta petición en el año 2002 y entendiendo la importancia de la prevención y educación en un sector tan vulnerable como el de los jóvenes, diseña un ciclo de pláticas preventivas sobre el VIH/SIDA a adolescentes.

El contenido de las pláticas fue basado en el folleto informativo realizado por ONUSIDA-México Y UNESCO llamado “Guía de vital importancia en la era del SIDA” y tomando las sugerencias que en el mismo folleto se proporcionan se impartió a la población adolescente.

## CONTEXTO LABORAL

### HISTORIA

Fundación Eudes A.C.

Han transcurrido cinco años desde que un pequeño grupo de mexicanos nos dimos a la tarea de formar la Fundación Eudes A.C., asociación constituida el 22 de mayo de 1999 con la misión de apoyar a las personas infectadas por el VIH/SIDA, con el objeto de ayudarles a recuperar la dignidad como seres humanos, a la par de mejorar su condición médica y fortalecer su espiritualidad y la de sus familiares.

Desde el comienzo pudimos observar el estado de abandono y discriminación en el que se encuentran los enfermos. Esto nos impulso a trabajar cada vez mas por el bienestar de las personas con VIH/SIDA, creando diversos programas asistenciales, y llevando a cabo diversas actividades, tanto de ayuda como de promoción a la obra. Así fue como en 1999 pudimos instalar un pequeño centro de atención para pacientes en la calle de platanales, en la ciudad de México.

Dado el crecimiento de la Fundación el año 2000, nos reubicamos en la calle de África 120 en la colonia Tepeyac Insurgentes, formalizando lo que ahora es el centro VHIDA Eudes. Gracias a los excelentes resultados que hemos tenido, el numero de portadores atendidos se ha incrementado considerablemente, hasta tener un promedio de 150 pacientes.

En agosto de 2001 la Fundación Eudes A.C. fue nombrada punto focal de ONUSIDA – México. como portavoz de esta organización, realizo acciones conjuntas en todos los ámbitos, asumiendo intereses y valores universales en beneficio de las personas infectadas por el VIH/SIDA.

En diciembre del 2003 la fundación Eudes A.C. fue aprobada por el Comité de las ONG del Departamento de Información Pública de la Organización de las Naciones Unidas para su Asociación con dicho Departamento.

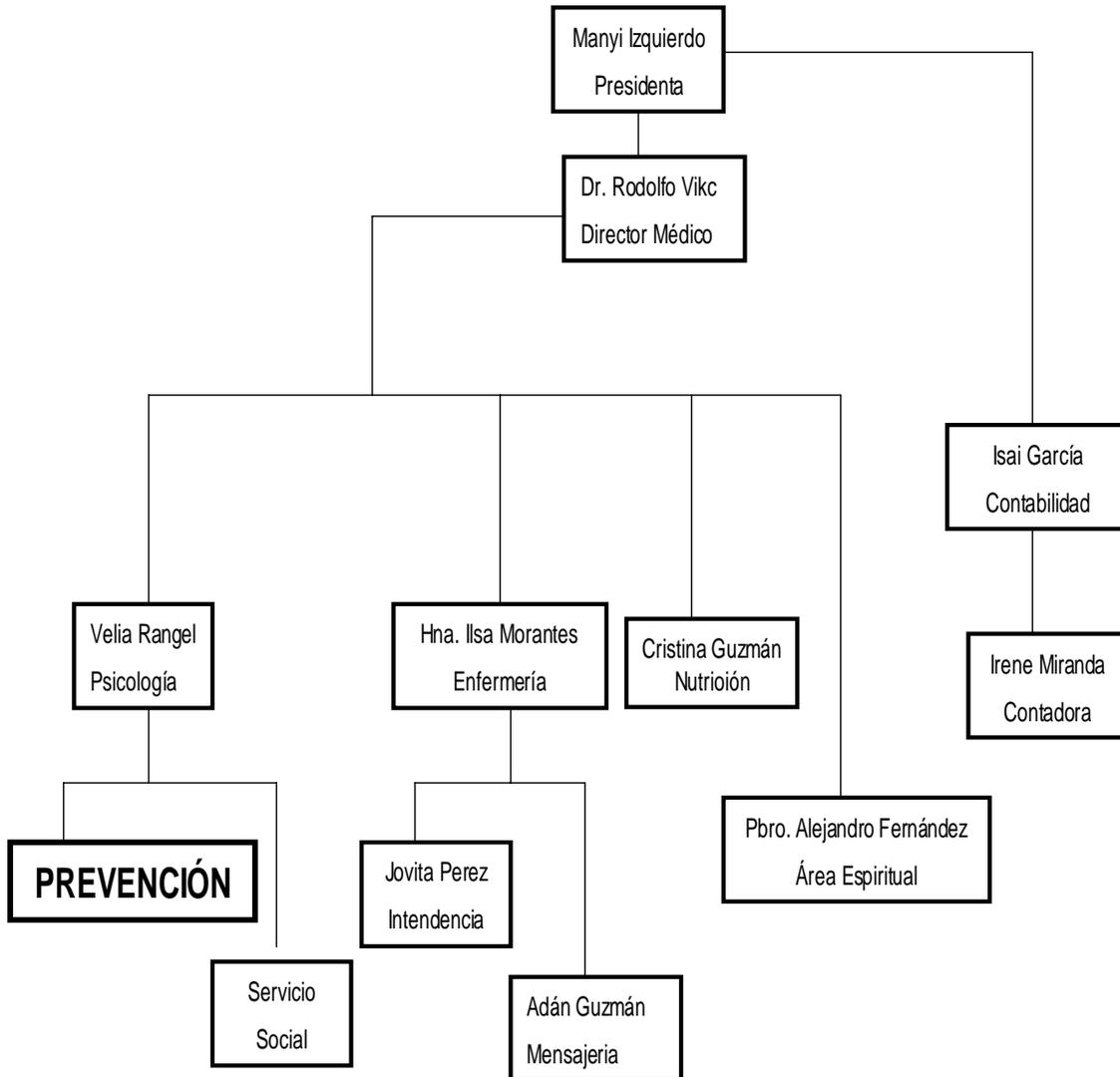
Actualmente concursa para representar a las ONG dedicadas al VIH/SIDA en América Latina, en el Comité de la Organización de las Naciones Unidas.

Manyi Izquierdo

Presidenta

# ORGANIGRAMA

## Fundación Eudes



## Descripción Organigrama

La Sra. Manyi Izquierdo presidenta y fundadora de la misma.

El Director del área médica es el Dr. Rodolfo Vick Fragoso que a su vez funge como Jefe del Departamento de Infectología del Hospital Manuel Gea González. Es el encargado de programas, consultas o de coordinar a los médicos que presten sus servicios en la Fundación, cabe mencionar que debido a su gran experiencia en su área tenerlo en el equipo de trabajo es un enorme apoyo.

En lo referente al área de Nutrición la encargada es la Nutrióloga Cristina Guzmán ella coordina el trabajo de las prestadoras de Servicio Social en dicha área, administran el Sistema de Complementos Nutricionales a los pacientes y se encargan de monitorear el estado en que se encuentran.

El área Psicológica –a mi cargo- tiene tres aspectos y las actividades que realizo son las siguientes:

- Brindar a los pacientes apoyo psicológico dentro de las Instalaciones, según las necesidades que se presenten: Grupal o Individualmente.
- Impartir Pláticas Preventivas a las Instituciones que así lo solicitan ya sea a través de ONUSIDA o directamente a la Fundación, la mayoría de la Instituciones solicitantes son colegios a nivel Bachillerato y Secundaria aunque también lo solicitan empresas para sus empleados (nivel administrativo y operativo) y eventos para público en general. El esquema informativo varía según la población a quien va dirigida.
- Preparar a los a los prestadores de Servicio Social, independientemente del área que hayan cursado, para impartir las pláticas preventivas (en el aspecto informativo y posteriormente en la metodología que utilizarán para impartirla) si ellos así lo desean pueden hacer su propia

presentación, siempre y cuando se basen en el programa ya establecido. Si el prestador del servicio pertenece al área clínica se le proporciona la bibliografía necesaria y se le comienza a introducir en la dinámica terapéutica.

El encargado del Área Administrativa y contable son los C.P. Isaí García e Irene Miranda y llevan a cabo la contabilidad y todos los procesos administrativos .

La encargada de la Fundación es la enfermera Religiosa perteneciente a la Orden de los Dominicos.

En lo referente al área Espiritual la atención que se presta es ecuménica (pueden asistir personas de cualquier religión) generalmente la atiende un sacerdote y pueden ser de diferentes congregaciones u ordenes según a quienes les sea posible prestar su ayuda.

## SISTEMA EUDES

### CENTRO VIHDA EUDES

*El Centro VIHDA Eudes es una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a las personas infectadas con el VIH/SIDA una asistencia integral, y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar.*

Dadas las características del cuadro clínico presentado por las personas infectadas por el VIH/SIDA, y sus consecuencias sobre el estado emocional afectivo, el Centro dedicado a la atención de estos pacientes se caracteriza por ser un lugar de máxima interacción social y emotiva personal, donde confluyen el personal directamente empleado, los terceros interesados, los asistidos y los familiares que los acompañan.

*Tiene como eje fundamental de su razón de ser, la atención integral de las personas infectadas con el VIH-SIDA, tanto en los aspectos médiconutricionales, como en las dimensiones de apoyo psicológico, espiritual y de desarrollo social que acompañan dicha asistencia.*

Las características que lo definen son:

- Ser empresa de servicios, cuyo principal recurso es el personal.
- *Se financia, generalmente, con recursos obtenidos por donaciones*, lo cual exige una rigurosa planificación y control presupuestarios.
- *Está regulado por normas acerca de los derechos y obligaciones, de los usuarios, del staff, de los suministradores*, e incluso del Patronato de la Fundación EUDES.
- Los médicos, enfermeras y terapeutas son los auténticos gestores de los servicios prestados, razón por la cual las decisiones más importantes para los usuarios y para el prestigio del Centro son las que ellos toman en el acto asistencial. Persuadir de que su ética y motivación sea favorable al enfermo y al Centro es una de las tareas fundamentales de la gestión.

El núcleo de la filosofía de la Fundación EUDES, A.C. reside en la identificación, definición y gestión de los procesos asistenciales resumidos en

lo que hemos denominado el “Modelo Integral para la Asistencia y Dignificación de las Personas con VIH-SIDA”. La implementación de dicho modelo se lleva a cabo en los Centros VIHDA Eudes. El factor principal del tratamiento que se ofrece a los pacientes que acuden a dichos centros gira en torno a los Complementos Alimenticios.

## EJES FUNDAMENTALES\*

Los cinco ejes en que se basa la Fundación son los siguientes:

- Atención médica.
- Asesoría nutricional
- Apoyo psicológico
- Asistencia espiritual
- Desarrollo social

### 1.- ATENCIÓN MÉDICA

#### Objetivos

- Realizar el seguimiento y control médico del paciente infectado por el VIH-SIDA que acude al Centro VIHDA Eudes, así como de las enfermedades oportunistas que pueda ir presentando.

#### Desarrollo

- Historia clínica y evaluación inicial.
- Análisis CD4 y carga viral, al inicio y semestralmente.
- Control de peso y signos vitales quincenalmente.
- Dotación de Complementos Alimenticios S.C.B. quincenalmente.
- Consultas médicas mensualmente (o conforme a las necesidades de cada paciente).

#### Metas

- Disminución de la carga viral.
- Reducción de las enfermedades oportunistas.
- Estabilización del estado general de salud física del paciente.
- Rehabilitación y reinserción a sus actividades laborales y cotidianas.

### 2.- ASESORÍA NUTRICIONAL.

---

\* Los ejes Fundamentales y los Fundamentos Teóricos han sido realizados por la Sra. Diana Hervitz.

## Objetivos

- Hacer una evaluación de la nutrición y ejercicios como parte de una estrategia preventiva y global para combatir el VIH.

## Desarrollo

- Seguir normas higiénicas para la preparación de alimentos.
- Diagnosticar rigurosamente y tratar apropiadamente las causas de pérdida de peso.
- Utilizar los Complementos Alimenticios S.C.B. para reponer las deficiencias.
- Conocer las ventajas y desventajas de las distintas opciones de intervención.

## Metas

- Control cuidadoso del peso.
- Evitar las deficiencias vitamínicas y hormonales mediante un adecuado programa alimentario y de ejercicios.
- Prevenir el adelgazamiento y la desnutrición.

## Síndrome de Desgaste y Pérdida de Peso

La mayoría de las personas con SIDA o infección por VIH avanzada experimentan, en mayor o menor grado, una pérdida de peso progresiva e involuntaria, acompañada a menudo por fiebre, debilidad física, deficiencias nutricionales y diarrea. El síndrome, conocido también por caquexia, puede disminuir la calidad de vida del paciente, hacerle más vulnerable a enfermedades, y aumentar el riesgo de muerte.

## Estrategias de intervención

La identificación de deficiencias nutricionales y la aplicación de estrategias de intervención son fundamentales en todas las etapas de la infección por VIH-SIDA. Para tratar la enfermedad, son necesarios dos factores primordiales: 1. El estado nutricional de las personas antes del proceso infeccioso. 2. La posibilidad que tenga el paciente de ingerir y tolerar una nutrición adecuada.

### Etapas precoces

Durante la etapa precoz de la infección por VIH los problemas nutricionales *son a menudo subclínicos* y pueden por lo tanto pasar inadvertidos. De ahí la importancia de realizar una valoración por Clínica de apoyo nutricional para la prevención de dichas alteraciones.

Las etapas precoces de la enfermedad están asociadas en general con pérdida de peso y deficiencias en oligoelementos.

### Etapas tardías

En las etapas tardías, el estado nutricional es atacado con más fuerza por la manifestación de síntomas como *el síndrome de mala absorción, diarrea, lesiones y dolor oral y esofágico, así como anorexia, náusea, vómito y la infección.*

### **Nutrición y complementos alimenticios S.C.B.**

Se otorga a los pacientes cuatro complementos alimenticios naturales que contienen oxígeno, vitaminas, minerales, levaduras etc. y que están específicamente diseñados para ir supliendo las deficiencias vitamínicas que el paciente va sufriendo con el avance de esta enfermedad.

*Las personas con la enfermedad por VIH deben comer una dieta equilibrada, alta en proteínas y calorías* porque el sistema inmunológico necesita de ambas para luchar contra la enfermedad. Una dieta balanceada debe incluir una selección de comidas de los cuatro grupos básicos, que son: proteínas, frutas y vegetales, pan y granos, y productos lácteos.

El Sistema Eudes se distingue de otros tratamientos de ayuda a enfermos de VIH-SIDA en que su esfuerzo se dirige, no en atacar el virus, *sino en fortalecer el sistema de defensa del organismo.* Hemos observado resultados muy positivos con los Complementos Alimenticios S.C.B. en los pacientes que han seguido su tratamiento de manera constante y pertinente, como es el aumento de peso, disminución del síndrome de desgaste, recuperación del apetito etc.

### 3.- APOYO PSICOLÓGICO.

#### Objetivos

- Proporcionar al paciente información adecuada y correcta de lo que implica ser portador del VIH.

Apoyarlo para que logre la aceptación de su estado serológico.

Lograr una adecuada concientización capaz de modificar su estilo de vida para su auto cuidado y responsabilización de la probable transmisión del virus.

- Ayudar al paciente a permanecer en un estado de ánimo óptimo para mantener en lo posible estable su sistema inmunológico.

#### Desarrollo

- Entrevista inicial.
- Sondeo del conocimiento que posee el paciente sobre el VIH–SIDA.
- Informarlo adecuadamente de los pasos a seguir después del diagnóstico.
- Historia clínica.
- Investigar redes de apoyo.

Canalización a terapia grupal o individual.

- Intervención según la problemática particular.

#### Metas:

Mantener al paciente en un estado emocional de relativo equilibrio, para que éste no afecte el sistema inmunológico.

#### La salud emocional

Para un buen cuidado de las personas infectadas con el VIH–SIDA, es necesario que éstas se sientan apoyadas, motivadas, tranquilas y con un ánimo estable.

Sin embargo, *el portador de VIH experimenta todo lo contrario: inquietud, ansiedad, mareos, respiración agitada, palpitaciones, además de los síntomas propios de las enfermedades oportunistas y concomitantes que padece. La fatiga, el desgano, la irritabilidad, la apatía y la tristeza son frecuentes manifestaciones de su estado emocional.* Las metas a alcanzar, como son el mantener una dieta adecuada dirigida al control y aumento de peso, el realizar las labores cotidianas, el asistir al trabajo y cumplir con sus obligaciones, para que no se sientan como una carga para sus familias.

El Tratamiento Psicológico ocupa un papel determinante en el tratamiento de los pacientes con VIH–SIDA.

El apoyo emocional que representa dicho tratamiento es de suma importancia para una persona seropositiva, ya que rompe el aislamiento y provee una forma de compartir emociones e información con otros.

Algunos de los aspectos en donde más ha contribuido el apoyo psicológico son:

- Asesoría y terapia para las personas con VIH–SIDA y sus familiares.
- Si un paciente se deprime emocionalmente, su sistema inmunológico reacciona proporcionalmente, esto quiere decir que las defensas de su organismo bajan notoriamente, de aquí la importancia de que mantengan un buen estado de ánimo.
- Apoyo en la toma de decisiones. Las personas con VIH–SIDA deben resolver cuestionamientos muy graves que afectan su entorno y su vida. De mayor trascendencia aún, deben ajustarse a la incertidumbre de su enfermedad y a la posibilidad muy real y cercana de su muerte.
  
- Prevención. La Psicología contribuye enormemente al desarrollo de técnicas y mecanismos que pueden ayudar a modificar los hábitos y la conducta sexual, ya sea de los portadores o de la sociedad en general, especialmente los jóvenes.

#### 4.- ASISTENCIA ESPIRITUAL.

##### Objetivos

- Fortalecer la esperanza en los pacientes y sus familiares.
- Lograr una mayor solidaridad entre los seres humanos, para tratar con mayor sensibilidad, sin estigmas ni prejuicios, a todas las personas afectadas por el VIH-SIDA.

##### Desarrollo

- Formación integral, de criterio ecuménico, para los pacientes y sus familiares.
- Círculos de estudio.
- Redes de apoyo y oración.

##### Metas

- Impulsar a las personas infectadas por el VIH-SIDA a seguir luchando y buscando caminos nuevos hacia su realización como seres humanos, basados en una espiritualidad que los lleve a un compromiso serio y profundo consigo mismos, con los demás, con su entorno y con el Ser Trascendente creador de todo lo que existe.

##### El sentido de la existencia

¿Cuánto vale una vida?

Si calculáramos el valor del cuerpo humano, tendríamos que decir que con el contenido del agua del cuerpo bastaría apenas para lavar un mantel de dimensiones más bien reducidas.

Con el hierro de los glóbulos rojos de su sangre se podrían fabricar siete clavos de herradura. Con el yeso que encierra se podría blanquear una pequeña pared. De su fósforo podría hacerse una caja de cerillos.

En total, en su conjunto, la vida de un ser humano, por su cuerpo, vale poco más de un dólar...

¿Es esto acaso lo que tanto nos empeñamos en defender? Evidentemente, no.

El cuerpo del ser humano es en sí algo muy complejo para comprender, pero si comparamos ese cuerpo con la infinita grandeza de Dios nos resulta imposible su comprensión, sin embargo si de alguna forma fuera viable una remota analogía, el cuerpo sería la pequeña parte visible, como una isla, y la grandeza

que Dios nos da, sería lo no visible, como la extensión de tierra que la sostiene bajo el agua, que no es posible ver y forma parte de la tierra misma.\*

La vida humana tiene también una vertiente espiritual que es infinitamente valiosa e imposible de cuantificar.

*El hombre tiene la capacidad de reconocer en el devenir de su vida, una conciencia de ser y de trascender, una necesidad de identificar su acción con los valores más elevados de su espíritu, de no conformarse con lo que es, sino de superarse continuamente.*

La dinámica de su apertura le hace cruzar los umbrales de lo finito para transferirlo a lo infinito.

Y esta trascendencia, llamémosle Dios, eternidad, infinito, absoluta bondad, energía cósmica, etc. es la exigencia más profunda del ser del hombre y, a la vez, constituye su máxima plenificación.

*“Además el ser humano necesita atención, que lo escuchen y compartir su plegaria con Dios (como dice un poema oriental: Dije al almendro: hermano, háblame de Dios. Y el almendro floreció) Es así como el enfermo, a través de la Gracia que Dios le otorga, obtiene la fuerza necesaria para soportar su enfermedad.” Cisneros T. C. ss cc (comunicación personal, Noviembre 2006)*

Por otra parte son innumerables los pasajes del evangelio en los que Jesús se mueve por amor al contemplar el dolor y la enfermedad; en los enfermos podemos ver al mismo Jesús que nos dice: lo que hiciste por uno de estos, por mí lo hiciste (Mateo 25, 40).\*\*

---

\* P. Cervantes M. A. ss cc

\*\* P. Bravo H. ss.cc.

## 5.- DESARROLLO SOCIAL

### Objetivos

- Contribuir en forma práctica a la rehabilitación de los enfermos y su reinserción como individuos productivos dentro de la sociedad.

### Desarrollo

- Acciones concretas propuestas dentro del Programa *Dignificación por el Trabajo*, tales como bolsa de trabajo, talleres, capacitación en distintas áreas, etc.
- No basta con generar canales de recursos materiales, sino que es urgente además impulsar una profunda formación humana basada en los valores universales, y en una sensibilización cada vez mayor hacia los problemas de nuestros semejantes.
- *Forjar alianzas impulsoras de valores y de calidez humana que contribuyan a encontrar soluciones de fondo al problema de seguridad social que representa ya el VIH-SIDA en nuestro país.*

### Metas

- Abatir el abandono y el rechazo que sufren las personas seropositivas, a través del reconocimiento de su dignidad como seres humanos.

### La Pérdida de Valores

En nuestra sociedad es común ver y escuchar a las personas haber perdido el interés de vivir para servir, de seguir luchando por su dignidad y la de otros, pues se ha dejado absorber por una cultura de muerte y desesperanza. Hoy se vive la pérdida de los valores en casi todos los niveles. *Se le observa al hombre como un objeto más, que sólo vale por lo que tiene o produce. Se habla el hombre como algo que es desechable, más aún, si éste está infectado por el VIH-SIDA.*

La reacción inmediata de la sociedad ante un enfermo de SIDA es rechazarlo, segregarlo hasta el punto de buscar desaparecerlo de la vida de la comunidad. En el mejor de los casos, al enfermo de SIDA se le ve como únicamente eso, un enfermo, pero se ha olvidado lo esencial: **antes que enfermo es ser humano y como tal**, tiene una serie de necesidades a satisfacer.

## El Trabajo

Una de las principales necesidades es recuperar la dignidad de ser humano. El trabajo es una de las bases fundamentales a través de las cuales el ser humano se dignifica, ya que es la manera justa y productiva en que cada individuo encuentra su lugar de pertenencia en la sociedad.

*El trabajo debe ser un medio para mejorar la calidad de vida –material y espiritual- y un medio para liberar, no esclavizar. Sin el trabajo, el hombre no puede llegar a su perfección.*

El Sistema Eudes incorpora, como uno de los 5 ejes centrales de acción del Modelo Integral para la Asistencia y Dignificación de las Personas con VIH–SIDA, el Programa *Dignificación por el Trabajo* en el cual se busca la rehabilitación y reinserción de los pacientes a la sociedad, no como una carga, sino como una fuerza productiva y contribuyente de la misma

## **FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### *FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS*

Sin duda alguna, el primer dato acerca de la sexualidad de un individuo es de carácter físico, particularmente anatómico: la sexualidad humana tiene una estructura biológica en la que la genitalidad se constituye como el primer signo distintivo de la persona.

