



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“LA INTENCIÓN CONDUCTUAL DE DOCENTES
FRENTE A ESTUDIANTES DE PRIMARIA CON VIH/SIDA”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :
LIZBETH ANDREA ANAYA PAZARÁN

Directora: Dra. Lucy María Reidl Martínez

Revisora: Mtra. María de la Luz Javiedes Romero



México DF.

2008



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 mi directora de tesis la Dra. Lucy Reidl, por su apoyo en la realización de este trabajo y en mi vida académica.

A la Mtra. María de la Luz Javiedes por su disposición y conocimientos.

A la Lic. María Eugenia Martínez Compean por facilitar el aprendizaje más valioso de mi carrera: "quizás no pueda cambiar el mundo, pero sí sembrar la esperanza en alguien que pueda hacerlo".

Al Lic. Rafael Luna porque de su materia "Cambio de actitudes" surgió la idea de este trabajo.

A la Lic. Renata López Hernández, por su gentileza y conocimientos.

A la Mtra. Gisela Sierra por su valiosa amistad.

Dedicatorias

Para mis padres, por el esfuerzo del día a día, reflejado en el más grande de los regalos que me han dado, mi educación, como base de mi libertad de ser, sentir, pensar y amar. Papá mi corredor llego a la meta y ante él se abren nuevos horizontes por alcanzar. Mamá el sacrificio valió la pena, tu amor, fuerza y valentía son mi mejor ejemplo de vida.

A mis hermanos por el inmenso cariño que nos une. Mike, por que te quiero mucho y ser mi mejor compañero de infancia. Arturo, gracias por tu alegría y entusiasmo; nunca dejes de creer en ti mismo, no desistas.

Para mis abuelos por ser ejemplo del valor de la familia.

A Rafa, gracias por mostrarme el amor real como nunca me lo había imaginado, te amo.

Para Ara, Bere, Bety, Cony, Eli, Elsa, Ily, Luisa, Miriam y Nidia, sin olvidar al buen Dan Comadritas, ¡por ellos y por las mamás de ellos que los hicieron tan buenos!

A mis hermanos de PREPA 5: Ana, Arturo, Fany, Fer, Giza, Karis, Marco, Oliver, Orlando, Poli y Ulises, por ser parte de mi historia y mostrarme que la verdadera amistad radica en el respeto a las diferencias, aun cuando se está lejos. Una alfalfa para todos.

A mi Det, por tu cariño.

A todos aquellos con los que compartí un pedacito de vida y dejaron parte de la suya en mi paso por la universidad.

Pero sobre todo a Dios por concederme la razón para decidir su presencia en mi vida y por la familia y los amigos que puso en mi camino.

“Por mi raza hablará el espíritu”
Orgullosamente corazón azul y piel dorada.



ÍNDICE

	Página
RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL VIH/SIDA	
1.1. Antecedentes.....	9
1.2. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).....	10
1.3. VIH y Sistema Inmunológico.....	11
1.4. Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana, SIDA.....	13
1.5. Detección.....	15
1.6. Transmisión.....	17
1.7. Epidemiología Mundial.....	17
1.8. Epidemiología Nacional.....	18
CAPÍTULO II. VIH/SIDA Y NIÑEZ.	
2.1 Concepto de Niñez.....	20
2.2. Transmisión Vertical.....	20
2.2.1 Factores de Riesgo.....	22
2.2.2 Prevención y Disminución del Riesgo.....	24
2.3 Diagnóstico.....	23
2.4 Historia Natural de la Enfermedad.....	29
2.5 Tratamiento.....	30
CAPÍTULO III. CONDICIONES SOCIALES DE LA NIÑEZ CON VIH/SIDA EN MÉXICO	
3.1 Epidemiología.....	31
3.2 Acciones Preventivas.....	32
3.3 Atención Médica y Social a Niños con VIH/SIDA.....	34
3.4 Discriminación Ante el VIH/SIDA.....	36
3.4.1 Discriminación Escolar a Niños con VIH.....	39
3.4.2 La Función Docente en la Educación Primaria.....	42
CAPÍTULO IV. INTENCIÓN CONDUCTUAL	
4.1 Antecedentes.....	45
4.1.1 Actitud.....	45
4.1.2 Modelos Estructurales de la Actitud.....	48
4.1.2.1 El Modelo de los Multicomponentes.....	49
4.1.2.2 El Modelo Causal.....	50
4.2 Intención Conductual.....	51
4.2.1 Teoría de la Acción Razonada.....	51
4.2.2 Implicaciones y Limitaciones.....	56
4.3 Evidencia Empírica de la Intención Conductual.....	58
CAPÍTULO V. MÉTODO	
5.1 Justificación y Planteamiento del Problema.....	64
5.2 Preguntas de Investigación.....	65

5.3 Objetivos.....	66
5.3.1 Objetivo General.....	66
5.3.2 Objetivos Específicos.....	66
5.4. Hipótesis.....	67
5.5 Definición de Variables... ..	68
5.5.1 Variables Independientes.....	68
5.5.2 Variable Dependiente.....	69
5.6 Tipo de Estudio	69
5.7 Muestra.....	69
5.8 Instrumentos.....	70
5.9 Procedimiento.....	70

CAPÍTULO VI. RESULTADOS.