Sin embargo, la sexualidad, como toda experiencia humana, va más allá del ámbito puramente físico, pues incide en cada una de las áreas o esferas de la vida: física, económica, afectiva, social, estética, intelectual, moral y espiritual. La sexualidad es muchas cosas: toca la vida, la muerte, el amor, la lealtad... en fin, toca las fibras más profundas del ser humano.

La sociedad occidental contemporánea se ha caracterizado por un empobrecimiento en materia de educación sexual con respecto al área de Valores. Existe una "miopía antropológica", por decirlo de alguna manera, que predomina en los programas educativos, enfocados principalmente a informar acerca de los hechos biológicos. Se enseña a los jóvenes cómo realizar la actividad física, sin enseñarles los lineamientos hacia una madurez emocional paralela.

Para que un niño o adolescente llegue a ser un adulto que ha alcanzado plena identidad sexual, no basta el paso de los años. El proceso involucra constantemente propósito y voluntad.

El primer paso para establecer la propia personalidad yace en el esfuerzo por convertirse en hombre o mujer, según sea el caso. El joven debe descubrir, en sí mismo, los rasgos que trascienden lo puramente fisiológico y después aplicarlos en su desarrollo personal, en sus relaciones con los demás, en su vida sexualmente activa.

Una educación sexual "libre de valores" prescinde de una filosofía del sexo capaz de ayudar a los adolescentes a comprender el por qué y el para qué del sexo dentro del marco completo de la existencia humana. Nosotros creemos más bien, en una información sexual para una educación en el amor.

Así, sexualidad y valores tienen una relación mutuamente complementaria: Por un lado, la comprensión de los valores que rigen la vida ayuda a canalizar y dirigir el pleno desarrollo de la actividad sexual de la persona, y a comprender ésta dentro de su totalidad; y por el otro, el impulso sexual que lleva al individuo a relacionarse con los demás tiene en el fondo la intención de ayudarlo a descubrir los valores más trascendentes de la vida humana.

La existencia humana no puede carecer nunca de sentido, y éste sólo se alcanza a través de la vivencia de los valores permanentes de la vida, purificándolos de lo accidental para poder expresar así siempre nuevas manifestaciones de la realidad.

## *FUNDAMENTOS PEDAGÓGICOS.*

Podríamos destacar como rasgos característicos del desarrollo durante las tres últimas décadas de la sociedad contemporánea que nos ha tocado vivir, los siguientes:

Cambios Sociales:

Crecimiento rápido de las zonas urbanas, frente, desintegración de las rurales.

Desarrollo económico, principalmente en base a la expansión industrial.

Sociedad migrante.

Revoluciones científico-tecnológicas.

Aumento de la información por el incremento y desarrollo de los medios de comunicación masiva.

Problemas que estos cambios han provocado:

Contraste entre las necesidades primarias no atendidas y la creación de necesidades superfluas de nuestra sociedad de consumo.

Soledad que padece el hombre en medio de la multitud.

Discriminaciones de todo tipo: culturales, económicas, raciales, etc.

Falta de respeto a la vida, individual y colectiva.

Deterioro del ambiente.

Desmoronamiento de los valores morales y espirituales. La persona no vive aislada, sino dentro de un contexto social, de un ambiente, con sus esquemas culturales y axiológicos.

La educación integral (en este caso referida al tema del sexo y la prevención de las enfermedades que se transmiten por la actividad sexual -como el SIDA-) basada en Valores, apunta hacia los siguientes objetivos:

1.- Formar en la interioridad del ser:

Ayudar en el progreso y en la conquista del ser frente al poseer. El ser no es algo fijo, estático, como la posesión. Sino permanente crecimiento y evolución.

2.- Formar en el respeto de la vida:

Amenazada hoy por el progreso técnico que es utilizado a veces con fines contrarios.

3.-Formar en la libertad y en la dignidad de la persona humana:

El camino hacia la personalidad está hecho de decisiones y elecciones personales. Somos tarea de nosotros mismos, y nadie puede sustituirnos en ella.

4.- Formar en los valores de relación, diálogo, comunicación, participación y servicio:

El hombre se hace también hacia "afuera", y no sólo hacia sí mismo, dando y recibiendo. El hombre se completa en su interacción con los demás.

## *FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS.*

Dentro de cualquier propuesta de técnicas o estrategias didácticas al servicio de la Educación en los Valores, se debe dar prioridad sobre todo a las dinámicas que favorezcan en la persona:

- la autonomía en sus decisiones
- la responsabilidad de sí mismo
- la construcción de su propio proyecto de vida
- la capacidad para resolver sus propios problemas

El proceso de valoración sigue los siguientes pasos:  
(Benjamín Bloom y D.Krathwoohl)

- Captar el valor:

El individuo se hace receptivo, acoge los valores, se abre a ellos. Esta captación se facilita cuando están expuestos a un ambiente en el que se viven los valores y tienen ocasión de elegir, de optar por sí mismos.

- Responder ante el valor:

Se manifiesta en actitudes favorables en relación con los valores captados. Los comportamientos se convierten en indicadores de la presencia de esos valores en la vida personal y comunitaria.

- Asumir el compromiso con los valores:

Los valores, convertidos ya en convicciones, llevan a conductas comprometidas. El individuo capta el valor como un bien que desea comunicar y compartir con los que le rodean.

- Jerarquizar los valores:

El sujeto elige o prefiere aquellos valores que dan sentido a su vida. Esta jerarquización se da dentro del mismo proceso de crecimiento personal.

- Caracterización de la vida:

El individuo adquiere identidad personal. Hay armonía entre su modo de ser y su mundo.

*Partimos del concepto de la educación como el esfuerzo máximo por personalizar, por humanizar al hombre, ayudándolo a diseñar y a realizar su particular proyecto de vida.*

El Curso de Prevención del VIH-SIDA del proyecto Valores para una Educación Sexual Integral, que presenta la Fundación Eudes, se concreta en la siguiente fórmula:

Suscitar valores y crear actitudes que lleven a la acción.

## VIH/SIDA

### HISTORIA.

A pesar de las numerosas investigaciones que se han realizado aún se desconoce cual es exactamente el origen geográfico del virus y desde cuando se convirtió en un agente patógeno para el hombre. Según Durham y Cohen (1994) los primeros datos referentes al VIH/SIDA son informes de la investigación realizada a partir de dos hechos aparentemente no relacionados, ocurridos en distintos lugares de Estados Unidos. El primero de ellos ocurrió en junio de 1981 en los Ángeles, fue la notificación de cinco casos de una enfermedad infecciosa poco común (Neumonía por *Pneumocystis carinii*) en hombres que tienen sexo con hombres HSH habiendo iniciado su padecimiento en 1980; el segundo de ellos se registró en Nueva York, fue el informe de ocho casos de Sarcoma de Kaposi en hombres jóvenes; lo que llamó la atención a los investigadores fue que ambos padecimientos se habían observado anteriormente en individuos con fallas en el sistema inmunológico, y el único factor común encontrado entre ellos era que se registraba en Hombres que tienen Sexo con Hombres HSH (Centros para el Control de Enfermedades (CCE) 1981, debido a este hallazgo las investigaciones se centraron en el factor "estilo de vida" HSH.

Posteriormente en 1982 se notificaron casos similares en drogadictos intravenosos, fue cuando se empezó a pensar que podían padecer la misma enfermedad, cabe mencionar que todos tenían afectado fuertemente el sistema inmunológico. A partir de ese momento el origen de la enfermedad solo han sido teorías y especulaciones. Sepulveda (1989)

Como lo indica Daniels (1988) El Virus de la Inmunodeficiencia Humana es mejor conocido por sus iniciales VIH y su identificación comienza con el hallazgo del profesor Luc Montagnier del Instituto Pasteur de Paris en mayo de 1983, logró aislar al virus de un hombre que tiene sexo con hombre con linfadenopatía, razón por la cual en un inicio lo llamó Virus Relacionado con la Linfadenopatía (VRL); debido a este trabajo, Montagnier está considerado como el padre del descubrimiento del VIH, causante del SIDA.

Actualmente Luc Montagnier, preside la Fundación Mundial para la Investigación y Prevención del SIDA. Sus investigaciones se centran en los mecanismos por los cuales el VIH induce el descenso de los linfocitos CD4, la regulación del virus en estado latente y el estudio de las encefalopatías originadas por este virus. Fundación Príncipe de Asturias (2006)

Paralelamente en 1989, Sepúlveda informa que en 1982 se acuñó el término de SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Dicha información la confirman Durham y Cohen (1994) quienes indican que según Coffin y col. (1986) después de varias investigaciones en E.U.A. y Francia un equipo de trabajo patrocinado por el Comité Internacional del VIH recomendó que al Virus del SIDA se le llamara Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) (Human Immunodeficiency a la par de este descubrimiento fueron realizándose investigaciones para encontrar pruebas para identificar los anticuerpos al HIV.

DEFINICIÓN.

### **Que es el SIDA**

La palabra SIDA son las siglas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, una enfermedad hasta ahora incurable, progresiva y mortal; es provocada por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que destruye las defensas del cuerpo humano Arjonilla y Acevedo (1990)

Se manifiesta por un conjunto de síntomas o alteraciones del organismo que van debilitando las defensas del mismo e impide resistir a las enfermedades, ocasionando la muerte. ONUSIDA (2003)

Cuando el virus ha logrado destruir en forma considerable al sistema inmunológico, decimos que hay una *inmunodeficiencia* y que esta es *adquirida* porque no es congénita; es decir, no es hereditaria, aunque en algunos casos se nazca con ella porque se *adquirió* de una madre infectada. Al existir una inmunodeficiencia significativa aparecen ciertos signos o síntomas, que en conjunto se llaman *síndrome*

## Que es el VIH

Los virus son organismos de tamaño microscópico (solo visibles a través de microscopio electrónico) que viven y se reproducen en células de organismos más complejos, se encuentra principalmente en la sangre y en los líquidos genitales

( preeyaculatorio, semen, secreción vaginal y sangre menstrual) Arjonilla y Acevedo (1990).

Como su nombre lo indica afecta únicamente al ser humano.

Por naturaleza los virus son difíciles de eliminar debido a que existen miles de tipos de virus muy diferentes entre ellos y además pueden mutar o transformarse constantemente.

El VIH es un retrovirus, o sea un virus capaz de introducirse en una célula (célula huésped) y utilizar el mecanismo de replicación de esta, para reproducirse él mismo y elaborar diversas sustancias que transforman a la célula huésped en maligna, Daniels (1988) el periodo de incubación de estos virus es generalmente largo, una vez que la persona es portadora del VIH puede pasar mucho tiempo (años) antes de que desarrolle signos y síntomas, este periodo es conocido como “asintomático” y los portadores pueden transmitir el virus a otras personas aún sin saberlo Arjonilla y Acevedo (1990)

Como lo informa ONUSIDA (2003) Una vez que el VIH entra en el cuerpo humano se aloja y se reproduce en las células del sistema inmune. Una parte importante de este sistema es el grupo de células llamadas linfocitos. Los linfocitos son glóbulos blancos capaces de reconocer diferentes tipos de agentes nocivos para el organismo y de producir químicos que pueden luchar contra estos agentes patógenos, dicho de otra forma son las células que van a defender al organismo.

Hay dos tipos de linfocitos: las células T y las células B. Ambos tipos son producidas por la médula ósea.

Las células T especiales llamadas también **CD4**, tienen como unas de sus funciones reconocer diferentes patógenos.

Las células B tienen como principal función producir anticuerpos consistentes en proteínas que atacan a los patógenos y sus toxinas. Esta capacidad del organismo para resistir y combatir un patógeno antes de contraer una enfermedad se llama *inmunidad*.

Específicamente el tipo de célula que es atacado por el VIH es precisamente la célula T, que estimula al sistema inmune a luchar contra elementos patógenos que entran el organismo. El VIH ataca precisamente a las células CD4, introduciendo en ellas su código genético, así las obliga a reproducir el virus en lugar de células CD4, al tiempo que las aniquila. A la reproducción del virus se la denomina *Carga Viral*.

Al reproducirse, el VIH destruye los linfocitos y deja al organismo sin capacidad de defenderse de las enfermedades en una forma muy lenta, pero implacable e irreversible, por ello el paciente queda expuesto a desarrollar infecciones graves, incluso por microorganismos considerados no peligrosos para la población no infectada y que son llamadas *enfermedades oportunistas*, así como a desarrollar cierto tipo de tumores malignos.

## ASPECTOS CLÍNICOS

DIFERENCIAS ENTRE EL PACIENTE SEROPOSITIVO Y EL QUE TIENE SIDA.

Uribe y Ponce de León (2000) nos dejan claro la diferencia entre ellos:

### **Paciente seropositivo**

Es aquella persona a quién se le ha detectado, por diversos métodos o pruebas de laboratorio, el VIH en su organismo, y aún no ha desarrollado manifestaciones clínicas.

### **Paciente con SIDA**

Las personas a quien se les ha demostrado por diversos métodos la presencia del VIH en su organismo y además presenta las manifestaciones clínicas e inmunológicas específicas del SIDA (véase Fases de la Enfermedad)

## DETERMINACIÓN DE CARGA VIRAL.

Después que la infección del VIH es detectada en el organismo es importante que se lleven a cabo una serie de pruebas de monitoreo; la prueba de Carga Viral (CV) es un marcador que se considera el mejor parámetro disponible para evaluar tanto la necesidad del inicio del tratamiento antirretroviral como la respuesta o la falla del mismo, la posibilidad de progresión y el riesgo de transmisión del VIH de la madre al feto. La CV determinada en plasma, es la medida de la cantidad circulante de VIH por unidad de volumen (mililitro) y se encuentra en relación directa con la producción viral.

## RESERVORIOS CELULARES

Desde principios de 1988 se conoce la existencia de colonias de virus (VIH) que se encuentran en estado latente en las células CD4, estas colonias son llamadas *Reservorios Celulares*. Estos reservorios son causa de preocupación, pues representan un mecanismo potencial para que el virus permanezca latente en un sujeto infectado, aún cuando su CV este indetectable. Las células infectadas latentemente persisten por décadas, lo que hace poco factible la erradicación completa.

## ETAPAS DE LA ENFERMEDAD.

La Comisión Nacional de lucha contra el SIDA CONASIDA (1998) realizó la clasificación de Las fases de esta enfermedad.

### PRIMERA FASE

#### -Infección aguda (I)

La mayoría de las personas no presenta esta fase, se manifiesta con fiebre, malestar general, dolores musculares y crecimiento de ganglios, se puede confundir con cualquier otra infección viral como la gripe y unas semanas después desaparecen todas las molestias.

### SEGUNDA FASE

#### -Infección Asintomática (II)

A la persona que se encuentra en esta fase se le conoce como portador asintomático o seropositivo, en esta fase el virus se encuentra latente y no causa mucho daño al sistema inmunológico. El tiempo que dura esta etapa es muy variable, por lo que el portador puede aparentar estar sano durante años. La única forma de saber si está contagiado es por medio de una prueba de laboratorio que detecte los anticuerpos contra el VIH. La mayoría de los pacientes pasan por esta etapa de la enfermedad.

### TERCERA FASE

#### -linfadenopatía persistente generalizada (III)

En esta etapa se inflaman los ganglios en el cuello, axila e ingles, no todos los pacientes pasan por ella.

### CUARTA FASE

#### -SIDA (IV)

Es la última etapa de la infección, surgen infecciones y tumores que son el resultado de que el sistema inmunológico se encuentra ya muy dañado, desencadena en la muerte.

**TABLA 1**

ESTADIO CLINICO	A CD4 >500	B CD4 200- 500	C CD4 <200
ESTADIO I Asintomático			

Linfadenopatía persistente ACTIVIDAD FÍSICA: Asintomático Normal	IA	IB	IC
ESTADIO II ENF. TEMPRANA LEVE -Pérdida de peso 40% -Manifestaciones cutáneas leves ( dermatitis, dermatomicosis, aftas orales etc) - Hepas zoster - Infecciones Recurrentes del Tracto respiratorio superior ACTIVIDAD FÍSICA: Sintomático actividad normal	IIA	IIB	IIC
ESTADIO III ENF. INTERMEDIA MODERADA - Pérdida de peso - Diarrea crónica de causa desconocida > 1 mes - Fiebre prolongada , constante o intermitente de causa desconocida > de un mes - Tuberculosis pulmonar (en el último año) - Infecciones bacterianas graves (ej. neumonía) ACTIVIDAD FÍSICA: en cama < 50% del día durante el último mes	IIIA	IIIB	IIIC
ESTADIO IV ENF. TARDIA GRAVE (SIDA) Síndrome de desgaste Neumonía por neumocistis carinii Toxoplasmosis cerebral Enfermedades por citomegalovirus en hígado, bazo o ganglios linfáticos Herpes simple mucocutáneo >1 un mes o visceral de cualquier duración Leucoencefalopatía multifocal progresiva Micosis diseminada (histoplasmosis) Candidiasis esofágica	IVA	IVB	IVC

CD4	A	B	C
>500/ml	A1	B1	C1
200-499/ml	A2	B2	C2
<200 /ml	A3	B3	C3

Los casos clasificados como A3, B3, C1, C2 y C3 se consideran SIDA.

### Descripción Tabla1

Ya anteriormente se ha se descrito brevemente las fases por las cuales se presentan generalmente en esta enfermedad, con el objetivo de aclarar la terminología que se utiliza en la consulta se explican las tres últimas columnas de la tabla

Primero se utilizan tres categorías A, B y C que hacen referencia a la cantidad de células de defensa (CD4) con que cuenta el sistema inmunológico

- La primera etapa denominada A se refiere a la etapa en la cual se encuentran mas de 500 células CD4 por mililitro en la sangre del paciente,
- La etapa B nos indica que se han encontrado entre 499 y 200 células por mililitro y por último
- La etapa mas avanzada o en la que se encuentra mas deteriorado el sistema inmunológico es la C y en ella solo se encuentran menos de 200 células por mililitro;

estas etapas se combinan con el estadio o fase de síntomas que presente el paciente

- estadio I asintomático,
- estadio II Enfermedad Temprana leve,
- estadio III enfermedad moderada o
- estadio IV Tardía Grave o SIDA

Por ejemplo un paciente puede no presentar ningún síntoma (estadio 1 asintomático) pero tener un sistema inmunológico tan deteriorado que cuente con tan solo 50 células de defensa CD4 (o sea etapa C, menos de 200 CD4) por lo cual se define que el paciente se encuentra en ***Etapas IC ó C1***

O por el contrario se puede encontrar el caso de un paciente que aunque ya presente algunos síntomas (estadio III enfermedad intermedia) su sistema inmunológico no se encuentre muy deteriorado y tenga mas de 500 CD4 (etapa A) y el paciente se encontraría en ***Etapas IIIA ó 3ª***

## MECANISMOS DE TRANSMISIÓN.

El Consejo Estatal para la prevención del SIDA COESIDA JALISCO (1998) y la Secretaria de Salud Informan los mecanismos de transmisión del VIH, según los principales estudios epidemiológicos realizados en diferentes partes del mundo:

Se ha demostrado que el VIH solo puede ser transmitido si existen algunas condiciones básicas para que una persona se infecte:

- el virus tiene que entrar al torrente sanguíneo para que se produzca la infección.
- tiene que existir un fluido de transporte que contenga al VIH.
- Tiene que existir un punto de entrada al organismo.

Los fluidos que son transmisores del VIH son: sangre, secreciones sexuales y leche materna.

Como punto de entrada al organismo se refiere a un lugar del mismo en donde el virus pueda ser depositado junto con el fluido que lo contiene y absorbido por este.. Son puntos de entrada al organismo : las mucosas expuestas como la de los ojos, la nariz, la boca, el ano, el pene y la vagina, así como heridas abiertas.

## VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.

### **1.- Sanguínea**

La principal manera de transmisión sanguínea del VIH es la Transfusión de sangre, productos sanguíneos y órganos de transplante que se encuentren infectados por el VIH.

La otra forma de transmisión es el uso compartido de agujas no esterilizadas y utilizadas en el consumo de drogas intravenosas, en tatuajes, acupuntura, perforaciones corporales, reutilización de instrumental médico, quirúrgico, ginecológico, odontológico y el empleado en estéticas como las navajas de rasurar , las tijeras y los instrumentos de manicura y pedicura, los rastrillos, los cepillos de dientes o cualquier objeto punzocortante sin esterilizar.

## **2.- Sexual**

La vía más común de transmisión del VIH es la sexual. Las prácticas de riesgo son las relaciones en las que existe intercambio de líquidos infectantes como el semen, líquido preeyaculatorio, moco anal, secreciones vaginales que contenga el virus ; en alguna vía de entrada al organismo como: vagina, pene, ano o boca.

El riesgo existe tanto en relaciones hombre-mujer, hombre-hombre y mujer-mujer tanto para la persona que penetra como para la que es penetrada, si existe intercambio de fluidos. También existe riesgo por compartir juguetes sexuales, si existen las condiciones antes descritas.

Durante la relación sexual desprotegida, el riesgo se incrementa si se producen lesiones o irritaciones, ya que existe un punto de entrada que permite el contacto de los fluidos infectantes al torrente sanguíneo de la persona a quien se produce la lesión o irritación.

Durante el periodo de la menstruación se incrementa el riesgo de transmisión para ambos por la presencia de sangre y porque se facilita el contacto del semen o líquido preeyaculatorio con el endocervix y endometrio.

El riesgo en la penetración anal es mucho mayor ya que se pueden producir lesiones en la mucosa anal y en la uretra del pene, (heridas por muy mínimas que parezcan).

El sexo oral desprotegido también implican un riesgo ya que la parte interna de la boca esta cubierta por mucosa y al entrar en contacto con algún fluido de riesgo puede ocurrir la infección.

En caso de contacto de manos con genitales el riesgo se presenta cuando existen heridas abiertas en manos o dedos.

Una sola relación aunque sea la primera con una persona infectada y asintomática puede ser suficiente para contraer la infección.

## **3.- Perinatal**

Si la madre vive con el VIH existe probabilidad de que ocurra la transmisión del virus a su bebé, dependiendo si la madre recibió o no terapia antirretroviral durante el embarazo.

Se puede transmitir:

- al feto durante el embarazo
- a su hijo(a) en el momento del parto
- en la etapa de lactancia.

#### COMO NO SE TRANSMITE.

Las secreciones y excreciones corporales que no transmiten el VIH son: saliva, lagrimas, la orina, el excremento o el sudor, excepto si alguna de ellas contiene algún fluido infectante; por lo tanto el VIH no se transmite por:

- Saludar, abrazar, besar, estornudar, saludo de mano.
- Sudor, lagrimas, saliva, orina.
- Picaduras de insectos
- Utensilios domésticos, ropa, inodoros, albercas etc.
- Usar las mismas regaderas o gimnasio.

#### METODOS DE DETECCIÓN

El diagnóstico de la infección de VIH se basa en las pruebas que detectan anticuerpos contra el virus. Estas pruebas se clasifican en ; pruebas iniciales, de detección o tamizaje y pruebas suplementarias o confirmatorias; en las primeras se encuentra la denominada ELISA (Enzymelinked Inmnsorbent Assay) y la EIE (Ensayo Inmunoenzimático ligado a enzimas) y entre las suplementarias o confirmatorias la más usada es la de la Inmunolectrotransferencia o Western blot (Wb) Uribe y Ponce de León(2000)

Las pruebas de tamizaje para la detección deben de ser realizadas en un laboratorio especializado, siempre y cuando hayan transcurrido por lo menos tres meses después del posible contacto con el VIH por algunas de la vías mencionadas y deben de interpretarse de acuerdo a la historia clínica del paciente. La prueba de ELISA es fácil y rápida; detecta la presencia de anticuerpos VIH no la presencia del virus. Si la prueba muestra anticuerpos se lleva a cabo la prueba confirmatoria (WB) Sin embargo la Organización Mundial de la Salud ha propuesto algunos esquemas, por ejemplo combinar dos o tres pruebas diferentes de tamizaje, en equivalencia a la (Wb) con un menor costo y confiabilidad (CONASIDA 1997).

SE CONSIDERA QUE UN RESULTADO ES POSITIVO AL VIH, CUANDO:

1.- Ambas pruebas, la de tamizaje y la confirmatoria, detectan la presencia de los anticuerpos que se generan ante el VIH, por lo que se considera que la persona es seropositiva o VIH positiva, cuando ambas son positivas, aún en el caso de que no presenten sintomatología alguna y que nieguen factores de riesgo.

2.- Dos resultados positivos de pruebas de tamizaje en un paciente con cuadro clínico sugestivo de infección por VIH, en esta situación no es indispensable confirmar con Western blot

**SE CONSIDERA NEGATIVO UN RESULTADO, CUANDO:**

Solo una de las pruebas de tamizaje resultó positiva o

El resultado de la prueba confirmatoria resultó negativa.

**EL RESULTADO ES INDETERMINADO, CUANDO:**

Se presentan dos resultados positivos en pruebas de tamizaje, pero con un Wb indeterminado. En este caso se considera posiblemente infectado y así se le informará, recomendándose repetir las pruebas tres meses después.

Si a los tres meses después:

- El resultado del WB es positivo, se considerará infectada por el VIH.
- El resultado de WB es negativo o vuelve a dar indeterminado, debe considerarse no infectada por el VIH.

## EL SIDA EN EL MUNDO.

Para tener un mejor panorama de la situación mundial que ha provocado el VIH/SIDA en el planeta tomemos en cuenta el último informe que proporciona el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA): a finales del año 2002 se estima que en el mundo existían 42 millones de personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), de los cuales 19.2 millones (45.9%) son mujeres y 3.2 millones (7.7%) menores de 15 años. Durante el 2002, 14,000 personas se infectaron diariamente con el VIH, de los cuales 38.7% correspondieron a mujeres y el 19.4% a menores de 15 años. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH, se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el 2002, el SIDA causó 3 millones de muertes, más de la mitad ocurrieron en mujeres y niños.

Del número total de personas con VIH, 95% vive en países en desarrollo. La región más afectada es la África subsahariana que concentra más del 70% de las infecciones de todo el mundo, y en donde el SIDA es responsable de una de cada cinco muertes, constituyendo la principal causa de mortalidad. En el continente africano, el SIDA provoca el doble de muertes que las infecciones respiratorias agudas o el paludismo, y tres veces más defunciones que las enfermedades diarreicas. Como consecuencia de ello, en esa región viven 11 millones de niños huérfanos como consecuencia del VIH/SIDA.

De acuerdo con el último reporte sobre la salud mundial (The World Health Report 2002), elaborado por la Organización Mundial de la Salud, el SIDA es responsable del 5.2% de las muertes que ocurren en todo el mundo, constituyendo la cuarta causa de defunción. El gran impacto de la mortalidad por SIDA ha provocado el descenso en la expectativa de vida en numerosas naciones africanas. Por ejemplo, países como Botswana y Zimbabwe han perdido alrededor de 30 años en su expectativa de vida. Otros países como Sudáfrica, Kenia, Zambia, Costa de Marfil, Ruanda y Mozambique, también presentan reducciones importantes. En nuestro continente, se estima que Haití ha perdido alrededor de 8 años en su expectativa de vida.

En lo que se refiere a las regiones de América Latina y el Caribe se tiene una epidemia más reciente, el número de infecciones por VIH casi alcanzó la cifra

de 2 millones de infecciones (1.5 millones en América Latina y 420 mil producidas en el Caribe). Sin embargo, lo más preocupante es que el Caribe se ha convertido en la segunda región más afectada por la epidemia del SIDA, después de la África subsahariana.

Se estima que en América Latina y el Caribe se infectan más de 500 personas por día, lo cual implica que muchos de esos hombres, mujeres y niños morirán en la siguiente década.

México ocupa el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil, y el se ubica en el vigésimo tercer lugar en América y el Caribe, y el sitio setenta y siete a nivel mundial. Los países subsecuentes pertenecen al área del Caribe: Haití, Bahamas, Guyana y República Dominicana. Detrás de éstos, en orden de magnitud, aparecen cuatro países de América Central (Belice, Honduras, Guatemala y Panamá).

Por otra parte, si se considera el peso específico que tienen los diferentes grupos de población en los casos acumulados de SIDA acumulados, en forma esquemática puede hablarse de tres formas de epidemia en la región:

a) Epidemias predominantemente heterosexuales. Centroamérica y el Caribe tienen epidemias de tipo heterosexual (79% y 80% de los casos acumulados, respectivamente). Tal vez la única excepción sea Costa Rica, en donde la epidemia es mayoritariamente homo-bisexual.

b) Epidemias predominantemente homo-bisexuales. México y Norteamérica tienen epidemias concentrada en los hombres que tienen sexo con hombres (54% y 50% de los casos acumulados, respectivamente), aunque en México existe un peso creciente de la transmisión heterosexual (39%), en tanto que para Estados Unidos y Canadá los usuarios de drogas inyectables (UDI), constituyen el segundo grupo en importancia (34%).

c) Epidemias mixtas, con peso importante de los usuarios de drogas inyectables (UDI). Se trata de países que tienen un mayor equilibrio en el tipo de transmisión sexual. Por ejemplo, en Brasil los homo-bisexuales concentran el 36% de los casos acumulados, comparados con el 34% de la población heterosexual, pero en donde los UDI alcanzaron ya el 24%. En los países del Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay), la mayor proporción de casos acumulados corresponde a los UDI (35%), seguido del 33% en homo-bisexuales y 24% en heterosexuales.

NOTA:

Sin embargo, esta forma de clasificar las epidemias presenta una limitación importante, ya que al considerar como criterio central los casos de SIDA en lugar de las personas infectadas por el VIH, en realidad se está haciendo referencia a un desarrollo de la epidemia ocurrida años atrás, y cuyo patrón no necesariamente corresponde a las formas actuales de diseminación de la infección.

## EL SIDA EN MÉXICO.

El Primer caso de SIDA en México fue registrado en 1983, en esta etapa inicial el crecimiento fue lento, posteriormente la epidemia registró un crecimiento en la segunda mitad de los años ochenta y al inicio de la década de los noventa este crecimiento se amortiguó.

Con respecto a la clasificación ONUSIDA propone la siguiente tipología: la epidemia puede ser de tres tipos: incipiente, concentrada y generalizada; México tiene una epidemia *concentrada*, lo cual significa que aunque la infección se ha difundido rápidamente en algunos subgrupos de la población, aún no se generaliza a toda la población y se caracteriza por que la proporción de personas que son portadoras del virus es superior al 5% en por lo menos un subgrupo de la población.

La epidemia de SIDA en México se concentra en los grupos que mantienen prácticas de riesgo: en primer lugar hombres que tienen sexo con hombres (HSH), seguido de los trabajadores del sexo comercial y los usuarios de drogas inyectables.

En población adulta de 15 a 49 años de edad, tres de cada mil personas adultas podrían ser portadoras del VIH en nuestro país. Esta cifra se ha mantenido estable en los últimos doce años, al igual que en las mujeres embarazadas. En donadores voluntarios disminuyó del año 1990 a 2000, en tanto que las cifras en Trabajadoras Sexuales mostraron también una ligera disminución.

De acuerdo a estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), en México existen 150 mil personas adultas infectadas por el VIH, de las cuales más de 100 mil corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), casi 40 mil a población heterosexual, más de 4,500 a reclusos, casi 3 mil a usuarios de drogas inyectables y poco más de 2,500 a trabajadores y trabajadoras del sexo comercial.

Desde el inicio de la epidemia, hasta el 30 de noviembre de 2002, en México se han registrado 57,640 casos acumulados de SIDA. Sin embargo, debido al subregistro y retraso en la notificación, se estima que pueden existir alrededor de 64 mil casos acumulados .

Durante el Primer Foro Nacional de Acciones en Prevención del VIH/SIDA e ITS “La Prevención en México hacia el 2015” realizado en Zacatecas en noviembre de 2006. el representante de las ONG en el Distrito Federal, Martín Luna Sámano, informo que en el presente año (2006) se ha alcanzado el máximo nivel de inversión económica en nuestro país, pues únicamente para la prevención se ha asignado un presupuesto de doscientos millones de pesos en México.

#### TRANSMISIÓN SEXUAL

La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de casi 90% de los casos acumulados de SIDA. La epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de HSH, con poco más de 50% del total de casos acumulados; pero con una tendencia ascendente, en los últimos años, en los casos de tipo heterosexual.

En ausencia de vacunas efectivas contra la mayoría de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el SIDA, la forma más efectiva de evitar el riesgo de infección en personas sexualmente activas es el uso correcto y constante del condón, cuya efectividad oscila del 90 al 95% de los casos.

#### TRANSMISIÓN SANGUÍNEA

Desde 1986, existen en México disposiciones legales que prohíben la comercialización de la sangre y obligan a que toda la sangre sea previamente analizada. Como resultado, los casos de SIDA debidos a transfusiones disminuyeron drásticamente a partir de 1988, de forma tal que desde 1999 hasta mediados del 2002 no se había diagnosticado ningún caso de este tipo. CENSIDA ha estimado que gracias al programa de sangre segura se han evitado 3,700 casos de SIDA.

Por su parte, frente al crecimiento del número de usuarios de drogas inyectables en nuestro país, indefectiblemente la epidemia del SIDA se verá fuertemente impactada por este fenómeno, ya además de sus prácticas de riesgos inherentes a esta población, funcionan como poblaciones puente para difundir la epidemia a otros grupos.

#### TRANSMISIÓN PERINATAL

En México, la transmisión perinatal constituye la principal causa de infección por el VIH/SIDA en menores de 15 años, con 70.3% de los casos de SIDA acumulados, y el 100% de los casos diagnosticados en los últimos dos años. México cuenta con una política nacional de tratamiento gratuito para prevenir este tipo de transmisión, cuyo resultado muestra que durante el año 2002 únicamente se han diagnosticado 3 casos por transmisión perinatal.

#### Mortalidad por SIDA

El SIDA ha causado más de 40 mil muertes en nuestro país. En el año 2000, por ejemplo, ocupó el lugar 17 como causa de muerte en nuestro país, con una tasa de 4.21 por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, la población más afectada por la epidemia ha sido la población de 25 a 34 años de edad, en donde el SIDA representó la cuarta causa de muerte en hombres y la séptima causa entre las mujeres.

## PREVENCIÓN

### HISTORIA

La salud es un derecho social básico y universal y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad del hombre.

Desde la antigüedad se ha tratado de buscar las causas de las enfermedades humanas y formas de curarlas. La enfermedad tiene significados individuales y sociales que varían de acuerdo a esencia misma de cada cultura. Y se reflejan en sus creencias más hondas, sus primarias bases religiosas filosóficas y sociales.

Para los griegos, la salud era la armonía, lo justo, lo equilibrado, lo limpio y lo puro. Hipócrates diría que es una “disimetría de los humores.”

Galeno introduce siete siglos después el concepto de “sufrimiento pasivo o padecimiento” de donde deriva la palabra paciente.

Aristóteles insiste en la clasificación y ordenamiento de las causas

En la cultura occidental la religión ha tenido una gran influencia en lo que a este tema se refiere, ya desde los griegos se considera a la enfermedad como castigo de los dioses (Edipo de Sófocles) aquí el parricidio e incesto se castiga con las plagas de la tierra y la esterilidad de las mujeres. Aún hasta nuestros días al enfermar mucha gente se pregunta ¿Qué hice para merecer esto?

Siglos más tarde Selye, Cannon, y Claude Bernard introducen conceptos como medio interno, homeostasis, y stress en los que la enfermedad aparece como una *lucha activa* del organismo viviente frente a estímulos que alteran su equilibrio, amenazan su autonomía y libertad.

La sociología médica ó sociología de la salud introduce conceptos diferentes y se dedica a estudiar las denominadas “enfermedades diferenciales”, o sea investiga las causas sociales de los padecimientos humanos.

Bolstansky dice que, *generalmente*, para las personas pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos, el cuerpo no constituye un motivo de preocupación constante, o al menos cuando no presenta alguna molestia, generalmente es utilizado como una herramienta y lo que les interesa es que funcione para trabajar. Por lo que generalmente la enfermedad aparece en forma drástica y en etapas avanzadas, porque no se han observado signos o señales previas. Por otra parte las personas de nivel socioeconómico alto poseen una actitud

previsora, porque prestan mucha atención a su cuerpo, por lo general desarrollan actitudes de cuidado (gimnasia, masajes, vacaciones, buena alimentación, descanso etc.)

Sin embargo independientemente de la clase social a la que se pertenezca, todos los seres humanos debieran tener acceso a servicios dignos de salud, en el caso de algunas enfermedades como es el VIH/SIDA, no respeta clases sociales o nivel socioeconómico, de aquí la importancia de la implementación de programas de prevención tanto para la población en general como la dirigida a poblaciones vulnerables (los jóvenes por ejemplo) que es el caso que nos ocupa.

La medicina preventiva incluye formas de comportamiento que contienen una filosofía y se basan en la racionalidad y requiere que los individuos adopten una conducta lógica ante la enfermedad. Pero en la realidad los sectores con más carencias económicas generalmente otorgan una mayor importancia a la lucha por la supervivencia y mantienen una permanente angustia económica, lo cual les impide tener actitudes de prevención con respecto a su salud.

La pertenencia a una red social es una protección sanitaria, es decir un sujeto que se siente en pertenencia a su propia red social, constituida por diversos grupos (amigos, vecinos, socios, compañeros, correligionarios etc.) es menos vulnerable a enfermar, en comparación con las personas que tienen una menor interacción social, pues poseen menos soporte social y con mayor facilidad cualquier stress les puede hacer perder su homeostasis.

Sin duda alguna, la comunidad define y contiene sus formas de enfermar y curar, sus sistemas de curarse y buscar salud. La salud es algo demasiado serio para que quede solo en manos de los profesionales y técnicos de la salud.

En materia de salud, la prevención debe ser el instrumento de lucha por excelencia y no por el lucro con respecto a la enfermedad.

Prevención en la actualidad.

A finales de los años 70s la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1978 realiza una reunión internacional en la que se considera como sería el estado de salud mundial en el año 2000 y la predicción fue que se presentarían importantes mejoras y como consecuencia habría una población básicamente sana en el mundo; era lógico que se creyera esto debido a que, con anterioridad, se habían logrado grandes avances en la medicina, tanto para combatir enfermedades, como para erradicarlas, como es el caso de la viruela, se redujo la mortalidad infantil y neonatal gracias a la campañas de vacunación, los antibióticos salvaron millones de vidas, la esperanza de vida se elevó etc.

Pero en al actualidad, el año 2006, la realidad es muy diferente, ya que a pesar de los avances logrados en la ciencia y la tecnología medica no se han logrado las metas que se tenían planeadas; si buscamos los posibles motivos tendríamos que tomar en cuenta los conflictos armados, la creciente resistencia a los antibióticos, la malaria, tuberculosis y desnutrición en países pobres, así como la cardiopatías, diabetes y cáncer en países desarrollados y en especial el VIH/SIDA que en conjunto han sido los causantes de la reversión de esos pronósticos

Con una realidad tan diferente en los años 70 difícilmente las autoridades médicas hubieran podido imaginar el papel tan esencial que el comportamiento humano tendría en imposibilitar la generalización de la buena salud para el año 2000, y que, debido a la conducta, -la muerte y la enfermedad por causas prevenibles- seguirían siendo altas. Para Levine. (2004) resulta claro que si bien los virus, las bacterias y otros organismos patógenos, así como los factores congénitos y genéticos obviamente juegan un papel importante en muchos de los problemas de salud más apremiantes en todo el mundo, no podemos resolver dichos problemas tan sólo con soluciones técnicas, como las vacunas, una nueva generación de antibióticos, o con terapia génica, sino que resulta indispensable influir sobre la conducta del ser humano.

A este respecto se han realizado muchos esfuerzos a nivel mundial y uno de ellos es la Declaración de Compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA donde se le da un énfasis especial a la prevención

- Sobre este tema debemos recordar las palabras del Sr. Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas:

“Todos debemos reconocer el SIDA como un problema nuestro. Debemos asumirlo como nuestra prioridad. No podemos abordar el SIDA con juicios morales o negándonos a afrontar hechos poco agradables, y menos aún estigmatizando a los que están infectados y proclamando que todo es culpa suya. Solamente podemos hacerlo hablando clara y llanamente de las formas como las personas se infectan y de lo que pueden hacer para evitar la infección.”

También se trataron temas como los siguientes:

- La prevención de la infección debe constituir la base de la respuesta a la epidemia. La prevención, la atención, el apoyo y el tratamiento constituyen elementos que se refuerzan entre sí y deben integrarse en una respuesta general.

- La cultura, la familia, la ética y la religión son factores importantes en la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo que se le da a esta enfermedad, independientemente del país que se trate, así como para el respeto de los derechos humanos.

- También existen ciertos factores de índole económica, social, cultural, política, financiera y jurídica que dificultan la toma de conciencia, la educación y por lo tanto la prevención.

El Sr. Abdoulaye Wade Presidente de la república del Senegal considera que: “Actuar contra el sida es en primer lugar hablar y romper definitivamente la conspiración de silencio, luego es destruir los tabúes y vencer los prejuicios que rodean a la enfermedad y los enfermos, y por último es informar, sensibilizar y educar al paciente en los planos terapéutico, psicológico y social evitando así su marginación”.

El estigma, el silencio, la discriminación y la negación de la realidad, así como la falta de confidencialidad, debilitan la prevención, atención y tratamiento del VIH e incrementan los efectos de la epidemia en las personas, las familias, las comunidades y las naciones

La plena realización de los derechos humanos para todos es un elemento indispensable de la respuesta mundial al VIH/SIDA, particularmente en las esferas de la prevención, la atención, y el tratamiento. Reduce la vulnerabilidad

y evita el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Complejidad del tema.

Como la epidemia está en constante cambio las iniciativas de prevención deben adaptarse al desarrollo de la epidemia, en el frente de la investigación, y a las evaluaciones que confirmen el éxito o el fracaso de las mismas. La epidemia como la sociedad en si, se transforma constantemente, puesto que se adapta a los factores y a las circunstancias que la rodean.

Debemos de tomar en cuenta que si ya por si solo es complicado el tema de la prevención, se vuelve aún mas difícil al tratarse de prevención en el área sexual y que esto no es un problema nuevo ya que históricamente, para la humanidad, la sexualidad y su educación ha implicado un verdadero problema pues siempre ha estado rodeada de prejuicios, tabúes morales, angustias etc. Sin embargo y a pesar de esto el ser humano le ha otorgado muchísima importancia, y ha sido causa de motivación y conflicto. Por ejemplo los griegos expresaban su sexualidad abierta y desinhibidamente a través de la religión y el arte; por el contrario los judeo-cristianos la enfocan de forma oculta, manteniéndola por lo tanto en silencio. Así a lo largo de la historia se fue rodeando de mitos y prejuicios y “lejos de ser una fuente de comunicación, placer y felicidad...se fue convirtiendo en una esfera valida solo para la reproducción humana.” Clemades 2003

Posteriormente con los cambios que se presenta en Estados Unidos y Europa occidental se empiezan a presentar modificaciones en el estilo de vida en el área sexual y es posible comenzar a realizar estudios sociales con respecto al tema, así como cambios jurídicos como el divorcio y el aborto; surgen diferentes corrientes educativas y psicológicas (cognitivas, humanistas, constructivistas etc.) y con estas últimas se comienza a dar un verdadero cambio en la pedagogía de la sexualidad, integrándose como un área del conocimiento y desarrollo humano.

Aún con estos avances resulta indispensable conocer la realidad de las necesidades y las demandas de la mayoría de la gente, es por eso que al tratar un tema de tal magnitud como lo es el VIH/SIDA la prevención adquiere aún más importancia ya que hay que tomar en cuenta que la epidemia constituye una emergencia mundial y es uno de los desafíos más graves para la vida y la

dignidad del ser humano, así como para el disfrute de los derechos humanos y para el desarrollo económico. Afecta a todos los niveles de la sociedad, desde las naciones hasta los individuos.

#### ELEMENTOS ESENCIALES DE LA PREVENCIÓN.

Para que la prevención sea efectiva necesita tener en cuenta factores básicos independientemente a que población esté dirigida, algunos de ellos pueden ser:

- El conocimiento no basta. Los cambios de comportamiento requieren una información apropiada y bien dirigida a escala local, capacitación en técnicas de negociación y adopción de decisiones, apoyo social y jurídico para unos comportamientos mas seguros, acceso a los medios de prevención y motivación para establecer cambios de comportamiento.
- La distribución del riesgo y la vulnerabilidad varía mucho de una sociedad a otra, no hay enfoque único de prevención que resulte eficaz en todas partes.
- Son importantes los esfuerzos dirigidos a la población en general, en particular a los jóvenes. Los programas eficaces tienen en cuenta la necesidad de sensibilización conocimiento y prevención del VIH así como los conocimientos prácticos de atención al resto de la población, especialmente los jóvenes, entre los cuales se producen casi la mitad de todas las infecciones por el VIH.

Por otra parte las personas que viven con el VIH/SIDA son un elemento esencial para una prevención eficaz. Cada vez más personas que viven con el VIH/SIDA son consideradas líderes en la prevención y la atención.

Por otra parte el Sr. Katsutoshi Kaneda (Alto Comisionado de los Refugiados de las Naciones Unidas) ACNUR durante la Conferencia Internacional de Naciones Unidas en México (Agosto 2006) declara que:

“Para que cualquier estrategia de prevención de resultados positivos, debe de:

- Reconocer los desafíos reales
- Encararlos en forma integral
- Intervenir a tiempo (prevenir)”

La conducta humana es un factor crucial para la salud, y puede observarse fácilmente el impacto de las decisiones de las personas (como tener relaciones

sexuales sin protección, el tabaquismo o la falta de inmunización infantil), pero también hay que reconocer otros comportamientos importantes que afectan la salud, como son las decisiones de las autoridades normativas (que pueden abordar o ignorar, e incluso aumentar la pobreza de la gente), las asignaciones presupuestarias para actividades preventivas o curativas, la conducta del personal de salud (discriminación), la creación de programas de salud efectivos o mal diseñados, etc.

### CONDUCTAS DE ALTO RIESGO

La relación entre el comportamiento y la salud es más obvia si examinamos los 10 principales factores prevenibles de riesgo de muerte y enfermedad a nivel mundial que han sido identificados por la (OMS). Dichos factores son: el bajo peso materno e infantil, las relaciones sexuales en condiciones de riesgo, la presión arterial alta, el tabaquismo, el alcoholismo, la falta de agua potable, deficiencias de saneamiento e higiene, los altos niveles de colesterol, humo producido en estancias al interior de los hogares al quemar combustibles sólidos, deficiencias de hierro, y el alto índice de masa corporal, o sobrepeso. La OMS en su Informe sobre la salud en el mundo 2002 estima que el 40% de las muertes que ocurren a nivel mundial se deben a estos 10 factores de riesgo. La esperanza de vida en condiciones saludables a nivel mundial podría elevarse entre 5 y 10 años, si las personas, las comunidades, los sistemas de salud y los gobiernos tomaran decisiones para reducir dichos riesgos.

Es interesante que dos de los 10 factores principales de riesgo a nivel mundial se refieren a los dos extremos de la nutrición: la falta y el exceso de peso. La obesidad es un riesgo para las personas en los países industrializados, y las que están en mejor situación económica en los países pobres y de mediano ingreso. El papel del comportamiento es obvio en este caso, sin embargo, abordar este problema de salud requiere cambios de conductas a muchos niveles, tanto personal, social y político.

Además de la desnutrición existen otros riesgos importantes que requieren cambios de comportamiento. El alcohol es el tercer factor de riesgo en los países industrializados y un creciente problema en los países pobres. El tabaco es un importante factor de riesgo a nivel mundial. La OMS estima que, si continúan las tendencias actuales, el tabaquismo será la causa de 9 millones

de muertes en el año 2020, comparado con 5 millones actualmente. Las relaciones sexuales en condiciones de riesgo (sin protección contra las infecciones y los embarazos no deseados) son uno de los 10 factores de riesgo más importantes tanto en los países ricos como en los pobres. Las relaciones sexuales sin protección son un problema de comportamiento, tanto entre los pobres como los ricos, y algo que es apremiante cambiar para la salud pública mundial.

Las relaciones sexuales sin protección son el segundo factor de riesgo en los países pobres, y pueden llevar al VIH/SIDA, así como otras infecciones de transmisión sexual, el cáncer cervical, los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo.

Al promover comportamientos saludables en esta actualidad en la que existen tantos riesgos en la salud resulta difícil decidir sobre qué actitudes enfocar la atención, sin embargo adoptando una estrategia enfocada y efectiva es posible detectar las necesidades más apremiantes. Por ejemplo en la iniciativa mundial llamada "Proyecto de Prioridades de Control de Enfermedades" (Disease Control Priorities Project) que está ayudando a los encargados de las políticas de salud en los países en desarrollo a concentrar los recursos donde más se necesitan uno de los objetivos principales es la atención en todos los niveles al problema del VIH/SIDA. Lande. (2002)

Partiendo de de estos indicadores podemos darnos cuenta de la necesidad de influir en forma significativa sobre el comportamiento de las personas para lograr estos objetivos.

Un aspecto muy importante para lograr esto es que sin duda alguna debemos de entender a la gente para lograr influir sobre ella. No hay duda de que el comportamiento humano es complejo y en ocasiones incomprensible. Si la conducta humana fuera fácil de entender no existirían grandes obras literarias, ni suspenso en los resultados de acontecimientos políticos, o un mercado bursátil, y sería fácil tratar de cambiar los comportamientos que afectan la salud; pero las personas somos seres únicos, con comportamientos particulares y multidimensionales. Los individuos en el seno de un grupo varían entre sí, y los grupos difieren considerablemente entre ellos. Algunas conductas son inexplicables, pero no es del todo imposible entender el com-

portamiento humano. La investigación revela ciertos "móviles" que llevan a la acción. Murphy (2004)

## TEORÍAS

Algunas de las teorías sobre el cambio de comportamiento que los conductistas emplean para explicar la actuación de la persona e influir sobre la misma, tanto a nivel personal como en grupos sociales (específicamente propuesta en Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion 2003) La teoría es importante porque va más allá de explicar las acciones u omisiones de ciertas personas específicas, y proporciona una base unificada para entender, prever en lo posible, e influir sobre el comportamiento humano en general, y a pesar de que todos los seres humanos somos únicos y diferentes, sería irreal analizar el comportamiento de la gente sin considerar el contexto social en que vive, o viceversa, analizar la conducta de un grupo sin entender las diferencias entre las personas que lo componen, y al diseñar intervenciones suelen encontrarse teorías aisladas, o una combinación de las mismas, más satisfactoria y aplicable a lo que se busca.

En alguna época se pensó que la forma de cambiar los comportamientos asociados a la salud era simplemente enviando mensajes (como "Amamante a su bebé", o "Utilice condones") a las personas que se pensaba que los necesitaban (la comunicación de una sola vía). Hoy en día los programas de salud bien establecidos ya no dependen solamente de mensajes utilizando folletos, carteles o difusión por los medios de comunicación, sino que se basan en amplia investigación sobre los públicos a quienes van dirigidos, y en el desarrollo de habilidades, la educación del público por múltiples medios, y la propugnación de la causa, usando para ello líderes de opinión. También se basan en el desarrollo de políticas, la movilización comunitaria, y los cambios institucionales, económicos y ecológicos. Este enfoque reconoce que las personas, no sólo viven en un contexto físico sino en un "ambiente social" dinámico.

Murphy, 2004 describe claramente las teorías que Kenneth, 1988 propone y que se encuadran en una perspectiva ecológica que gira en torno a dos ideas clave para contribuir a guiar las intervenciones de salud. En primer lugar, los comportamientos asociados a la salud afectan y reciben el efecto de múltiples

niveles de influencia: factores individuales, factores interpersonales, factores institucionales, factores comunitarios y factores de política pública.

A continuación se describirán los factores antes mencionados según las definiciones establecidas por ONUSIDA:

FACTORES	DEFINICION
INDIVIDUALES.....	Características individuales que influyen en el comportamiento, como el conocimiento, las actitudes, creencias y características personales.
INTERPERSONALES.....	Procesos interpersonales y grupos primarios, incluyendo la familia, los amigos y los grupos de pares, que proporcionan identidad social, apoyo y definición de roles.
INSTITUCIONALES.....	Reglas, reglamentos, políticas y estructuras informales que pueden restringir o fomentar los comportamientos recomendados.
COMUNITARIOS.....	Redes sociales y normas o estándares que existen formal, o informalmente, entre las personas, los grupos y las organizaciones.
DE POLITICA PÚBLICA.....	Políticas locales, estatales y federales, y leyes que reglamentan o apoyan acciones saludables y prácticas para la prevención de las enfermedades y su detección temprana, control y tratamiento.

Fuente: Adaptado del Instituto Nacional del Cáncer, Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion (2003).

Por ejemplo, un joven puede considerar tener relaciones sexuales con mayor protección o abstenerse, debido a que ha recibido educación sobre el SIDA y desea protegerse contra el VIH, pero puede que su incentivo sea bajo, porque sus amigos no consideran que existe peligro y se ríen de quienes practican la abstinencia o usan condones, y porque las normas de la comunidad alientan a los hombres a tener múltiples parejas sexuales, las clínicas rehusaron atenderle cuando solicito condones, los aranceles que se cobran a los condones de importación hace que los precios en la farmacia sean demasiado

altos para él, y la política escolar prohíbe la distribución de condones a los estudiantes.

La segunda idea clave reconoce que existe una influencia recíproca entre las personas y el ambiente en el que se mueven: La conducta influye en el ambiente social donde tiene lugar y viceversa. En el ejemplo anterior, el joven se une a un grupo de educación de pares que protege a la juventud, y trata de atraer a más miembros. Más adelante, el grupo organiza una demostración masiva que recibe amplia cobertura de los medios de comunicación. Los padres, los maestros y un creciente número de autoridades normativas empiezan a preocuparse por la situación de vulnerabilidad de los jóvenes, y con el tiempo (y tras algún que otro tropiezo) las escuelas y otros sitios ofrecen educación sexual y condones gratuitos o a bajo precio.

## MODELOS

Las prácticas preventivas que ONUSIDA imparte están basadas en teorías y modelos, que según la experiencia de las personas que trabajan en acciones relacionadas a este problema, son las más adecuadas para lograr el objetivo esencial: la prevención, y los cuales sirven como base para lograr un cambio de comportamiento en poblaciones específicas; dichos modelos convergen en el modelo de Difusión de Innovaciones el cual engloba todos los aspectos contenidos en ellos. Rogers, (1995)

### MODELOS:

- Centrados en la persona.....
  - Etapas de cambio.
  - Creencias de salud.
  
- Interpersonales asociados a la salud. ....Teoría del Aprendizaje Social.
  
- Modelos a nivel comunitario.....Movilización Comunitaria
  
- Institucionales.
  - Modelos de cambio institucional.....
    - Teoría de etapas
    - Teoría de desarrollo
  
- Institucional.

## **CENTRADOS EN LA PERSONA.**

Las teorías que se centran en la persona reconocen que el comportamiento no tiene lugar en el vacío, sino que está influido por el contexto en el que se desarrolla. Los modelos conductistas indican que la capacidad y la disposición de la persona para adoptar comportamientos más sanos depende de sus características personales: nivel de conocimiento, habilidades, percepciones, creencias, valores, móviles, grado de auto eficacia y auto estima, así como de su necesidad de recibir aprobación de los demás. También son importantes las características personales (como la audacia o la timidez) y los factores genéticos (como la predisposición a la depresión o al alcoholismo).

De hecho la persona es la unidad básica de la promoción en salud. Todos los demás niveles (grupos, instituciones, comunidades y naciones) están formados por una serie de personas, que pueden verse influidas en las decisiones de su vida cotidiana. Pero al influir sobre ciertas personas (quienes rigen naciones, organizaciones, dirigen a sus compañeros, crían a niños, o establecen políticas sanitarias) también se termina por influir sobre otros.

En la práctica un gran porcentaje de los profesionales de la salud pasa mucho tiempo relacionándose en forma directa con la gente, ya sea asesorando o dando instrucciones a los clientes. Los materiales educativos, como los folletos y carteles que vemos en las clínicas de salud, van dirigidos al individuo; a diferencia de los medios de comunicación masiva, que entran en contacto con un gran número de personas en forma simultanea. Es decir, el modelo que generalmente se aplica en muchos sitios, aunque se concentra en el cambio individual, es por sí solo insuficiente para lograr un cambio de comportamiento amplio y sustentable. Los modelos a nivel individual, como las Etapas de cambio y los Modelos de creencias de salud tienen que formar parte, o al menos ser consistentes, con otras teorías y enfoques de mayor alcance.

## ETAPAS DE CAMBIO

El Modelo de etapas de cambio Prochaska. (1992). surgió de los esfuerzos de lucha contra el tabaquismo y el tratamiento de la adicción al alcohol y las drogas en los Estados Unidos, pero se ha aplicado a otra serie de comportamientos en salud. La premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso, no un acto aislado, y que las personas tienen diferentes niveles de motivación y voluntad de cambio. Según los diferentes puntos del proceso de cambio en que se encuentre la persona, así se pueden aplicar diversas intervenciones que coincidan con su situación en ese momento.

Existen cinco etapas claras de cambio que forman parte de este modelo:

- la precontemplación,
- la contemplación,
- la decisión/resolución,
- la acción y
- el mantenimiento del comportamiento.

Si bien dichas etapas aparecen en serie, no necesariamente tienen lugar en este orden. Es importante observar que se trata de un modelo circular, no lineal. La gente no tiene que pasar por cada etapa al mismo tiempo, y pueden iniciar o concluir el proceso en cualquier momento, por otro lado, es normal que existan retrocesos a las etapas anteriores.

El modelo ayuda a los profesionales de la salud a establecer un programa, por ejemplo, contra el tabaquismo, que entre en contacto con los fumadores en las diversas etapas del proceso de cambio. Las personas que se encuentran en una primera etapa (en que desconocen el riesgo o piensan que no les afecta) necesitan información y formas de entender el peligro. Otros puede que necesiten contemplar su intención de dejar de fumar. Los que ya hayan tomado la decisión de abandonar el cigarro, se beneficiarán de un plan específico, paso por paso, para romper hábitos, como no fumar después de la comida y frecuentar bares donde haya mucho humo de tabaco; y los que ya hayan cambiado necesitarán apoyo social y críticas constructivas. Para mantener su abstinencia al tabaco, las personas necesitan el refuerzo periódico por parte de

sus amigos y los profesionales que los estén ayudando, así como evitar en todo momento los factores que los conducen a reincidir. La persona que reincide básicamente esta regresando a una etapa anterior y necesita la ayuda correspondiente. Dicho programa puede aplicarse en casos tales como las conductas de riesgo en la sexualidad.

### EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

En 1950 un grupo de psicólogos que trabajaban para el Servicio de salud pública de los Estados Unidos diseñaron un marco conceptual sobre comportamientos de salud que actualmente es uno de los modelos en salud que ha recibido mayor reconocimiento Rosenstock, (1988). Los psicólogos estaban interesados en aumentar el uso de servicios preventivos y detección temprana, como los de vacunación y los rayos-X de tórax para detectar tuberculosis Su teoría se basaba en el concepto de que las personas tienen miedo de contraer enfermedades serías, y que los comportamientos asociados a la salud reflejan el nivel de peligro que se percibe y la reducción del miedo que la persona espera lograr al tomar una acción concreta. Este cálculo incluye la percepción de si el beneficio del cambio de comportamiento supera los obstáculos psicológicos y prácticos al mismo. Es decir, las personas llevan a cabo una evaluación individual del beneficio neto del cambio de comportamiento y deciden si van a actuar en consecuencia o no.

El modelo de creencias de comportamiento identifica cuatro aspectos de esta evaluación:

- la exposición que se cree tener al problema de salud (percepción del riesgo),
- la gravedad del problema de salud,
- los beneficios del cambio de comportamiento,
- y los obstáculos que impiden realizar una acción.

El concepto de autoeficacia se añadió más tarde. La combinación ideal de estas percepciones hace que la persona esté dispuesta a actuar. Los mensajes para promover la salud (mediante los medios de comunicación masiva, la educación de pares y otras intervenciones) señalan la necesidad de actuar, y ayudan a convertir la buena disposición de la persona en acciones concretas. Estos recordatorios suelen ser necesarios para superar conductas poco saludables que se han convertido en hábito, como no llevar cinturón de

seguridad, comer gran cantidad de alimentos con alto contenido de grasa, fumar o el uso correcto del condón. El modelo de creencias de salud también puede ayudar a identificar formas de impulsar el cambio. Por ejemplo es importante crear conciencia de que se debe aprender a usar adecuadamente un condón antes de tener una relación sexual, no leyendo las instrucciones en el momento previo a ella.

### **MODELOS INTERPERSONALES ASOCIADOS A LA SALUD.**

Los contextos interpersonales son importantes. El comportamiento, las ideas, los consejos de los demás y su ayuda o falta de esta, su aliento o sabotaje juegan un papel importante en los comportamientos asociados a la salud. El círculo de influencia de la persona incluye los seres más cercanos, como familiares, amigos y pares, y puede incluir también compañeros de trabajo, profesionales médicos, y personas con las que uno se identifique, o a las que se admire. La dinámica es recíproca: las personas se ven influidas e influyen en los demás. Uno de los modelos que mejor expresa este concepto es la teoría del aprendizaje social.

### TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Según Bandura, (1986). para lograr entender y cambiar comportamientos poco saludables, la teoría del aprendizaje social es completa y adecuada pues analiza las influencias psicosociales que surgen de la interacción de algunos factores, así como del ambiente social y la experiencia. Si bien es cierto que el ambiente físico y social perfila la conducta, las personas no son entes pasivos en este proceso, sino que a su vez pueden influir sobre su propio ambiente, en una dinámica de reciprocidad. Por ejemplo, las personas pueden correr riesgo por estar expuestas a altos niveles de paludismo en el sitio donde viven, pero también pueden reducir su propio riesgo si utilizan mosquiteros tratados con insecticida, o pueden contribuir a la reducción del riesgo a un nivel más amplio si movilizan a la comunidad para formar un grupo de presión (o se adhieren a uno ya existente) para lograr que el gobierno drene los lugares de reproducción de los mosquitos. Otra premisa es que la gente aprende no sólo de sus propias experiencias, sino también observando las acciones de los demás y el resultado de las mismas. Por ejemplo, los niños que no observan que sus padres maltratan a sus madres, tienen considerablemente menor probabilidad

de actuar de forma violenta contra su pareja cuando lleguen a la edad adulta  
Heise. (1999)

La teoría resalta la capacidad conductual: la persona tiene que saber qué hacer y cómo hacerlo, por lo que se necesitan instrucciones claras, e incluso en ocasiones incluir capacitación, pero puede que esto no sea suficiente. La teoría del aprendizaje social considera que la auto eficacia (la confianza que la persona tiene en su capacidad para alcanzar el cambio deseado) es de suma importancia para adoptar comportamientos saludables, y recomienda tres enfoques para reforzar esta posibilidad:

- Establecer metas pequeñas, e ir incrementándolas.

Cuando alguien logra una meta pequeña, su autoeficacia se eleva, dar primero un paso, y luego otro, hace que el objetivo parezca alcanzable.

- Contrato para el cambio. Al establecer un acuerdo formal que especifique los objetivos y el premio ("el incentivo") la persona y el grupo reciben sugerencias, orientación y reconocimientos en sus logros.

- Auto vigilancia. La retroalimentación que se logra mediante algún tipo de auto vigilancia, como llevar un diario del cambio, puede reforzar la resolución de cambiar la conducta y elevar la confianza en la propia capacidad para alcanzar lo propuesto.

Finalmente, al aplicar refuerzos positivos intermitentes durante un largo período de tiempo se contribuye a mantener el comportamiento deseado una vez que se incorpora.

## **MODELOS A NIVEL COMUNITARIO**

Uno de los objetivos principales de la salud pública es diseñar intervenciones de promoción de la salud que permitan entrar en contacto con comunidades enteras o grupos específicos, en lugar de actuar a nivel individual. La salud de las comunidades puede mejorarse mediante políticas como el seguro médico, programas como las consultas prenatales para las mujeres de escasos recursos, y las acciones de la propia comunidad, como organizarse para exigir mejores servicios de salud. Los modelos a nivel comunitario analizan cómo funcionan los sistemas sociales, y cómo pueden movilizarse con vistas al cambio las comunidades y organizaciones que los apoyan, así como las autoridades normativas que los controlan.

## **MOVILIZACIÓN COMUNITARIA**

El Instituto Nacional del Cáncer, en su Guía de promoción para la salud (2003) pag. 18 define este concepto como “el proceso mediante el cual se ayuda a grupos de la comunidad a identificar problemas o metas en común, movilizar los recursos necesarios, y elaborar y aplicar estrategias para alcanzar sus objetivos”. Debido a que las comunidades están insertadas en contextos sociales y políticos más amplios, el proceso también se denomina “movilización social”, considerando que pueden participar en el mismo todos los niveles de influencia, inclusive la política pública. La movilización comunitaria exige la participación activa de sus

miembros para evaluar los riesgos de salud y actuar en consecuencia para reducirlos. La potenciación de la comunidad es un componente esencial de este modelo, como parte del proceso de crear un ambiente de cambio, lo que significa aprovechar los aspectos culturales positivos, así como el espíritu y el talento de sus miembros. Freiré( 1970)

Es importante indicar que la movilización comunitaria implica la participación de muchos tipos de comunidades. La comunidad en su totalidad contiene las redes sociales de todos los niveles socioeconómicos, los trabajadores de diferentes especialidades, grupos religiosos, la población predominante y las minorías, etc. Estos subgrupos tienen diferentes intereses, poder y acceso a los recursos. Una de las mayores dificultades para movilizar a las comunidades es crear un consenso de grupo en torno a los problemas más apremiantes. La movilización comunitaria y social crea el contexto necesario para producir cambios saludables, ya sea involucrando a la comunidad local o a grupos de interés a nivel nacional. Un claro ejemplo de este tipo de movilizaciones es el siguiente:

Movilización de la comunidad nacional e internacional.

La movilización comunitaria puede ir más allá de las fronteras geográficas e incluir a personas que comparten problemas específicos de salud, como personas con discapacidades o las que viven con VIH/SIDA. La coalición contra el SIDA, denominada ACT UP (por las siglas en inglés AIDS Coalition to Unleash Power), constituye un buen ejemplo de una comunidad de activistas contra esta enfermedad, entre los que se encuentran personas seropositivas que coordinan los esfuerzos de abogacía a nivel de las bases sociales en muchas

ciudades estadounidenses para poner fin a la indiferencia gubernamental y de la sociedad hacia la epidemia del SIDA. Fue fundada en 1987 y utiliza manifestaciones y protestas a gran escala para atraer la atención de los medios de comunicación hacia la causa. El uso de los medios de comunicación masiva se ha tornado en un elemento casi esencial para la movilización de la comunidad, y ACT UP los ha utilizado de forma eficaz para acelerar la respuesta gubernamental y de otro tipo en la prevención y mitigación del VIH/SIDA en los Estados Unidos y otros sitios. Rimmerman. (1998) .Asimismo, los precios elevados que pagaban los países pobres por los medicamentos contra el SIDA se redujeron gracias a la presión ejercida por esta organización en la industria farmacéutica mediante publicidad mundial en los medios de comunicación Waidholz (2000)

### **MODELOS DE CAMBIO INSTITUCIONAL**

Los expertos definen a las organizaciones como sistemas sociales complejos, con varios niveles y con recursos, miembros, roles, intercambios y culturas particulares (Instituto Nacional del Cáncer, 2003). Han existido innumerables intentos por mejorar el desempeño de una categoría institucional, de aquí el surgimiento de los sistemas de salud. También existen otras organizaciones que pueden influir en la salud, como son las ONG, IAP o Fundaciones. Las teorías de cambio institucional ayudan a identificar formas de influir sobre la adopción y la institucionalización de políticas y programas que promueven la salud al interior de las organizaciones.

## TEORÍA DE LAS ETAPAS INSTITUCIONALES

Esta teoría se basa en la observación de las organizaciones, al igual que las personas, atraviesan por una serie de etapas de cambio, por lo que las intervenciones pueden concentrarse en contribuir a la transición de una etapa a la otra. Puede ser difícil producir cambios dentro de los grupos, y se necesita motivación, habilidades nuevas y confianza para llevar a cabo la transición con éxito. La organización comienza el proceso definiendo el problema e identificando la situación. Quizás son los trabajadores o la gerencia quienes primero identifican el problema y proponen soluciones. El siguiente paso es iniciar la acción para corregir la situación y asignar los recursos para el cambio. Luego encontramos la etapa de ejecución donde empiezan a observarse los cambios iniciales, y más adelante se presentan cambios adicionales, hasta que el problema se soluciona.

El último paso -la institucionalización— es esencial. Si no se incorpora el cambio como parte integral de la institución, la identificación y resolución del problema terminan por convertirse en procesos costosos y efímeros.

## TEORÍA DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL

Como complemento a la teoría de etapas de cambio, la teoría del desarrollo institucional se centra en la forma en que las estructuras y los procesos institucionales influyen en el comportamiento y el incentivo de los trabajadores. Esta teoría alienta el análisis de problemas que impiden el desempeño óptimo de la organización, como problemas entre la gerencia y el personal de una clínica de salud, o los relativos a la programación y la coordinación del trabajo (Lande, 2002) Con frecuencia se obtienen consultores para que ayuden a los empleados a identificar en conjunto sus problemas, y generar soluciones y planes de acción. Lo ideal es que más tarde participe toda la organización para evaluar el éxito de las medidas tomadas y comenzar a institucionalizar el cambio.

## TEORÍA DE LA DIFUSIÓN DE INNOVACIONES

(Rogers, 1995) propone esta teoría en la que las ideas, productos y conductas novedosas terminan por convertirse en la norma, se puede describir como una *"mezcla de todo lo antes expuesto"* porque trata sobre el cambio a todos los niveles (individual, interpersonal, comunitario e institucional) e integra las teorías sobre el comportamiento, especialmente la teoría de redes sociales. Se concentra en un cambio de conducta amplio. Las intervenciones en salud han logrado infinidad de cambios de conducta a gran escala, tal es el caso de las vacunas que pasaron a ser de una innovación a una cuestión de rutina.

Esta teoría describe cómo dichas innovaciones se diseminan de forma natural mediante redes sociales y analiza cómo el uso de redes de difusión ayuda a planificar cambios de conducta a gran escala Muhiuddin Haider. (2005) . Cuatro elementos principales determinan si la innovación va a ser exitosa:

- la naturaleza de la misma,
- el tipo de medios de comunicación disponibles,
- el tiempo que se toma para su adopción o difusión,
- las características del sistema social en que se disemina.

El primer elemento, la innovación, tiene que considerarse como algo que ofrece ventajas relativas respecto a lo que se reemplaza. También tiene que ser consistente con los valores y el contexto de vida de quienes van a adoptarla. El grado de complejidad es importante. Si la innovación es compleja (por ejemplo, un esquema de medicamentos difícil de recordar) se reducirán las posibilidades de incorporarla. Una vez adoptada, es probable que se adopte a largo plazo y que aliente a otros a hacer lo mismo, si las personas o grupos pueden observar beneficios tangibles en el cambio.

Como 2º elemento, según Rutenberg y Cotts. (1997) opinan que los medios mediante los que se transmite el mensaje de una persona a otra son muy importantes. Los medios de comunicación masiva son efectivos para diseminar información sobre innovaciones a muchas personas en forma simultánea, sin embargo, las personas en la misma situación o edad tienen mucha influencia, a nivel personal, sobre la decisión de adoptar la innovación, por lo que es más efectivo utilizar redes sociales para reforzar los mensajes de los medios de comunicación, que solamente basarse en la comunicación masiva . Asimismo,

cuando hay líderes de opinión que presentan o repiten la información proporcionada por los medios de comunicación masiva, existen mayores probabilidades de que las personas y los grupos se decidan a actuar. Rogers (1995) La combinación de recomendaciones de líderes populares, con la aprobación de grupos de pares y mensajes a través de los medios de comunicación (especialmente si se refuerzan con grupos de escucha, oportunidades para hacer llamadas telefónicas y encuentros cara a cara), proporciona un gran impulso para adoptar una innovación.

El tercer elemento: la difusión, lleva tiempo, ya que el proceso de atravesar por las diferentes etapas del cambio (desde la toma de conciencia inicial, a la intención de cambiar, y hacerlo de forma sostenida) puede ser gradual, tanto para las personas como para las organizaciones. Asimismo, una organización o una persona pueden adoptar la innovación desde el inicio, a mitad del proceso, o al final. La innovación primero es diseminada por individuos pioneros que la inician. Luego pasa a un grupo algo más extenso de adoptadores iniciales, (multiplicadores), que aceleran el proceso de difusión y adoptan una masa crítica, es decir población vulnerable.

El cuarto elemento es el sistema social, que se refiere al contexto o circunscripción en que se disemina. Un contexto social amplio, como una ciudad, incluye muchas subunidades, como los sistemas y las instituciones de salud, grupos religiosos y políticos, clubes sociales, sindicatos y personas en asociaciones informales. La estructura y las costumbres o reglas de cada unidad afectarán la difusión de la innovación dentro de la misma, y a nivel colectivo determinarán si terminará adquiriendo una masa crítica de personas dentro de la totalidad del sistema social. Al promover conductas saludables hay que conocer en lo posible los sistemas donde se piensa introducir la innovación en salud. La investigación cualitativa (entrevistas a profundidad, grupos de opinión y mapas de redes sociales) ayuda a identificar los líderes de opinión que pueden contribuir a difundir las innovaciones deseadas.

## **PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN DIFERENTES TIPOS DE POBLACIÓN**

Debido a la constante discriminación de la que han sido objeto cierto tipo de poblaciones debido a sus preferencias sexuales y prácticas CENSIIDA ha establecido una Clasificación para diferentes tipos de población a quienes van dirigidas sus campañas:

- HG.....Hombres Gay.
- HSH.....Hombres que tienen sexo con hombres.
- MTSC.....Mujeres trabajadoras del sexo comercial.
- HTSC.....Hombres trabajadores del sexo comercial.
- TTT.....Transgeneros, transexuales y travestis.
- MVVS.....Mujeres que viven con VIH/SIDA
- HVVS.....Hombres que viven con VIH/SIDA
- MPHVVS.....Mujeres parejas de HVVS
- HPHMVVS.....Hombres parejas de HVVS y de MVVS
- JG.....Jóvenes gay menores de 25 años.
- MUDI.....Mujeres usuarias de drogas inyectables
- HUDI.....Hombres usuarios de drogas inyectables
- MPHUDI.....Mujeres parejas de HUDI

Según la ideología de la Fundación la prevención debe enfocarse no solo en las poblaciones de mayor riesgo (HSHS y Jóvenes) ni basarse únicamente en los métodos de barrera (preservativos), sino también impartir las pláticas en población heterosexual, amas de casa, público en general y fomentar los valores como la comunicación e integración en familia y en la pareja, valoración del ser humano etc. por lo cual para el tema que nos ocupa trataremos las siguientes poblaciones: Hombres y mujeres heterosexuales, Transmisión Materno Infantil, Hombres que tienen Sexo con Hombres y Usuarios de drogas inyectables; específicamente el tema de los jóvenes, que es la mayor parte de la población beneficiada, se tratará en el siguiente apartado.

## HOMBRES Y MUJERES HETEROSEXUALES

El VIH afecta tanto a las mujeres como a los hombres, sin embargo en este apartado se expondrá el importante papel que los hombres pueden desempeñar en la prevención del VIH/SIDA. En todo el mundo hay más hombres que mujeres que viven con el VIH/SIDA, pero en la actualidad las mujeres están contrayendo el VIH a un ritmo más rápido. En África subsahariana, por ejemplo, las Mujeres que viven con VIH/SIDA (MVVS) ya constituyen el 55% de los 22 millones de adultos seropositivos que viven en la región.

Las mujeres son más susceptibles al VIH porque biológicamente son más vulnerables a la infección y por el comportamiento de algunos varones. En investigaciones realizadas en diversos contextos Gallois, Statham y Smith (1992) demuestran que la mayoría de las mujeres que contraen el VIH lo hacen a través de relaciones con varones y que las actitudes respecto al sexo y al comportamiento sexual varían enormemente entre las mujeres y los varones. Las mujeres afirman preferir (en su mayoría) relaciones sexuales basadas en la fidelidad mutua, la intimidad y la comunicación Long y Ankrah (1996) y en general tienen menos parejas sexuales que los varones Giffin (1998). Generalmente los varones tienen más influencia en el momento de decidir si se realizan o no prácticas sexuales seguras ya que cuando las mujeres expresan el deseo de tener una relación sexual protegida, los hombres a menudo se muestran reticentes. Por lo tanto, quizá no sea sorprendente que el mayor riesgo de contraer VIH para las mujeres sea su esposo o su pareja sexual habitual Goodridge y Lamptey (1999).

Los hombres desempeñan un papel central en la transmisión del VIH porque generalmente adoptan comportamientos de mayor riesgo. Sin embargo, ciertos factores, como la edad, educación, ingresos, autoestima y relaciones con compañeros, pueden ejercer influencias tanto positivas como negativas sobre los comportamientos de riesgo de los hombres adultos y adolescentes. Por desgracia, muchos hombres consideran que su masculinidad se ve comprometida por los mismos comportamientos que limitan la propagación del VIH: o sea, tener menos parejas sexuales, utilizar preservativos o ser

sensibles a las preferencias de prácticas sexuales seguras de sus parejas. Todos esos factores pueden incrementar el riesgo de infección por el VIH tanto entre los varones como entre las mujeres.

*Pero la culpa del SIDA no puede ni debe atribuirse a los varones o a las mujeres.* En general, las personas de ambos sexos pueden llevar una vida que no plantee riesgos para sí mismas ni para los demás. El hecho de que algunos hombres no se protejan a sí mismos ni protejan a los demás es debido a menudo a factores sociales y culturales. La familia, religión, costumbres y creencias, estructuras de poder, papeles y relaciones entre los sexos, y expectativas sociales contribuyen a inducir a los varones a adoptar riesgos y despreocuparse de los sentimientos y necesidades de las mujeres. En definitiva, el comportamiento de adopción de riesgos de los varones puede comprenderse mejor cuando se contempla desde una perspectiva social más amplia.

En la mayor parte del mundo, la «masculinidad» se asocia a menudo con el «instinto de macho», mayor fuerza física, poder, así como con, múltiples comportamientos problemáticos, como la violencia y la adopción de riesgos sexuales. El significado de masculinidad varía entre las culturas y cambia a lo largo del tiempo. Por ejemplo, en muchas sociedades los hombres están adoptando un papel más activo en la vida familiar de lo que habían hecho en el pasado. Es importante reconocer que la masculinidad oprime tanto a los varones como a las mujeres. Por ejemplo, los hombres que no encajan con el estereotipo masculino reciben a menudo el estigma de afeminados.

Los hombres hablan sobre sus familias y vecinos, así como sobre el — tiempo, el trabajo, los deportes, la política, la música y muchas otras cosas que tienen incidencia en su vida. Desde la adolescencia temprana, también hablan mucho sobre el sexo y, en particular, sobre sus proezas sexuales.

Cuando se llega a presentar el caso de que algún varón desconozca alguna cuestión o presente un problema en el aspecto sexual, en vez de admitir ignorancia o acudir al profesional indicado, los hombres se ven forzados a menudo a realizar afirmaciones sexuales falsas y repetir los tabúes que rodean al sexo con el fin de parecer «hombres de verdad» delante de sus compañeros. En los comentarios masculinos sobre experiencias sexuales, pocas veces se aborda el tema de las necesidades sexuales de la pareja. Existen ciertas

creencias populares profundamente arraigadas en muchas sociedades, que contribuyen de forma inadvertida a la transmisión del VIH, como por ejemplo que el «instinto sexual masculino» es «ilimitado e irreprimible» o algo tan simple como la superioridad masculina; también los obstáculos culturales pueden inhibir las discusiones públicas sobre la sexualidad y, en consecuencia, impedir una mejor comprensión de la sexualidad masculina y femenina, este silencio también perpetúa el estigma y la discriminación tanto de la sexualidad como del VIH

Como ya se indicó con anterioridad la transmisión ha avanzado en ambos sexos, pero la mayor discrepancia entre ellos correspondió al grupo de 15 a 19 años. En las ciudades de África, las muchachas tenían tasas del VIH del 15-23%, entre cuatro y seis veces más que los muchachos de la misma edad (3-4%). En las adolescentes de Kisumu y Ndola, las relaciones sexuales con un varón adulto se correlacionaron estrictamente con un mayor riesgo del VIH. Cuando casi una cuarta parte de las muchachas adolescentes tienen el VIH y cerca de la mitad son portadoras del virus que causa herpes genital, la explicación mas lógica y posible es que esas muchachas están siendo infectadas por varones de mayor edad durante sus primeras exposiciones al sexo, quizás incluso \durante la primera.

El estudio también constató que la precocidad sexual (en las muchachas) y el matrimonio a edades tempranas (en ambos sexos) se asociaban a un mayor riesgo de infección por el VIH En las ciudades de África central/oriental, las personas tendían a casarse más jóvenes, y un número significativamente mayor de muchachas iniciaba la actividad sexual antes de los 15 años. Las elevadas tasas de VIH contraído en periodo prematrimonial contribuyen a explicar por qué el matrimonio a edades tempranas es un factor de riesgo más que de protección. (ONUSIDA 1999)

El VIH obliga a las personas a afrontar las consecuencias de sus actos, especialmente cuando se contrae por relaciones sexuales fuera de un contexto presuntamente monógamo. Debido a las repercusiones serias y a largo plazo de un comportamiento sexual peligroso, es importante *que las parejas aprendan a hablar entre sí acerca del sexo, en particular las relaciones sexuales seguras*. Por supuesto, hay barreras sociales y culturales que obstaculizan la discusión sobre las relaciones sexuales y el VIH. Sin embargo,

cuando las parejas promueven la sinceridad mutua en el intercambio de experiencias y temores, pueden encontrar formas de protegerse uno a otro frente a la amenaza del VIH.

Aunque la abstinencia es la forma más segura de evitar la infección por el VIH a través de las relaciones sexuales, es posible que muchas personas no la consideren la opción preferida. En cualquier caso, siempre hay otras alternativas de relaciones sexuales seguras, como la fidelidad, el coito sin penetración y el uso sistemático de preservativos, tanto dentro como fuera de la pareja habitual.

En las relaciones a largo plazo, muchas parejas buscan cada vez más el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH para averiguar el estado serológico mutuo y decidir si, dentro de su relación, pueden disfrutar de relaciones sexuales seguras sin preservativos. Hay que recordar, sin embargo, que esa opción *requiere una confianza, coherencia y compromiso considerables*, dado que fidelidad o la práctica de relaciones sexuales seguras fuera de la pareja es algo que se promete a menudo pero que, con frecuencia, más tarde se olvida.

Con lo antes mencionado no podemos generalizar la situación de los hombres ya que también muchos de ellos se sienten bien hablando sobre el sexo cuando pueden formular preguntas sin miedo al desprecio o la censura. Los hombres también quieren saber más cosas sobre el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

*Con independencia de su género u orientación sexual, todas las personas tienen el derecho de protegerse contra el SIDA. La mejor solución es que varones y mujeres trabajen conjuntamente cuando puedan —y por separado cuando deban—, recordando siempre que los esfuerzos de uno no pueden tener éxito sin los esfuerzos del otro.* También está bastante aceptado el hecho de que la promoción de unos papeles sexuales igualitarios es la clave para prevenir la infección, por lo que resulta de gran importancia trabajar para reestructurar los roles sexuales estereotipados, no obstante para lograrlo es de suma importancia contar con el apoyo de los varones Gupta, Weiss, y Mane(1996)

ONUSIDA considera que es una prioridad diseñar mensajes, actividades e intervenciones que aborden las necesidades reales de varones y mujeres.

Los programas de prevención y asistencia del SIDA son muy amplios, pero a menudo promocionan mensajes genéricos que no enraízan en el contexto de la vida de los varones y mujeres.

Para que tengan éxito, los programas de prevención deben responder a las realidades de la vida de cada persona. Esto significa no sólo abordar los varones y mujeres de manera diferente, sino adaptar los mensajes y actividades a los destinatarios -ya sean varones o mujeres, jóvenes o ancianos, de zonas urbanas o rurales, cualquier nivel socioeconómico, con educación formal o no- y tener en cuenta sus preferencias sexuales y el consumo de drogas.

En las zonas rurales, los jóvenes solteros de bajos recursos económicos, con un acceso limitado a la televisión y otras formas de entretenimiento, pueden considerar el "sexo como uno de los pocos placeres accesibles. Es posible que no se disponga de preservativos, o que sean demasiado caros. Es necesario formular estrategias para reducir el riesgo de infección por el VIH en esos varones y muchachos, ya que es improbable que tales grupos acepten el consejo de evitar las relaciones sexuales si no pueden utilizar un preservativo.

En algunas sociedades, muchas mujeres son sexualmente activas desde una edad temprana, pues el dinero o los regalos que les ofrecen a cambio de relaciones sexuales les permiten comprarse ropa, acudir a la escuela o aplacar el hambre. Es necesario desarrollar en las muchachas jóvenes aptitudes que las ayuden a rechazar las proposiciones sexuales de los hombres o, como mínimo, negociar el uso de preservativos. Por otra parte, hay que educar a sus parejas, que suelen ser de edad muy superior, y explicarles las consecuencias de su comportamiento.

Algunas de las sugerencias prácticas que difunde a través de diversas campañas son:

- motivar a los varones y mujeres para que hablen abiertamente sobre el sexo, la sexualidad, el consumo de drogas y el VIH/SIDA.
- animar a los hombres para que cuiden de sí mismos y de sus parejas y familias.
- fomentar programas que respondan a las necesidades de los varones y mujeres.

- la reducción del número de parejas,
- el uso de preservativos
- el tratamiento de las ETS
- fomentar la comunicación oral honesta y abierta entre las parejas Rivers (1998)

Gran parte de las personas que viven con el VIH no saben que están infectadas. Un motivo fundamental es que en muchos lugares, especialmente las zonas rurales, no se dispone de pruebas del VIH.

Sin embargo, incluso para aquellos que pueden acceder a las pruebas, existen múltiples motivos para no someterse a ellas. Persiste todavía una gran ignorancia sobre el VIH, y muchas personas siguen considerando un diagnóstico positivo como una sentencia de muerte. Muchas personas VIH-positivas están profundamente avergonzadas de su diagnóstico y son estigmatizadas por su cónyuge, familia y/o comunidad. En los peores casos, algunas personas que han declarado públicamente su estado respecto al VIH han sido asesinadas o agredidas brutalmente. ONUSIDA (1999)

Algunas personas rehúsan ser las «víctimas» silentes del VIH y adoptan una actitud abierta respecto a su estado, confiriendo así un rostro humano a la epidemia. Pero se trata todavía de una pequeña minoría, el pequeño número de los que se declaran abiertamente VIH-positivos no basta para que la gente comprenda lo generalizada que está la epidemia ni lo graves que serán sus efectos futuros sobre los sectores empresarial, económico y social y sobre las comunidades y las familias.

En su vida cotidiana, muchas personas VIH-positivas sufren discriminación en el lugar de trabajo y en la asignación de vivienda y prestación de seguros y servicios de salud. La mayoría de los gobiernos no ha proporcionado a las personas VIH-positivas una protección jurídica suficiente frente a la discriminación, y, en muchos casos, son los propios gobiernos los que las discriminan.

Las personas VIH-positivas y sus organizaciones están refutando cada vez más los conceptos erróneos sobre el SIDA que tiene la población general. Una forma poderosa de hacerlo es mostrar a personas que viven con el VIH/SIDA tal como son realmente: seres humanos que aprenden a vivir con su diagnóstico, y también con sus esperanzas y sueño.



## TRANSMISION MATERNOINFANTIL

La transmisión maternoinfantil es, con mucho, la causa más habitual de infección por el VIH en los niños pequeños. En la mayoría de los casos, la madre contrae el VIH a partir del padre del niño. La sensibilización acerca de la transmisión maternoinfantil del VIH puede desempeñar un papel relevante en la protección de los varones, sus parejas y sus futuros hijos.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (2002) propone que al prevenir el contagio con el VIH de las embarazadas y de todas las mujeres en edad de procrear, no sólo se protege a las propias mujeres, sino que también se evita el riesgo de transmisión a sus hijos y a sus compañeros. Las embarazadas, en su mayoría, tienen reacción serológica negativa al VIH y necesitan información y servicios para mantenerse libres de contagio. Las embarazadas con reacción serológica positiva al VIH también tienen derecho a recibir servicios de salud reproductiva, de modo de velar por los mejores resultados posibles, tanto para la madre como para el hijo.

Entre las acciones para prevenir el contagio de las embarazadas figuran las pruebas de laboratorio para la detección voluntaria, el asesoramiento psicológico, la atención prenatal y de posparto y la asistencia de personal capacitado para partos en condiciones de seguridad.

- En todo el mundo, un 99% de las embarazadas están libres de contagio con el virus del SIDA. Cada año, de los 200 millones de mujeres que quedan embarazadas, se estima que 1,8 millón tiene reacción serológica positiva al VIH.

El embarazo suele ser uno de los pocos momentos en que las mujeres acuden a los servicios de salud y esto proporciona una excelente oportunidad de prevenir el contagio con el VIH, especialmente mediante servicios voluntarios y confidenciales de asesoramiento psicológico y pruebas de laboratorio. La larga experiencia del FNUAP en cuestiones de salud materna está contribuyendo a una creciente cantidad de proyectos al respecto.

## HSH

En muchos países, las comunidades de hombres que tienen sexo con con hombres (HSH) padecen la discriminación y estigma que dejan los grandes tabús acerca de las relaciones sexuales entre varones. De todos modos, en cualquier sociedad, por más grande que sea el tabú, algunos varones tienen relaciones sexuales con varones, tales relaciones implican a veces coito anal con penetración, un acto que trae consigo un elevado riesgo de infección por el VIH. ONUSIDA 2000

Según las conclusiones de la Consulta Regional sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH/SIDA con HSH en América Latina y el Caribe (1999) reporta que dicha población ha sido la mas afectada tanto en América Latina como en el Caribe, la transmisión homo y bisexual representa prácticamente el doble que la transmitida heterosexualmente, además de la vulnerabilidad fisiológica los HSH enfrentan la discriminación social en el lugar de trabajo, en la escuela, clínicas, hospitales y hasta en sus propias familias. Por lo que son mas vulnerables a la infección por VIH debido a la naturaleza clandestina de sus relaciones y a la marginación y discriminación a las que tiene que enfrentarse Mckenna(1996)

Los varones tienen relaciones sexuales con varones por muchos motivos. Á veces por placer, por razones económicas, por coacción, por carencia de mujeres o por una combinación de los elementos anteriores. Muchos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también las tienen con mujeres, por placer, por sentido del deber, por autonegación o para ocultar sus tendencias ante los demás.

No se sabe el número de varones adultos -y jóvenes- que tienen relaciones sexuales con varones. Tampoco está claro el número de infecciones por el VIH en todo el mundo que han sido causadas por las relaciones sexuales entre varones. En los VSV es esencial la prevención del VIH, tanto para protegerse a sí mismos como para proteger a sus parejas femeninas, si las tienen.

Es frecuente en muchos países que no se acepte socialmente a los HSH. Para ocultar su orientación sexual, esas personas mantienen relaciones sexuales clandestinas o tienen encuentros sexuales precipitados con otros HSH. En el

curso de tales encuentros, apenas hay tiempo, o interés, para negociar el uso del preservativo. Muchos de esos varones también tienen relaciones sexuales no protegidas con mujeres, ya sea para cumplir sus obligaciones maritales o para ocultar que tienen otras parejas sexuales. En tales situaciones, el riesgo de transmisión del VIH es considerable tanto para los hombres como para las mujeres.

En contextos exclusivamente masculinos, como el ejército, prisiones, internados y reformatorios, también es posible que los varones tengan relaciones sexuales entre sí, en estos casos las relaciones sexuales no protegidas entre HSH plantean el riesgo de que el VIH y demás infecciones de transmisión sexual se propaguen entre los internos y a las parejas femeninas fuera de la institución.

Los hombres que tienen vínculos emocionales y sexuales con varones también pueden proporcionarse un sólido apoyo mutuo, aunque esto resulta más difícil en las sociedades en las que tales relaciones no se respetan o son ilegales. Conviene recordar que, en muchos países, los varones gay fueron los primeros en crear asociaciones asistenciales para el SIDA con el fin de apoyarse mutuamente.

Aunque es lógico que nos preocupemos más por aquellos con los que tenemos vínculos emocionales más sólidos, el cuidado también debe hacerse extensivo a parejas sexuales ocasionales o a personas con las que se comparten agujas y equipos de inyección. *Si esperamos que los demás no nos infecten, tenemos que esforzarnos por no infectar a los demás.*

## **USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS**

Las drogas administradas de forma intravenosa también son una causa de la transmisión del VIH (aunque en un bajo porcentaje) por lo que también se deben de tomar medidas para prevenir su transmisión por esta vía.

Desalentar el consumo de sustancias y animar a los usuarios actuales de todas las edades a que dejen de tomarlas, participando en programas de tratamiento- es un componente esencial de cualquier intervención eficaz para la prevención del VIH. La educación e información de las personas – en especial jóvenes- acerca de las drogas y sus implicaciones para la salud y el bienestar social, en un lenguaje fácilmente comprensible, es una estrategia aplicable a diversas situaciones.

En general, los varones tienen mayores probabilidades que las mujeres de consumir alcohol y drogas ilegales, ya que, según las pautas culturales y sociales de muchas comunidades, este comportamiento es más aceptable en el sexo masculino que en el femenino. Sin embargo, con el cambio progresivo de las normas culturales y sociales, ha empezado a reducirse la diferencia entre el número de varones y mujeres que toman sustancias. El consumo de alcohol y otras sustancias por parte de los varones puede asociarse a violencia para con los demás y/o un mayor riesgo de relaciones sexuales no protegidas con una pareja habitual u ocasional.

En la mayoría de las sociedades es previsible que los hombres aseguren el mantenimiento de sus parejas femeninas y sus hijos y cada vez está más claro que la preocupación activa por el bienestar de la familia y los hijos es un factor que potencia, en lugar de comprometer, el valor y la autoestima de un hombre. Los hombres pueden ocuparse de sus parejas y familias de formas muy diversas; por ejemplo (evitando las relaciones sexuales fuera del matrimonio o utilizando siempre agujas y jeringas estériles -en caso de ser HUDI- y utilizando preservativo en las relaciones sexuales extramatrimoniales). Además, los hombres pueden participar activamente en la educación de sus hijos, ofreciéndoles opciones sobre cómo responder a las proposiciones sexuales, conversando sobre el amor y las relaciones o actuando como modelo positivo para ellos.

## **Actualmente**

Según las Naciones Unidas en su reporte emitido en el año 2005, la actual generación de jóvenes es la mayor registrada en la historia humana. Casi la mitad de la población mundial—más de 3.000 millones de personas—tienen menos de 25 años. De esos jóvenes, un 85% vive en países en desarrollo. Muchos de ellos están llegando a la adultez sumidos en la pobreza y enfrentando el peligro del VIH y el SIDA.

Dentro del grupo de los jóvenes, los adolescentes están en particular etapa de formación. Hay 1.200 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, rebosantes de vida y posibilidades. Sus mentes están abiertas a recibir conocimientos, adquirir aptitudes y absorber valores. Sus actitudes aún están en formación. Necesitan adquirir conocimientos prácticos y aptitudes para la vida, además de acceso a los servicios de salud reproductiva y la información al respecto, tanto para su propio bienestar como para su más plena participación en el desarrollo de sus países.

En un futuro próximo quienes hoy tienen diez años tendrán 20 y estarán preparados para asumir plenamente el papel de agentes del desarrollo. Las decisiones normativas con respecto a la educación, la salud, el empleo y los Derechos humanos de los jóvenes de hoy también afectarán la próxima ola de millones de niños que llegarán a la adolescencia. Las decisiones que hoy se adopten —o las oportunidades que se pierdan—repercutirán durante varias futuras generaciones.

## **ADOLESCENCIA: ETAPA DE OPORTUNIDADES Y RIESGOS**

La experiencia de la adolescencia es polifacética y depende de muchos factores, como el propio sexo, género, el lugar de residencia, el contexto sociocultural, las circunstancias económicas, la madurez emocional, la buena comunicación familiar, el autoconcepto, la identidad y el estado civil, o de circunstancias tales como si un adolescente está o no protegido y amparado por una familia acogedora, o está tratando de sobrevivir con escasa o ninguna ayuda; dichos factores hacen de la adolescencia una de las etapas más vulnerables o problemáticas por la que atraviesa el ser humano.

Aunado a esto sabemos históricamente que el adolescente atraviesa una crisis en la que necesita sentirse aceptado sobre todo por un grupo de iguales y tener nuevas experiencias con personas y grupos encontrados por primera vez. Ericsson, 1978

Y si tomamos en cuenta que es aquí cuando el adolescente comienza a descubrir la sexualidad y el erotismo; que el medio en que se desenvuelve carece de la educación y cultura necesarias en torno a la sexualidad, y abunda el bombardeo de imágenes o mensajes con un alto contenido sexual en los medios de comunicación, y que está creciendo en un mundo cada vez más globalizado, se plantea un nuevo conjunto de problemas y posibilidades Lloyd, 2005. (factores de riesgo y factores de protección)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), UNICEF y ONUSIDA consideran que los adolescentes están rodeados de factores que pueden favorecerlos o perjudicarlos, a continuación se mencionan algunos de los que se consideran los más importantes:

### FACTORES QUE VULNERAN AL ADOLESCENTE

- **La Pobreza**

La pobreza agrava los retos y los riesgos de la adolescencia; obliga a muchos padres y madres a enviar a sus hijos a trabajar, a menudo en condiciones peligrosas. Muchas niñas y muchos niños varones no tienen oportunidad de recibir una educación.

En zonas urbanas, los jóvenes varones pueden verse obligados por la pobreza a sobrevivir en las calles. Las niñas adolescentes pueden ser víctimas de explotación y abuso o se las hace objeto de trata de menores UNFPA, 2005.

- **No son tomados en cuenta para decidir cuestiones importantes.**

Tradicionalmente, los adolescentes han sido excluidos de las decisiones que afectan sus vidas. Pero ahora los gobiernos nacionales, las ONG y los organismos de las Naciones Unidas incluyen cada vez más a los jóvenes en la adopción de decisiones y en grupos consultivos, a escala tanto mundial como nacional.

( Working Group for Youth and the MDGs, 2005)

El enfoque de la reducción de la pobreza basado en los derechos humanos requiere que se preste atención a las necesidades de los más vulnerables y los

más marginados. Pero las voces de los grupos de adolescentes postergados son oídas raramente durante las deliberaciones sobre políticas.

Una medida clave puede ser eliminar las barreras legislativas a la participación de los grupos de promoción de la juventud e institucionalizar los mecanismos pertinentes. UNFPA, 2005.

- **No se invierte en los Jóvenes.**

En la actualidad resulta de vital importancia invertir en la juventud para que los jóvenes de hoy sean ciudadanos saludables y productivos cuando lleguen a la adultez y no se agreguen a quienes padecen enfermedades y penurias económicas. Si no se hacen hoy las necesarias inversiones en los jóvenes, esto tendrá repercusiones a largo plazo en las vidas individuales, los sistemas de salud, la seguridad, la demografía, las economías y el desarrollo. Por otra parte, las medidas que se adopten hoy para abordar las disparidades de género, la pobreza y la falta de poder asegurarán el futuro..

Las inversiones en los jóvenes no sólo son una prioridad para el fomento de los derechos humanos y la reducción de la pobreza, sino que también podrían proporcionar un "dividendo demográfico". Según las proyecciones, para 2050 la población de los 50 países más pobres se duplicará con creces, desde 800 millones hasta 1.700 millones. Si se efectuaran mayores inversiones en su educación, su salud reproductiva, sus aptitudes para trabajar y sus oportunidades de empleo, los jóvenes pueden ser muy productivos UNFPA, 2005.

Al posibilitar que las jóvenes parejas escojan cuándo contraer matrimonio y cuándo tener hijos, tendrán mayor control sobre sus propias vidas y esto, probablemente, conducirá a familias más pequeñas y a un crecimiento más lento de la población. En cambio, si no se responde a las necesidades de los jóvenes, esto podría arraigar más la pobreza y estancar el desarrollo durante varios decenios en el futuro.

Las inversiones apropiadas en los jóvenes pueden reducir el riesgo de violencia y disturbios civiles. Los hombres jóvenes están desproporcionadamente involucrados en los delitos violentos. Sobre la base de datos de 145 países, la investigación indica que cuando hay grandes grupos de jóvenes con escasas oportunidades de educación y de empleo decoroso, aumenta el riesgo de disturbio civil y conflicto armado. Cincotta, Engelman y Anastasion 2003.. Las

inversiones en la educación pueden reducir los riesgos, pero sólo cuando están respaldadas por la creación de empleos para grandes cantidades de jóvenes educados. Las inversiones en los jóvenes pueden no sólo paliar los riesgos personales, sino también ahorrar miles de millones de dólares en productividad perdida y gastos públicos directos a consecuencia de abandono escolar, embarazo en la adolescencia, toxicomanías, delincuencia y VIH/SIDA. Según el Banco Mundial, 2005 dichas inversiones también arrojarán dividendos a largo plazo en las sociedades y las economías.

- **Embarazo precoz**

Según estima en sus investigaciones la UNFPA, 2004, cada año unas 14 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad dan a luz. Se desconoce la cantidad de las que dan a luz a edades aún más tempranas. En países en desarrollo, entre una cuarta parte y la mitad de las adolescentes ya son madres antes de cumplir 18 años. UNFPA, 2003.

Las probabilidades de que las adolescentes de entre 15 y 19 años mueran debido al embarazo o el parto son dos veces superiores a las de una mujer de 20 a 30 años. Para las menores de 15 años, los riesgos son cinco veces superiores<sup>5</sup>. Y por cada niña que pierde la vida en el parto, hay muchas más que padecerán lesiones, infecciones y persistentes discapacidades, como la fístula obstétrica. Es posible reparar la fístula cuando se dispone de los servicios médicos apropiados, y el UNFPA ha conducido una campaña mundial para aportar esperanza a las vidas de esas niñas. UNICEF 2001

Cuando se posibilita que las niñas adolescentes aplacen el alumbramiento, se salvan vidas. Cada año, cuatro millones de recién nacidos mueren en su primer mes de vida, muchos de ellos debido a que sus madres simplemente eran demasiado jóvenes para tener hijos: los hijos de madres adolescentes tienen probabilidades 1,5 veces mayores que los de madres de más edad de perder la vida antes de cumplir un año. Las adolescentes son quienes corren más riesgo de parto prematuro. Debido a que en general, sus cuerpos no están plenamente desarrollados ni listos para dar a luz, las adolescentes también tienen mayores probabilidades de padecer parto obstruido. Los riesgos son más altos para las niñas pobres cuyo crecimiento quedó retardado debido a la mala nutrición. En ausencia de una pronta intervención médica, lo habitual es

que el recién nacido muera. El acceso a atención de emergencia que puede salvar vidas cuando surgen complicaciones es fundamental para la supervivencia de las madres jóvenes y sus recién nacidos. UNFPA, 2005

- **Embarazos no planificados.**

Es excesivo el número de adolescentes que deben enfrentar las consecuencias, con repercusiones para toda la vida, de embarazos no planificados. Por ejemplo, en América Latina y el Caribe, entre 35% y 52% de los embarazos de adolescentes no habían sido planificados. Hay diversas razones; entre ellas, la falta de conocimientos acerca de hechos básicos de la reproducción y la falta de información con respecto a anticonceptivos, lo cual contribuye a su fracaso.

Debido a los embarazos no deseados, cada año las adolescentes se someten a una cantidad de abortos estimada en cinco millones UNFPA, 2003. En África al sur del donde se practica un 40% de todos los abortos en malas condiciones de adolescentes en países en desarrollo, los datos procedentes de siete países pusieron de manifiesto que del total de mujeres que recibieron tratamiento por complicaciones del aborto, entre 39% y 79% eran adolescentes. En la Argentina y en Chile, se comprobó que una tercera parte de las defunciones a raíz de la maternidad registradas en jóvenes de 15 a 19 años se debían a abortos, tal y como lo mencionan Bruyn y Parker. 2004 Se estima que de las 10.000 mujeres nigerinas que cada año pierden la vida debido a abortos realizados en malas condiciones, la mitad son adolescentes Raufu, 2002.

Actualmente, los jóvenes constituyen la mitad de todos los nuevos casos de VIH/SIDA. Según se estima, cada día quedan infectados 6.000 jóvenes. Son, en su mayoría, mujeres y niñas<sup>66</sup>. En África al sur del Sahara, un 63% de quienes estaban infectados con el VIH en 2003 tenían entre 15 y 24 años de edad". En la Federación de Rusia y en otros países de Europa oriental y Asia central, más del 80% de quienes están infectados con el VIH tienen menos de 30 años de edad y son, en su mayoría, hombres jóvenes. De todos los nuevos casos de infecciones de transmisión sexual curables registrados cada año, una tercera parte corresponde a jóvenes menores de 25 años. UNFPA, 2003.

- **Otros Riesgos**

*Las adolescentes enfrentan riesgos adicionales por ejemplo el aparato reproductor de las niñas menores de 14 años es más susceptible de desgarramiento debido a que no ha llegado aún a la madurez. Esto aumenta el riesgo de infección con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Las mujeres más jóvenes y las niñas son especialmente vulnerables a la violencia y la explotación sexuales y están en posición desventajosa para negociar los términos de las relaciones sexuales, inclusive el derecho a decir "no" y a insistir en la utilización de condones. Las prácticas nocivas, como el matrimonio en la infancia y la mutilación o corte genital femenino con instrumentos no esterilizados las expone a peligros adicionales. UNFPA, 2005*

- **Falta de información, de medios y de aptitudes para la prevención.**

En muchos de los países más gravemente afectados, sigue siendo tabú hablar francamente de la igualdad entre hombres y mujeres, la anticoncepción, la prevención del VIH y cuestiones conexas. Estudios realizados en todos los países del mundo dan pruebas de un alarmante grado de error en la información y falta de conocimientos acerca de la enfermedad, particularmente entre las mujeres jóvenes y las niñas ONUSIDA 2004. *Los conceptos erróneos pueden dar a los jóvenes un falso sentido de seguridad y conducirlos a subestimar el riesgo de infección. Al facultar a los jóvenes para que escojan o bien abstenerse, o bien aplazar la iniciación sexual y rechazar las proposiciones no deseadas, y al darles acceso a los condones (preservativos), al conocimiento de cómo se utilizan correctamente y a las posibilidades de negociar relaciones sexuales con menos riesgo, puede preservarse su vida y evitar la muerte. Aun cuando las personas, en su mayoría, comienzan su actividad sexual durante la adolescencia", los adolescentes, niñas y varones, tienen dificultad en obtener condones y muchos no saben como utilizarlos correctamente.*

- **La primera experiencia: temor e incertidumbre.**

Si bien los padres y madres tal vez abrigan la esperanza de proteger la seguridad económica y personal de las niñas mediante el matrimonio, éste suele tener el efecto contrario. Con frecuencia, en algunos lugares, el matrimonio marca el fin de su educación. Un análisis mundial comprobó que las niñas con un nivel de educación primaria o menor tienen mayores probabilidades de contraer matrimonio en la adolescencia". Para muchas niñas, el matrimonio está colmado de temores e incertidumbres: la decisión la adoptan

otros por cuenta de ellas y ellas se enteran poco antes del día de la boda. Después de la ceremonia, lo común es que las niñas casadas vayan a vivir al hogar de sus esposos, a veces en otra aldea, lejos de sus propias familias y de los ámbitos familiares, y de inmediato se les presiona para que tengan familia. Lo común es que describan su primera experiencia sexual marital como aversiva o dolorosa y con frecuencia con uso de la fuerza".

- **Niñas casadas: alto riesgo de mortalidad materna y VIH/SIDA.**

Pese a la gran cantidad de adolescentes casadas, las políticas y los programas suelen no considerar su vulnerabilidad al VIH ni otras necesidades en materia de salud reproductiva. Varios estudios realizados en Kenya, Uganda y Zambia confirman que las adolescentes casadas tienen tasas de infección con el VIH más altas que las niñas solteras de la misma edad que tienen actividad sexual<sup>94</sup>. El aislamiento y la falta de poder son problemas adicionales: las jóvenes esposas suelen tener limitada autonomía o poca libertad de movimiento. Pueden estar impedidas de obtener servicios de salud debido a la distancia, el gasto o la necesidad de contar con el permiso de su esposo o de sus parientes políticos. Esas barreras pueden agravar los riesgos de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad para las adolescentes embarazadas.

El matrimonio en la infancia priva a la niña del derecho a la educación y de la oportunidad de plasmar plenamente su potencial. Las adolescentes casadas tienen limitado poder para influir sobre decisiones referentes a la procreación o a la anticoncepción, y esto tiene consecuencias negativas sobre la salud y la supervivencia de los niños de corta edad, la mortalidad derivada de la maternidad, el VIH, las altas tasas de fecundidad y la reducción de la pobreza.

- **La otra epidemia: infecciones de transmisión sexual.**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las del aparato reproductor figuran entre las causas más comunes de enfermedad en todo el mundo. Según se estima, cada año se registran 340 millones de nuevos casos de ITS curables ". Cuando se suman las infecciones incurables (incluido el VIH), el número se triplica. Por muchas razones socioculturales y fisiológicas, las mujeres son más susceptibles que los hombres y padecen consecuencias desproporcionadamente graves, entre ellas cáncer cervical e infertilidad. Entre las mujeres que padecen ITS, en un 70% no hay síntomas (en comparación con 10% de los hombres), UNFPA, 2005 de

manera que el diagnóstico es más difícil. Cuando los síntomas aparecen, las mujeres tienden a aceptarlos y no darles importancia. Además, la presencia de ITS puede aumentar de dos a nueve veces al riesgo de infección con el VIH. UNFPA, 2004. No obstante, en África al sur del Sahara, en 2003 sólo un 14% de las personas que padecían ITS tuvieron acceso al tratamiento Global HIV Prevention Working Group. 2003. Asimismo, dado que las ITS, incluido el VIH, son más frecuentes entre los jóvenes, la prevención puede arrojar beneficios a largo plazo para la fuerza laboral y conducir a una mayor productividad.

- **Vergüenza y Culpa**

El estigma es letal. La vergüenza asociada con el SIDA es un obstáculo de gran magnitud para su prevención; el estigma que rodea a quienes viven con el VIH se agrava por la discriminación contra la mujer. Centenares de miles de mujeres infectadas con el VIH evitan los servicios de detección y tratamiento pues temen ser abandonadas si se descubre su situación, y también temen otras repercusiones por parte de sus esposos, sus familias, sus comunidades y los encargados de servicios de salud". De las personas infectadas con el VIH, sólo un 5% tiene conocimiento de su situación y, en ocasiones, la detección durante el embarazo suele ser la única manera en que la familia se entera de que uno de sus miembros está infectado. En algunos casos, los encargados de servicios de salud deniegan a las mujeres infectadas con el VIH la atención correcta en el parto y el puerperio. Cuando las mujeres tienen interacciones negativas con el personal, es posible que se nieguen a recibir tratamiento o que lo interrumpan.

### **FACTORES QUE FAVORECEN AL ADOLESCENTE**

La situación antes descrita y los factores ya mencionados, hacen que con frecuencia se presente una situación desfavorable para que el adolescente establezca vínculos afectivos adecuados y en consecuencia, con su pareja, ejerza un comportamiento sexual responsable, con prácticas sexuales sin riesgo o protegidas; por tal motivo es de vital importancia trabajar para ayudar a los jóvenes a proteger su salud sexual proporcionándoles educación en salud sexual para la prevención del VIH/SIDA en esta etapa y con esto darles herramientas que favorezcan su situación.

Para tratar un tema tan complejo como es el de la salud sexual se tienen que unificar los términos utilizados, por lo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Y LA Organización Mundial de la Salud (OMS) los definen de la siguiente forma:

### SEXO

El término "sexo" se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hembras y machos.

### SEXUALIDAD

El término "sexualidad" se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano, Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción.

Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones.

La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales, y se refiere a los elementos complementarios de nuestra naturaleza sexual, es decir, la característica humana de ser sexuado.

### GÉNERO

El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

### IDENTIDAD DE GÉNERO

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos.

Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género.

### ORIENTACIÓN SEXUAL

La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual.

Puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

## EROTISMO

El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que por lo general, se identifican con placer sexual.

Se puede construir tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

## VINCULO AFECTIVO

La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones.

Se puede establecer tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.

## SALUD SEXUAL

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

Esta se puede observar en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician el bienestar, la armonía personal y social. Pues no se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos.

Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen

## ACTIVIDAD SEXUAL

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente.

Se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

## PRÁCTICAS SEXUALES

Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.

## RELACIONES SEXUALES SIN RIESGO

La expresión " relaciones seguras sin riesgo " se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH.

## COMPORTAMIENTOS SEXUALES RESPONSABLES

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar.

La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas.

Una vez aclarada la terminología trataremos los factores que pueden favorecer a los adolescentes y jóvenes.

- **Salud reproductiva en las vidas de los adolescentes y la juventud.**

Los acuerdos internacionales de derechos humanos aprobados en los últimos quince años defienden la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los adolescentes. La Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989, el instrumento de derechos humanos más universalmente aceptado, garantiza los derechos de los niños y los adolescentes, inclusive la protección contra la discriminación, los malos tratos y la explotación; la participación en decisiones que afectan sus vidas; el disfrute de privacidad; y el acceso a la educación y a los servicios de salud e información al respecto, para asegurar su bienestar. Todos esos derechos tienen repercusiones directas sobre la salud reproductiva de los adolescentes.

- **Servicios de Salud Reproductiva.**

Se reconoce en general *la apremiante necesidad de que los servicios de salud reproductiva sean más acogedores para los jóvenes y más impulsados por éstos*. Las comunidades participan más eficazmente, por ejemplo, mediante acciones de difusión para eliminar el estigma asociado con los servicios de salud reproductiva para adolescentes.

Para lograr estos objetivos se debe de tomar en cuenta un aspecto elemental: al mismo tiempo que se trata de la población mas vulnerable, también se trata de una de las de mas difícil acceso; por lo cual es conveniente buscar diferentes vías de llegar a ellos, de forma dinámica sirviéndose, tal vez, del teatro, libros de historietas, educación de jóvenes por otros jóvenes, juegos o

locutores de radio y televisión, etc. tratando de que se identifiquen con la situación que actualmente viven, logrando con ello una mayor empatía, y de esta forma tener acceso a las poblaciones mas vulnerables como pueden ser: zonas rurales, trabajadoras comerciales del sexo, niños de la calle y obreros de fábricas. También es importante la colaboración de adultos influyentes, entre ellos padres y madres, líderes de la comunidad y encargados de prestar servicios de salud, para que refuercen los efectos de los mensajes, ya que el importante papel que juegan los padres se multiplica al educar a los hijos acerca de los riesgos que enfrentarán y sobre las necesidades y derechos de obtener información que puede afectar su bienestar y, en el caso del VIH, su supervivencia misma. UNFPA 2005

A este respecto existen diversas opiniones sobre el enfoque de los programas de Educación Sexual y la promoción de los Servicios de Salud Reproductiva, sin embargo diversos estudios han puesto de manifiesto que los programas de educación sexual bien diseñados que combinan mensajes sobre las relaciones sexuales seguras y sobre la abstinencia, pueden retrasar el inicio de la actividad sexual y a la vez aumentar los comportamientos preventivos entre jóvenes que ya son sexualmente activos. Grunseit, 1997

Según las conclusiones obtenidas en la reunión de ONUSIDA,2000 para que cualquier intervención con los jóvenes tenga éxito, independientemente del enfoque que se utilice, tiene que ajustarse a las necesidades de cada grupo de jóvenes, en concreto también se tiene que tomar en cuenta que frecuentemente en los países en desarrollo los jóvenes tienen necesidades inmediatas de vivienda, alimentos, y ropa que son prioritarias a la amenaza de una enfermedad que puede o no acabar con su vida en el futuro Swart y Riche, 1997

- **Aceptar las diferencias entre los jóvenes.**

Dentro de todo tipo de grupos van a existir diferencias entre sus integrantes, (raza, preferencia sexual o clase social) por lo que es importante no olvidarlo y aprender a respetar dichas diferencias, ya sea al interior del grupo o fuera de él; ser empático y comprensivo UNESCO 2001

- **Colaboración con los jóvenes**

En 2001, durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, se reconoció que los jóvenes son

un grupo prioritario para la prevención. Colaborar con los jóvenes puede ser tan importante como trabajar para ellos. De igual forma es importante fomentar la participación activa de los jóvenes y proporcionarles las oportunidades para abordar cuestiones de género, nivel social y sexualidad. ONUSIDA, 2001 porque si bien es cierto que los jóvenes pueden tener un riesgo especial de contraer la infección por el VIH, también representan una oportunidad para detener la epidemia, dado que es posible que sus hábitos sexuales todavía no estén bien establecidos.

- **Medios de comunicación.**

Pueden ejercer una influencia positiva o negativa sobre los adolescentes, pero pueden ser utilizados como una herramienta en la lucha contra el SIDA.

Los medios de difusión y de entretenimiento para las masas pueden capturar la atención de los jóvenes e incluir mensajes en un formato atractivo.

*En los jóvenes son muy aceptados los Medios de comunicación masiva, además se utiliza habitualmente, y generalmente de forma efectiva, para transmitir información o promover productos o acciones mediante anuncios y "comerciales", y los planificadores de salud, cada vez, con más frecuencia están incluyendo mayor número de mensajes en espectáculos (este enfoque se denomina la "educación del espectáculo"). Si bien este enfoque es sumamente moderno, la técnica data de la antigüedad. Ya en el año 350 antes de Cristo, Aristóteles sabía que los relatos llevan a la gente a adoptar conductas adecuadas: las personas que ven una tragedia se identifican con las vicisitudes del héroe, se compadecen de él*

*y temen por su propia suerte.* La educación del espectáculo se ha tornado cada vez más popular y sofisticada, y por ello hay muchos estudios de caso, entretenidos y educativos, que pueden analizar quienes estudian la comunicación en salud. Arvind S. 2004.

- **Educación para la salud**

La diseminación de información en salud (en aulas, sitios fuera de la escuela, la radio, la televisión, los periódicos, las revistas e Internet) no es algo novedoso. Además de ayudar a los adultos a tomar decisiones saludables, la información y la educación son indispensables para socializar a los jóvenes sobre las normas y conductas que fomentan la salud, y cambiar aquéllas que no son saludables. Los conductistas dicen que, si bien se puede organizar la información (para que sea más fácil de entender y utilizar, y tornarla más atractiva), por regla general la información por si sola no es suficiente para lograr cambios en las personas (Instituto Nacional de Cancer). Sin embargo puede ser valiosa, si forma parte de programas educativos bien concebidos y basados en conocimientos teóricos Glanz 1997.

Los programas que dieron buenos resultados se basaron en teorías de eficacia demostrada. Entre las características más destacadas de estos programas se encuentran las siguientes:

- Concentración en conductas sexuales específicas de riesgo, y presentación de mensajes claros y consistentes en su recomendación de abstenerse de tener relaciones sexuales, o usar condones y otro tipo de anticonceptivos;,,
- actividades y sugerencias sobre la forma de abordar la presión social que influye en la conducta sexual. Las sesiones de ejercicios prácticos, para mejorar la comunicación, la capacidad de persuasión, y saber decir "no", ayudaron a los adolescentes a prepararse para situaciones de la vida real. Estos y otros métodos de enseñanza participativa permitieron a los estudiantes obtener información basada en sus necesidades personales;
- selección y capacitación de maestros o líderes de grupos de pares que confiaban en el programa; y
- adecuar el programa a la edad, la experiencia sexual y la cultura de los participantes.

Debemos recordar un aspecto muy importante: la educación sexual no es una solución con resultados rápidos.

NOTA:

El uso y los significados de los términos "jóvenes", "juventud", y "adolescentes" varían en diferentes sociedades del mundo, en función de contexto político, económico y sociocultural. En el presente informe se utilizan las siguientes definiciones de las Naciones Unidas:

Adolescentes: 10 a 19 años de edad (adolescencia temprana, 10 a 14 años, y adolescencia tardía, 15 a 19 años)

Juventud: 15 a 24 años de edad

Jóvenes: 10 a 24 años de edad

Cabe señalar que dicha clasificación es teórica ya que algunas características de la adolescencia (inmadurez, falta de identidad etc.) en ocasiones llegan a perdurar hasta la edad adulta.

## DISCRIMINACIÓN

Concepto de Discriminación de acuerdo a la ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED):

Artículo 4º: “Se entenderá por discriminación toda distinción exclusión o restricción que, basada en origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.”

Según el Consejo Nacional para prevenir la Discriminación CONAPRED opina que la discriminación basada en la diversidad sexual necesita de una intervención integral, no solo desde el punto de vista legal sino en todos los aspectos y crea un programa con el objetivo de diseñar y proporcionar acciones institucionales para facilitar la puesta en práctica de un programa que trata con los problemas y conoce las demandas de ciudadanos cuya sexualidad es diferente a la heterosexual. El objetivo del programa es asegurar que el derecho a libertad sin discriminación sea garantizado.

La discriminación no tiene una solución uniforme, muchos factores económicos, políticos y culturales sostienen la discriminación y es claro que la intervención del estado y la aplicación de políticas públicas son esenciales para eliminar la discriminación en México.

La discriminación es principalmente un problema de herencia cultural. Si la gente discrimina hoy es porque ellos aprendieron como discriminar cuando eran niños. Por lo tanto si queremos disminuir los problemas de discriminación en las futuras generaciones, necesitamos crear las condiciones culturales apropiadas para fomentar una coexistencia equitativa y por lo tanto democrática. Además es importante enseñar a las nuevas generaciones los valores de igualdad, tolerancia, legalidad y coexistencia en la diversidad.

## PROCEDIMIENTO

Debido al incesante aumento de la transmisión del VIH/SIDA en poblaciones con edad entre los 15 y 24 años diversas instituciones y escuelas a nivel secundaria y bachillerato detectan la apremiante necesidad de que se impartan pláticas informativas a sus alumnos y maestros por lo que realizan la solicitud de las mismas a ONUSIDA-México, dicho departamento se apoya en diversas ONG y OSC, entre ellas Fundación Eudes A.C., a quien solicita; en el año 2002, se encargue de esta actividad; para lo cual proporciona el video llamado "Guía de vital importancia en la era del SIDA" que en conjunto con la UNESCO, la OMS, y la OPS realizaron para capacitar multiplicadores para la prevención del VIH/SIDA.

La Fundación comienza esta actividad capacitando *únicamente* a profesores de estos dos niveles (secundaria y bachillerato).

Para esa fecha la Fundación daba tratamiento integral a los pacientes en sus instalaciones (consulta médica, complementos nutricionales, apoyo psicológico, apoyo espiritual y desarrollo social), sin embargo también ella (la fundación) reconoce esta necesidad, por lo que asigna al departamento de psicología esta tarea; este departamento realizaba las siguientes actividades:

- Terapia psicológica a los pacientes: Grupal e Individual
- Coordinación de alumnos que realizan su Servicio Social en la Fundación.
- Capacitación de profesores para ser Multiplicadores de pláticas preventivas sobre el VIH/SIDA

Y a partir de esta fecha se agrega un servicio mas:

- Impartición de pláticas preventivas sobre el VIH/SIDA a los adolescentes.

Las actividades que originalmente tenía como objetivo el video de ONUSIDA "Guía de vital importancia en la era del SIDA", era formar multiplicadores, los profesores capacitados en el curso, reciben dicho video para que posteriormente ellos transmitan la información en cada uno de sus colegios y bajo la política que rige a su institución. El primer año se dio a conocer esta modalidad y prácticamente se trabaja únicamente con esta modalidad, posteriormente se le da énfasis al trabajo preventivo con estudiantes y los profesores capacitados son solamente uno o dos representantes de cada

institución, sin embargo la demanda de la capacitación a los estudiantes fue inminente por lo cual una de mis tareas fue adaptar el video antes mencionado para impartirlo a los adolescentes, y una de acciones que se tomaron fue no proyectar el video, si no realizar una presentación en power point mucho mas breve e incorporar dinámicas apropiadas para los adolescentes, las pláticas tuvieron buena aceptación.

Posteriormente se tiene una actividad más al cambiar las necesidades de la Fundación:

- Replicación Sistema Eudes. que consiste en aplicar el sistema de atención integral al paciente en lugares que cuenten con el personal e instalaciones adecuadas. Se explicará mas adelante.

## OBJETIVO

El objetivo principal de las pláticas es proporcionar al adolescente información veraz, objetiva y clara sobre el VIH/SIDA, a través de dinámicas que le permitan tener una conciencia clara sobre la situación de la epidemia y el papel tan importante que tiene él y la situación en que se encuentra, y así modificar sus conductas de riesgo a conductas responsables o seguras.

Las temáticas de la plática son las siguientes:

## TIEMPO DE DURACIÓN

La duración de la charla depende de los requerimientos de la institución, sin embargo se sugiere un mínimo de 60 minutos, hasta un máximo de hora y media, según sea el numero de asistentes, necesidades o preguntas que surjan de cada plática.

## PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD

El procedimiento que se sigue para recibir una plática es el siguiente:

- La escuela o Institución solicita la plática al departamento de Información Publica de ONUSIDA dejando sus datos y su respectiva población.
- El Oficial de Información Publica de México, Republica Dominicana y Cuba turna la petición a la Fundación proporcionando los datos de la institución que la requiere.
- La Fundación se pone en contacto con el encargado de la Institución o escuela para realizar una entrevista en el plantel que se solicita.

- Durante la entrevista, como primer punto, se informa la temática, dinámicas, material necesario etc. y se solicita información sobre la población a la que se va a impartir la plática y sobre todo *las condiciones o necesidades específicas de la población.*
- Como segundo término se enfatiza la necesidad de que los profesores involucrados en el tema (Orientadores, profesores de Salud pública, Valores, Biología etc.) den seguimiento a las inquietudes que se presenten en los alumnos, ya sea antes o después de la plática.
- Si la Institución así lo solicita se brinda la capacitación a uno o varios profesores para que sean multiplicadores de la información.

#### IMPARTICION DE LA PLÁTICA

- Se analizan las necesidades que se reportaron de la población.
- Ya en la plática se imparte la información referida en el temario antes mencionado enfocándola en las necesidades específicas de la población, animando la participación de los estudiantes.
- Se contestan la preguntas que surjan al respecto y se reparten los trípticos (Informativo y de Valores)
- Por último se aplican las preguntas de evaluación sobre la charla y de Información Estadística.

#### POBLACIÓN

Adolescentes que cursen los grados entre primero de secundaria y sexto semestre de bachillerato.

#### MATERIAL

- Proyector (cañon)
- Computadora portátil
- Memoria USB
- Condones masculino y femenino (para demostración didáctica)
- Material para las dinámicas.
- Trípticos de Información y de Valores \_\_Anexo\_\_
- Instrumento de evaluación realizado por la misma Fundación. \_Anexo\_

#### **DESCRIPCION DE LA PLÁTICA**

La plática esta diseñada para impartirse en un tiempo aproximado de una hora y media, en la cual se presenta un resumen informativo de los temas siguientes:

- Situación del VIH/SIDA en el mundo y México
- Información básica del VIH/SIDA
- Vías de transmisión
- Prevención
- No discriminación

Dentro de plática se pueden presentar diversas dinámicas dependiendo de las necesidades específicas y generalmente se realizan dos dinámicas:

La primera de ellas tiene como objetivo tratar temas de

- Autoestima
- Asertividad
- Negociación

Se refiere a las formas de negociación en la utilización del condón para lo cual es necesario tener un sano autoconcepto y autoestima, explica de forma muy breve lo que es la asertividad y señala situaciones en las que resulta muy útil ser asertivos y tener una adecuada capacidad de negociación, así como también identifica los diferentes estilos de comunicación verbal, con el fin de evitar caer en chantajes o manipulación. De igual forma es importante tratar las habilidades sociales porque permiten representar mental y verbalmente situaciones que pueden plantearse: como hacer una invitación, decir si, decir no, negociar etc.

El objetivo de la segunda es concientizar al alumno de la percepción del riesgo en que se encuentra y de la facilidad de transmisión del virus, si no toma las precauciones necesarias.

#### UTILIZACION ADECUADA DE PRESERVATIVOS

Se realiza la demostración del uso correcto del condón, tanto masculino como femenino; haciendo énfasis en la importancia de tomar en cuenta detalles como:

- La fecha de caducidad
- Verificar el contenido de aire
- Abrirlo solo con la yema de los dedos

- Verificar el sentido en que está enrollado
- Forma de colocación
- Eliminar posibles burbujas de aire
- Retiro del mismo y
- Forma adecuada de desecharlo.

## TRÍPTICOS

Se reparten dos trípticos (Anexo)

En el primero de ellos se trata sobre los valores que resultan útiles en la prevención del VIH/SIDA como son:

- **SEXUALIDAD** que se toma como una parte esencial y natural de nuestro organismo, como un proceso que va mucho más allá de un simple acto sexual en el que se involucran sentimientos, emociones, actitudes pensamientos y desde luego comportamientos.
- **INTIMIDAD**. Se hace referencia a la capacidad de decisión y responsabilidad sobre las acciones que cada quien realice con asertividad y respeto a la pareja y a uno mismo.
- **DESEO**. Visto como una fuerza que nos impulsa y motiva en la vida. Específicamente el deseo sexual es al conjunto de sentimientos, sensaciones y reacciones fisiológicas ligadas a la atracción por alguien.
- **AMOR**. Es concebido como un sentimiento duradero capaz de transformar al ser humano y de hacer surgir sentimientos, fuerzas y energías que anteriormente no existían. Se enfatiza la necesidad de conocerse a uno mismo y a la pareja, así como también distinguir la diferencia entre amor y sexo.

En conjunto se trata de concientizar sobre la necesidad de estar preparado tanto intelectual (contar con la información necesaria) como emocionalmente para tener una relación sexual.

El segundo folleto es informativo y trata los aspectos básicos sobre la enfermedad:

- Que es el VIH y que es el SIDA
- Como SI se transmite y como NO se transmite
- Como prevenirlo
- Como saber si se es o no portador de dicho virus
- El valor de la prevención y educación

#### SESION DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Durante la charla se crea un ambiente de confianza y se propicia la participación de los alumnos durante la misma, así como al finalizar se anima a la concurrencia a plantear las dudas o preguntas que hayan surgido, de forma abierta y sin temor o vergüenza, aunque también se da la opción de que escriban sus dudas de forma anónima en tarjetas que se hacen circular entre los estudiantes.

Finalmente se contestan las asesorías personalizadas y se realizan las canalizaciones pertinentes

## RESEÑA DE ACTIVIDADES

Originalmente la Fundación, capacita solamente a profesores de secundaria y bachillerato con el video proporcionado por ONUSIDA, durante este periodo suceden dos eventos; el primero: nos damos cuenta del gran interés y necesidad de información en los estudiantes, alumnos de las escuelas en que se capacitó a los profesores, y el segundo es la demanda de las instituciones educativas para que sus alumnos reciban esta información.

Ante tal situación ONUSIDA solicita a la fundación que realice dicha actividad, durante este año (2002) se comenzó con una actividad piloto que fue mostrando a la Fundación las modificaciones necesarias en todas las áreas.

Cabe mencionar que del *video* solo se presentaban pequeños fragmentos como ejemplo. De este hecho se observa la necesidad de realizar una presentación mucho más corta que la original, (que dura aproximadamente hora y media), se realiza un resumen de la información contenida en los ocho capítulos contenidos en el video y se hacen modificaciones para poder ser impartida a los adolescentes de las escuelas, por lo cual se realiza una presentación en power point y se comienzan a introducir dinámicas grupales para agilizar la impartición de la plática.

Por primera vez se imparte a dos grupos a nivel bachillerato, notando el gran interés de los adolescentes en el tema a través de su participación durante y después de la plática.

Los resultados obtenidos de dichas capacitaciones resultan ser del completo agrado de los profesores que lo reciben

Posteriormente, en el año siguiente (2003), se incrementó considerablemente el número de personas capacitadas (alumnos y profesores) mas del triple.

## Capacitación a Profesores.

Es el año en que mas profesores se instruyeron; la capacitación se llevó a cabo en las instalaciones de la Naciones Unidas – México, asistiendo también, profesores y personal de salud del interior de la republica.

Las Instituciones que enviaron a su personal (docentes o de salud) a dicha plática fueron:

- Colegio Israelita de México.....Cuajimalpa
- Colegio de la Ciudad de México .....Campus Polanco
- Bachillerato Alexander Bain .....D.F.
- Colegio Hebreo Maguen David ..... Estado de México
- Colegio Vista Hermosa.....D.F.
- Instituto Mier y Pesado .....D.F.
- Fundación Baur Intercambio Cultural Naucalpan ..... Estado de México
- Fundación NEMI A.C.....D.F.
- Honorable Ayuntamiento Villa de Tezontepec .....Hidalgo
- Honorable Ayuntamiento de san Mateo Atenco ..... Estado de México
- DIF Municipal Hidalgo .....Hidalgo
- DIF Municipal Toluca .....Estado de México
- DIF Municipal Puebla .....Puebla
- VANMPAVIH (Vanguardia Mexicana de Personas Afectadas por el VIH/SIDA)

- Asociación de scouts de México/ Provincia Tlalpan  
.....D.F.
- CODEVIMSS (Coalición de Derechoabientes Viviendo con VIH/SIDA del IMSS)
- Jurisdicción Sanitaria Nezahualcoyotl ..... Estado de México
- Mujeres en libertad por la lucha contra el SIDA..... Cd. Nezahualcoyotl
- Instituto de Salud del Estado de México ..... Estado de México
- Comunidad Unida en Respuesta contra el SIDA  
.....D.F.
- DEMUJEF A.C. (Derechos y Equidad por la Mujer y la Familia).....Edo. Mex.
- Asociación de Municipios de México  
.....D.F.
- Hogar de los Ángeles de María (Metepéc) ..... Estado de México

## Platicas a Estudiantes

En lo que se refiere a estudiantes fue una experiencia enriquecedora pues se capacitaron grupos de bachillerato de escuelas públicas (Colegio de Bachilleres # 5 – Satélite) la dinámica en estos grupos mostró una audiencia mas participativa durante las charlas pero menos interesada en las asesorías (preguntas individualizadas) al final, se piensa que probablemente el mayor número de estudiantes impidió una mayor confianza en ellos, los alumnos se mostraron menos demandantes en relación a las fuentes consultadas, e información en general; cabe señalar que dichas observaciones son comparadas con colegios particulares.

La mayor parte de las canalizaciones fueron encauzadas a CENSIDA para la realización de pruebas de detección del VIH (ELISA) ya que la Fundación no cuenta con el equipo necesario para realizarlas, basándonos en el principal interés de sus preguntas se puede inferirse que existe en ellos la incertidumbre de ser o no portadores del virus, lo cual nos indica que probablemente realizaron conductas de riesgo en sus relaciones sexuales.

La experiencia en estos dos años nos hace darnos cuenta de la necesidad de de que se imparta una capacitación paralela tanto a los alumnos como a sus respectivos profesores, para que existan asesores permanentes “in situ”, para que los alumnos puedan acudir en cualquier momento para aclarar las posible dudas que surgieran posteriormente, motivo por el cual se toma la decisión de restringir la capacitación únicamente a profesores de los planteles en que se imparten las pláticas a los alumnos esto ocurre en el año 2004, durante este periodo casi se duplica el número de estudiantes asistentes en el año anterior.

A pesar de que aumenta el número de estudiantes, las asesorías individualizadas no se incrementan en igual proporción.

En lo referente a las canalizaciones es el año en que más se realizan y al igual que el año pasado con la finalidad de la realización de pruebas de detección.

Los profesores refieren que el sistema de capacitación paralela arroja buenos resultados, sin embargo no se realiza alguna evaluación para comprobarlo, pero si se sigue trabajando con este sistema.

En este periodo las principales canalizaciones son hacia CENSIDA para pruebas de detección del VIH y Mexfam para métodos de planificación familiar.

En el presente año la Fundación entra en una etapa diferente: la Replicación del Sistema Eudes que consiste en aplicar el mismo sistema de atención integral que utiliza la Fundación en instituciones, en el interior de la república) que cuenten con un médico Infectólogo (o en su defecto un médico asesorado por este especialista), un psicólogo y un trabajador social; el apoyo espiritual es opcional.

Cabe señalar que la mayoría de las instituciones en que se aplica son DIF y ONG's de la localidad, hasta la fecha se ha aplicado en Altamirano, Guerrero; Saltillo, Coahuila y Puebla, Puebla.

En lo referente a pláticas preventivas actualmente se lleva a cabo un proyecto en conjunto con CENSIDA quien solicita a la Fundación que dichas pláticas sean impartidas en "antros" de Hombres que tiene Sexo con Hombres (HSH), lo cual se realiza al inicio de las actividades del lugar y con el público asistente; en dichos eventos la mayoría de los participantes son mayores de edad (no adolescentes), razón por la cual no se contabilizan en el reporte.

Por otra parte la Universidad Autónoma de Morelos ha solicitado pláticas para sus alumnos y se han impartido charlas en ella, así como en Cuernavaca para el Público en General. Lo mismo se ha realizado en el Estado de México, Toluca y en el estado de Puebla.

## ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN

Como una forma de evaluar la impartición de las pláticas, al finalizar estas, se aplica a los alumnos el cuestionario de evaluación (anexo), y al analizar la información contenida en ellos, encontramos lo siguiente:

### PREGUNTAS ABIERTAS

En la pregunta

“¿Considera que adquirió algún conocimiento nuevo, en esta plática?”

Cuando responden afirmativamente:

Una de las respuestas mas frecuentes es el uso del Condón Femenino, con referencia a este tema, en la mayoría de los grupos se encuentra mucho interés por parte tanto de hombres como de mujeres, ya que la mayoría reportan ni siquiera conocerlo, lo cual se corrobora durante la plática, por sus comentarios, algunos de ellos son de sorpresa por el tamaño y lo diferente del mismo (en comparación con el masculino).

Otro de los temas que mencionan se refiere al sexo oral, por el cual se crea controversia, pues algunos alumnos afirman haber encontrado información en la que se reporta que no existe riesgo alguno de transmisión durante esa práctica.

Por último, y con menor frecuencia, aún existen personas que suponen que el usar dos condones masculinos es garantía de una mejor protección.

En la siguiente pregunta:

“¿Considera que la información contenida en la plática puede ser comentada con amigos o familiares? “

Aproximadamente un 60% contesta afirmativamente. Y reportan “que son temas comunes que pueden tratar en las conversaciones entre amigos” y en pocos casos refieren que piensan que sería un poco difícil tratarlos dentro de la familia, pero tampoco mencionan el porque.

El porcentaje restante solamente contesta afirmativamente, pero no indica el motivo por el cual considera que si es posible tratar dicho tema entre sus amigos.

En la pregunta:

“¿Agregaría o eliminaría algo a la plática?”

En esta pregunta las respuestas varían según el tiempo en que se impartió la plática, por ejemplo cuando se imparte en una hora la respuesta que con mayor frecuencia se repite es “que agregarían mas tiempo”, cabe mencionar que en este lapso no es posible aplicar ninguna dinámica y con frecuencia se tiene que apresurar la sesión de preguntas y respuestas.

Por otra parte están de acuerdo en que ha sido bueno o muy bueno:

- El contenido informativo de la plática.

Verbalmente los profesores reportan con frecuencia que la información ha sido concreta y clara; cuando se tiene oportunidad de aplicar las dinámicas mencionan que son muy didácticas y de fácil aplicación, sobre todo la referente a la asertividad y toma de decisiones.

- La explicación del expositor

En general coinciden en que ha sido clara y entendible.

- El vocabulario y los términos utilizados por el expositor.

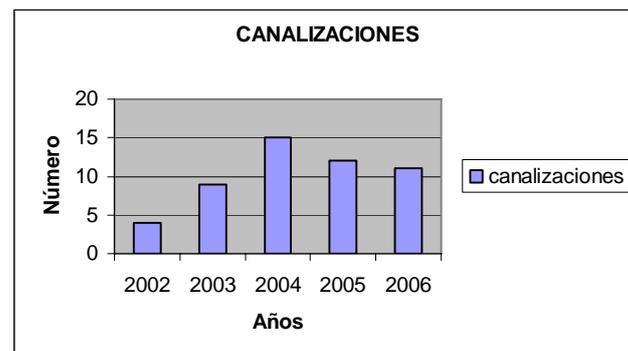
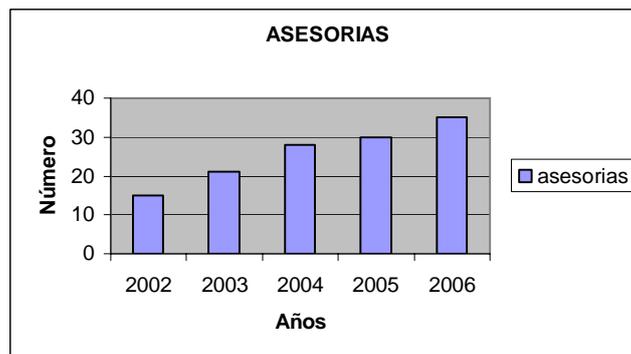
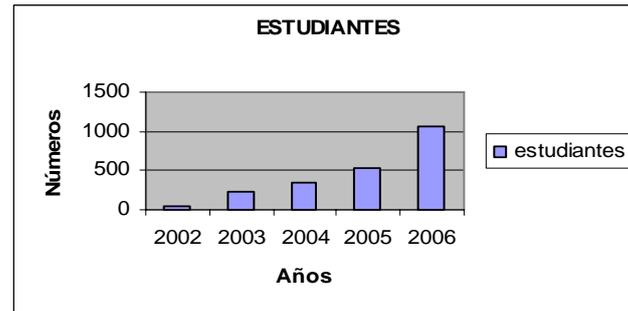
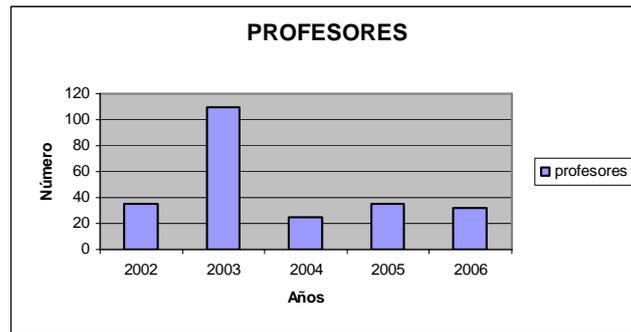
Algo que con frecuencia reportan es la ventaja de que no se utiliza una terminología médica, lo cual facilita la comprensión a los alumnos.

Y por último:

- La actitud del expositor con los asistentes.

Reportan que les transmitió confianza y fue de mucha disponibilidad, lo cual se confirma en las preguntas que realizan la mayoría de los grupos.

## GRAFICAS



La graficas anteriores muestran la información sobre

- Los profesores capacitados para multiplicadores
- Los estudiantes asistentes a las pláticas
- Las asesorías individualizadas
- Canalizaciones a instituciones

Durante el periodo comprendido entre los años 2002 y 2006.

## DESCRIPCIÓN DE GRAFICAS

Las gráficas anteriores muestran la actividad realizada durante el periodo del año 2002 al 2006.

En la primera de ellas se muestra una de las actividades que originalmente tenía como objetivo el video de ONUSIDA "Guía de vital importancia en la era del SIDA", formar multiplicadores, los profesores capacitados en el curso, reciben dicho video para que posteriormente ellos transmitan la información en cada uno de sus colegios y bajo la política que rige a su institución. El primer año se dio a conocer esta modalidad de trabajo y prácticamente se trabaja únicamente con esta modalidad, y es en el año 2002 cuando se obtiene una mayor respuesta; posteriormente se le da énfasis al trabajo preventivo con estudiantes y los profesores capacitados son solamente uno o dos representantes de cada institución, por esta causa se registra una menor cantidad de multiplicadores durante los años 2004 al 2006.

En la segunda gráfica se puede observar el desarrollo del trabajo preventivo con estudiantes, como ya se mencionó anteriormente en un inicio no era el objetivo impartir las pláticas a los estudiantes, sino formar multiplicadores; sin embargo la demanda de este servicio fue inminente por lo cual una de mis tareas fue adaptar el video antes mencionado para impartirlo a los adolescentes, y una de acciones que se tomaron fue no proyectar el video, si no realizar una presentación en power point mucho mas breve e incorporar dinámicas apropiadas para los adolescentes, las pláticas tuvieron buena aceptación y año con año se incrementó la población beneficiada.

En lo que se refiere a las asesorías personalizadas el aumento fue proporcional a la cantidad de alumnos atendidos.

En la gráfica correspondiente a las canalizaciones es posible observar que durante el año 2004 se realizó un mayor número de canalizaciones, sobre todo para realizarse pruebas de detección y planificación familiar.

## CONCLUSIONES

Aunque resultaría sumamente difícil resumir las experiencias de la impartición de las pláticas a adolescentes se pueden concretizar algunos puntos básicos:

- Aunque la estructura es básicamente la misma, cada plática es diferente debido a dos aspectos principales: primero se le da el enfoque específico de acuerdo a las necesidades de cada plantel, y segundo la pauta la marca el grupo de alumnos que recibe cada charla, por ejemplo hay algunos mucho más abiertos y participativos que otros, o con mayores conocimientos en el área y esto hace que se aborden con mayor detalle diferentes temas en cada una de ellas.

Por medio de las evaluaciones que los alumnos realizan sobre las pláticas nos ha sido posible darnos cuenta de que algunas de las limitaciones son:

- El tiempo

Ya que condiciona de forma muy importante tanto la información proporcionada a los alumnos como la asimilación que ellos realicen. En una hora solo puede realizarse una sesión informativa con aspectos muy básicos y puede omitirse algún detalle informativo importante, pues tiene que tomarse en cuenta que en esa hora se tiene que realizar la respectiva conexión de la computadora portátil y el proyector; o en otros casos sus clases son de 50 minutos cuestión que dificulta aún más la adecuada impartición de la misma.

- La Políticas o ideologías de los Colegios

Este también es un aspecto importante que limita las charlas, pues se tiene que adecuar el contenido informativo a cada política e ideología, uno de los casos que se presentan es que aún existen algunos colegios con un enfoque religioso que están en contra de los métodos anticonceptivos, lo cual incluye los métodos de barrera (condón masculino y femenino) lo que dificulta tanto la exposición como la sesión de preguntas y respuestas .

- El presupuesto con que se cuente es importante para el material didáctico, por ejemplo en un inicio la Fundación no contaba con proyector (cañón) propio, lo que hacía que la Institución solicitante tuviera que conseguirlo con sus propios medios. También considero que es muy importante el material didáctico con el que se realicen las

demostraciones, (presentación, material utilizado para dinámicas, condones tanto masculinos como femeninos etc.)

- En lo que se refiere a la diferencia entre los niveles de secundaria y bachillerato es notoria ya que los alumnos de bachillerato tienen más percepción de riesgo y esto se nota en que la mayoría de sus preguntas son enfocadas a cómo saber si son o no portadores del Virus, debido tal vez, a que con anterioridad hayan realizado conductas de riesgo en sus prácticas sexuales, en cambio en niveles de secundaria existe menos participación y los alumnos no se perciben en riesgo, les cuesta más trabajo hablar sobre la sexualidad y sus prácticas, este último problema se presenta de manera acentuada en alumnos del interior de la República (Puebla y Morelos específicamente)
- La mayor demanda de pláticas se manifiesta en Octubre y Noviembre debido a que el 1º de diciembre se celebra el día Mundial de Lucha contra el SIDA.

## REFLEXION

Indudablemente los adolescentes en la actualidad atraviesan una época sumamente difícil ya que nacieron en la era del VIH/SIDA, para ellos ya es normal así como lo es la computación por ejemplo, si a esto agregamos que la adolescencia es una edad crítica en la cual se desea la libertad propia de un adulto sin asumir las responsabilidades correspondientes y tomar riesgos, mas el bombardeo de información con un alto contenido sexual en los medios de comunicación da como resultado una situación sumamente compleja en la cual no es suficiente que el adolescente reciba únicamente la información correspondiente; si no que es necesario lograr una concientización para lograr un cambio en su conducta, y es justamente en este punto en donde la *psicología* puede realizar su aportación dentro de las charlas ya que el lograr que el chico “acepte” la información depende de diversos factores personales y psicológicos como el autoconocimiento, su autoestima, la comunicación que tenga con su familia, su valores etc.

Un ejemplo muy claro que se presenta en la mayoría de los grupos es la forma de negociar el uso del condón, la cual va depender de la seguridad que tenga – generalmente- la chica, de su asertividad, que si la entendemos como una “habilidad personal que permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás” es justo lo que se necesita para solicitar el uso de este, por lo cual es uno de los elementos claves que se les transmiten durante la misma; también influye mucho el concepto que tengan de la libertad, (con responsabilidad o sin ella –libertinaje-) etc.

Y así podríamos mencionar mas factores que necesitan de los conocimientos psicológicos para ser transmitidos adecuadamente al joven sin mezclar juicios de valor personales y lograr llegar al estudiante haciéndole comprender las posibles consecuencias de sus actos y el alcance de estas, en todas las áreas de su vida, sin que lo entienda como un consejo o regaño.

*Lo importantes es que entienda que mejor que usar condón es tener una pareja estable, con amor, la exclusividad sexual y la mutua fidelidad.*

## SUGERENCIAS

Tomando en cuenta que se pretende que este reporte sea la base para su propio mejoramiento, es útil tomar en cuenta los siguientes factores:

- En lo posible no realizar pláticas con duración de una hora, ya que no es posible aplicar ninguna dinámica por lo que la información que reciben los alumnos es exclusivamente teórica y es un tiempo insuficiente para que el alumno pueda conscientizar algún conocimiento.
- En caso de contar con presupuesto suficiente llevar material didáctico (condones masculinos, pero sobre todo femeninos) en cantidades suficientes para que los alumnos tengan contacto directo, para que les sea posible tocarlos y se familiarizarse con ellos, etc.
- Si se cuenta con la disponibilidad de tiempo por parte de la institución sería muy provechoso diseñar Talleres Vivenciales para los adolescentes basándose en los conocimientos del video y aumentando dinámicas en las que participen activamente la mayoría de los asistentes.

Por otra parte, también sería conveniente realizar una evaluación con mayor profundidad, por ejemplo diseñar un instrumento de evaluación pre-post para realizar un sondeo de los conocimientos que poseen los alumnos antes de la charla y verificarlos posteriormente, desde luego que se tiene que tomar en cuenta, por una parte, el personal y tiempo con que cuenta la Fundación; y por otra el tiempo y disponibilidad de las escuelas a quienes se van a impartir.

Algo que no podemos pasar por alto es –que bajo el enfoque de la Fundación- lo básico es transmitir el mensaje adecuado para rescatar los valores humanos fundamentales, que en la actualidad se están perdiendo como el amor, fidelidad etc.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Arjonilla E., Acevedo M. Consejo Nacional para la Prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- Arvind S. 2004. Entertainment-Education and Social Change: History, Research and Practice (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2004).  
Asociación Medica Mexicana de VIH/SIDA, A.C. Edición 2001
- Ayuso Mateos.J.L. (1997) Trastornos neuropsiquiatricos en el SIDA. Mc Graw Hill Interamericana.
- Banco Mundial. 2005. Why Invest in Children and Youth.
- Bandura, Albert 1986. Social Foundations of Thought and Action.
- Boletín de prensa de la secretaría de Salud SSA mayo 2002
- Bruyn M. y Parker. 2004. Adolescents, Unwanted Pregnancy and Abortion: Policies, Counseling and Clinical Care. Chapel Hill, North Carolina.
- Cd. de México 10 de octubre de 2006.
- Cincotta, R., R. Engelman y D. Anastasion 2003. The Security
- Clemades T .2003. La educación de la sexualidad a través de cuentos. Una alternativa para prevenir el VIH/SIDA Ed. Fontamara
- COESIDA/Jalisco. 1998 Guía práctica para el personal de salud con trabajo en VIH/SIDA.
- CONASIDA. 1998. Guía para la atención Domiciliaria. Secretaria de Salud.
- Consulta Regional sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH/SIDA con HSH en América Latina y el Caribe (1999) ONUSIDA Ginebra, Suiza.
- Daniels G. V. SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- Demographic: Population and Civil Conflict after the Cold War. Washington, D.C.: Population Action International.Citado en: UNFPA 2005a, pág. 46.
- Durham D., Cohen 1994 Pacientes con SIDA. Cuidados de enfermería. Manual Moderno.

- Ed. Fontamara
- Editorial Manual Moderno
- Encuentro Internacional contra la Discriminación. Organizado por la CONAPRED.
- Erikson H. E.1978. Sociedad y Adolescencia. Ed. Siglo Veintiuno.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia 2003. Youth Participaron: Youth in Decisión Making Processes. IPPF/WHR Spotlight on Youth. No. 7. Hoja informativa. Nueva York: Western Hemisphere Región, International Planned Parenthood Federation
- FNUAP 2002. Prevenir el contagio con el VIH, promover la salud reproductiva
- Freiré, Paolo 1970. Pedagogy of the Oppressed (Nueva York: Continuum)
- Giffin, K. (1998) Beyond empowerment: Heterosexualities and the prevention of AIDS. Social Science and Medicine, 46 (2): 151\*
- Glanz K. 1997 "Linking Theory, Research and Practice," en Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice, 2d ed., ed. Karen Glanz et al. (San Francisco: Jossey-Bass, Inc., 1997): 19-35.
- Global HIV Prevention Working Group. 2003. Acces to HIV Prevention: Closing the Gap Menlo Park, California: Kaiser Family Foundation and the Bill.
- Goodridge, G.A.W. y Lamptey, P.R. (1999) HIV prevention in the general population. En Gibney, L. Di Clemente, R.J. y Vermund, S.H. (eds.). Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and behavioural approaches. Nueva York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.\*
- Grunseit, A. (1997) Impact of HIV and sexuality Education on the sexual Behavior of Young People: A review update. Ginebra ONUSIDA.
- Guía de temas selectos para la atención del paciente con infección por el VIH.

- Gupta G.R., Weiss, E., y Mane, P.(1996). Talking about Sex: A prerequisite for AIDS prevention. En Long ,L.D., Ankra, E.M.(eds) Women's Experiences with HIV/AIDS: An international perspective Nueva York, ColumbiaUniversity Press.\*
- Heise Lori. 1999 Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L, No. 11 (1999)
- [http:// cancer.gov](http://cancer.gov) Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion 2003.
- <http://www.fundacionprincipedeasturias.org/esp/premios/galardones/galardonados/trayectorias/trayectoria640.html> 10 agosto 2006 4:37pm
- <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis.htm> 02 agosto 2006
- Instituto Nacional del Cáncer, Theory at a Glance: A Guide for Health Promoción: 11.
- Instituto Nacional del Cáncer. 2003. Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion (2003) pag 18.
- ISBN 92- 9173- 031-9
- Jáuregui Chiu Mario. 2000 Ecos de Durban Boletín informativo especial. Asociación Médica Mexicana de VIH/SIDA, A.C.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS Epidemic Update: December 2002. Geneva: UNAIDS, 2000.
- Klatt, E.C and DD. Shibata 1988. Cytomegalovirus infection in the acquired immunodeficiency syndrome. Clinical and autopsy findings. Arch Pathol. 112:540-544
- Lande, Robert E. 2002."Performance Improvement," Population Reports, Series J, no. 52 (2002).
- Las Cifras del SIDA en México
- Levine Ruth. 2004. Millions saved: Proven Successes in Global Health. Washington,DC: Center for Global Development.
- Lloyd, C. B. 2005. Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries. Washington, D.C.: The National Academies Press; y UNFPA. 2005a. The Case for

Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy. Nueva York: UNFPA.

- Long, L.D., y Ankrah, E.M.(eds.) 1996 Women's experiences with HIV/AIDS A interntional perspective. Nueva York, Columbia University Press.\*
- Magis C, Rivera P., Bravo-García E. 2002 People living with HIV estimate in Mexico. XIV Int Conf on HIV-AIDS. Barcelona, July 2002
- Mckenna,N.(1996) On the Margins: Men who have sex with men and HIV in the developing world. Londres, Panos Institute.\*
- Muhiuddin Haider. 2005, "Diffusion of Innovation and FOMENT: A Synergistic Theoretial Framework in Health Communication," en Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies, ed. Muhiuddin Haider (Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2005): 1-24.
- Murphy Elaine. 2004. La promoción de comportamientos saludables. Population Reference Bureau
- Naciones Unidas 2004. *World Yoath Report 2005: Report of the Secretary-General (A/60/61-E/2005/7).* pág. 1. Nueva York: Naciones Unidas.
- Naomi Rutenberg y Susan Cotts Watkins. 1997 Studies in Family Planning 28, no. 4 (1997): 290-307.
- Nieuwboer, I. 2003. Once you Know you can never not Know again: The effect of digital guide in persuadig student to go for VCT Tilburg: Tilburg University Press, pag. 10
- OMS. 2002. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Ginebra: OMS, 2002
- ONUSIDA /01.02S (versión española 2001)
- ONUSIDA 2001; AIDS Epidemic Update: December 2001 UN
- ONUSIDA 2002. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA
- ONUSIDA México 2003 Guía de vital importancia en la era del SIDA.
- ONUSIDA,2001. Enfoques innovadores en la prevención del VIH/SIDA

- ONUSIDA. 1999. Diferencias en la propagación del VIH en cuatro ciudades de África subsahariana: resumen de un estudio multicéntrico. ONUSIDA, Ginebra, agosto 1999; Presentado para publicación
- ONUSIDA. 2001. Enfoques innovadores en la prevención del VIH
- ONUSIDA. 2000. Metas, objetivos e ideas para la acción. Campaña Mundial contra el sida, 2000
- ONUSIDA/01.02S (version española 2001) ISBN 92- 9173- 031-9
- Organización Mundial de la Salud (OMS) "Declaration of Alma – Ata International Conference on Primary Health Care, SEPTEMBER 1978
- Periodo extraordinario de sesiones de la asamblea general de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA 25 – 27 de junio de 2001, Nueva Cork.
- Primer Foro Nacional de Acciones en Prevención del VIH/SIDA e ITS "La Prevención en México hacia el 2015" realizado en Zacatecas en noviembre de 2006.
- Prochaska, James. 1992. "In Search of How People Change: Application to Addictive Behaviors" American Psychologist 47, No. 9 :1102-14.
- Promoción de la Salud Sexual, 2000. Recomendaciones para la acción. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Y LA Organización Mundial de la Salud (OMS)
- R. Mcleroy. 1988. "An Ecological Perspective on Health Promotion Programs" Health Education Quarterly 15, No. 4: 351-77
- Raufu, A. 2002. Unsafe Abortions Cause 20,000 Deaths a year in Nigeria. British Medical Journal 325 : 988.
- Respuesta del FNUAP 2002 Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Resumen de la declaración de compromiso en la lucha contra el sida
- Revised guidelines for the use antiretroviral Agents in HIV infected Adults . Panel of Clinical Practices for the Treatment of HIV Infection.

US Department of Health and Human Services (HHS) and the Henry J. Kaiser Family Foundation source.

- Rimmerman, Craig A. 1998. "Act Up," en The Encyclopedia of AIDS: A Social, Political, Cultural, and Scientific Record of the HIV Epidemic, ed. Raymond A. Smith (Nueva York: Penguin Putnam, Inc.).
- Rivers, K., Aggleton, P. 1999. Men and the HIV Epidemic. Nueva York. UNDP
- Rivers, K., Aggleton, P., Elizondo, J., Hernandez G. Mane, P., Nang, C.I., Scott, S., y Setiadi, B. (1998) Gender Relations, Sexual Communication and the Female Condom. Critical Public Health, 8(4):273-290.\*
- Rogers Everett M. 1995. Diffusion of Innovations, 4th ed. (Nueva York: The Free Press).
- Rosenstock, Irwin. 1988. Social Learning Theory and the health Belief Model. Health Education Quarterly 15, No. 2 (1988) : 175-85
- Secretaría de Prevención y protección de la Salud 2002. Programa de acción :VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual Secretaría de Salud
- Sepúlveda A. J. 1989. SIDA, Ciencia y Sociedad en México. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Fondo de Cultura Económica
- Subsecretaría de prevención y protección de la Salud. 2002 Boletín de Prensa segundo trimestre Secretaría de Salud.
- Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. 2002 Programa de acción:VIH/SIDA en infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Secretaría de Salud
- Swart-Kruger, J. y Riche, L.M. 1997. AIDS related knowledge Attitu and Behavior among South African Street Youth: Reflections on power, sexuality and autonomous self. Social Science and Medicine, 45(6):957-966.
- Tirso Clemades 2003. La educación de la sexualidad a través de cuentos

- UNAIDS. 2000. Innovative Approaches to HIV Prevention; Selected Case Studies / 00.35, octubre 2000
- UNESCO – ONUSIDA 2001. El VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Jóvenes en acción.
- UNFPA 2003. El Estado de la Población Mundial 2003: Valorizar a 1.000 millones de adolescentes: Inversiones en su salud y sus derechos. Nueva York: UNFPA. Citado en: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005a.
- UNFPA 2004. El Estado de la Población Mundial 2004: El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones para eliminar la pobreza, pág. 76. Nueva York: UNFPA.
- UNFPA 2005. Estado de la población Mundial 2005. La promesa de la Igualdad. Equidad de Género, Salud Reproductiva y objetivos de Desarrollo del Milenio. ONU.
- UNICEF 2001. Early Marriage: Child Spouses, pág. 11. Innocenti Digest. No. 7. Florencia, Italia: UNICEF. Centro Innocenti de Investigaciones.
- Uribe P., Magis C. 2000. La respuesta Mexicana al SIDA: Mejores prácticas. Secretaría de Salud.
- Uribe Z., Ponce de León R. 2000. Guía para la atención Médica de Pacientes con infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales. Secretaría de Salud
- Waidholz, Michael 2000. "Makers of AIDS Drugs Agree to Slash Prices in Third World," The Wall Street Journal, de mayo,2000.
- Working Group for Youth and the MDGs 2005. Ybufrí and the Millennium Development Goals: Challenges and Opportunities for Implementation: Final Report . April 2005.

## ANEXOS

### EVALUACION

Fundación Eudes A.C. les agradece su asistencia a este evento. Con la finalidad de brindarles un mejor servicio, le pedimos nos proporcione sinceramente la siguiente información:

	Muy bueno	Buen o	Regular	Malo	Muy malo
El contenido informativo de la plática fue:					
La explicación del expositor fue:					
El vocabulario y los términos utilizados por el expositor fueron:					
El material utilizado en la exposición fue:					
La actitud del expositor con los asistente fue:					
El tiempo de duración de la plática fue:					

¿Considera que adquirió algún conocimiento nuevo, en esta plática? SI ( ) NO ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Considera que la información contenida en la plática puede ser comentada con amigos o familiares?

SI ( ) NO ( )

¿Porqué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Agregaría o eliminaría algo a la plática? SI ( ) NO ( )

¿Qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COMENTARIOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¡GRACIAS POR SU COOPERACION!**

## TABLAS

### CATEGORIAS DE TRANSMISIÓN HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2005

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexual</b>	<b>92.1%</b>
HSH	47.3%
Heterosexual	44.8%
<b>Sanguínea</b>	<b>5.3%</b>
Transfusión sanguínea	3.5%
Hemofílico	0.4%
Donador	0.6%
Drogas I.V	0.7%
Exp. Ocupacional	< 0.1%
<b>Perinatal</b>	<b>2.3%</b>
<b>Otras (Homo-Drogas)</b>	<b>0.3%</b>
<b>Se desconoce</b>	<b>(37.9%)</b>

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Nota: La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.

CASOS DE SIDA POR SEXO Y EDAD  
HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2005

Sexo	Número	Porcentaje
Hombres	85,307	83.2%
Mujeres	17,268	16.8%
<b>Total</b>	<b>102,575</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Edad	Número	Porcentaje
<15 años	2,495	2.4%
15 -44 años	79,984	78.8%
45 años o más	19,083	18.8%
Edad ignorada	1,013	(1.0%)
<b>Total</b>	<b>102,575</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Nota: La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.