6.1 Propiedades Psicométricas del Instrumento.....	72
6.2 Descripción de las Variables.	82
6.3 Comprobación de Hipótesis.....	84

CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

7.1 Discusión.....	87
7.2 Conclusiones.....	93
7.3 Limitaciones y Sugerencias.....	94
7.4 Replanteamiento del Problema.....	95

REFERENCIAS.....	98
------------------	----

ANEXOS.....	108
-------------	-----

RESUMEN

Los niños con VIH son víctimas de discriminación escolar en México, ante esta situación surge el problema de identificar qué aspectos están vinculados a este fenómeno. El objetivo general de esta investigación es explicar la intención conductual de docentes de educación primaria de tener niños con VIH/SIDA en la escuela, a través de sus creencias, actitudes y normas subjetivas. Para lo cual fueron encuestados 251 docentes pertenecientes a distintas escuelas del DF. Los resultados reflejaron que los docentes desconocen el tema del VIH/SIDA, por lo que sus creencias son erróneas al respecto; sus actitudes son indefinidas y están basadas en evaluaciones positivas, negativas, sobre el compromiso y sobre el riesgo, y las intenciones conductuales que muestran están divididas en intenciones laborales e intenciones de responsabilidad asumida. Las intenciones laborales son explicadas por actitudes de compromiso y las intenciones de responsabilidad asumida están explicadas por actitudes positivas y actitudes de compromiso. Finalmente los docentes afirman tener intenciones de laborar bajo la situación de tener niños con VIH/SIDA en la escuela, pero no precisan si asumirían la responsabilidad de la situación.

INTRODUCCIÓN

En México, desde 1983 y hasta finales del 2007, se han registrado 1 277 casos de VIH/SIDA en menores de 15 años, únicamente durante el 2007 se registraron 98 casos, el 91% de niños infectados adquirió el virus por parte de su madre. (Secretaría de Salud [SSA] y Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CONASIDA] 2007b).

El VIH es un virus que puede permanecer dentro de un organismo durante mucho tiempo sin que la persona presente signos de enfermedad. Las nuevas opciones de medicamento tienen la virtud de retrasar por muchos años las manifestaciones del SIDA. Actualmente la esperanza de vida de los niños con VIH les permite alcanzar la juventud, aun viviendo con VIH nadie sabe cuánto tiempo va a vivir.

La posibilidad de que estos niños puedan mantenerse asintomáticos y superar los años escolares, nos enfrenta a un nuevo reto: proporcionarles educación básica; sin embargo su integración al medio escolar es obstaculizada por el estigma y la discriminación a causa del desconocimiento y las falsas creencias sobre la enfermedad. Las conductas de rechazo hacia ellos los afectan personal y socialmente, limitan su desarrollo, sus oportunidades y una mejor calidad de vida.

Dado que la discriminación es una conducta de rechazo basada principalmente en prejuicios y estereotipos, tiene que ver con el campo de las actitudes. Por mucho tiempo las actitudes han sido el objeto principal de la psicología social, sin embargo su papel como predictores de conducta ha sido sobreestimado. "El mito de la predicción de la conducta a través de las actitudes es resultado del entendimiento erróneo de éstas, como predeterminantes de la conducta, las actitudes pueden determinar un resultado posible más no seguro" (Fishbein, 1967).

La teoría de la Acción Razonada (Ajzen, 1989; Fishbein, 1967; Fishbein, 1990; Fishbein y Ajzen, 1975), reconoce que las actitudes no son los predictores más cercanos de la conducta, que son las intenciones, influidas por aspectos individuales y sociales, las que guían el comportamiento. La teoría postula que los seres humanos razonamos nuestras decisiones y conductas.

La presente investigación trata de conocer y explicar lo que los docentes harían si se les presentara el caso de tener un niño con VIH en su lugar de trabajo, a través del modelo teórico de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975), ya que esta teoría sirve de guía para explicar las posibles intenciones conductuales de la gente basadas en aspectos individuales como sus creencias y actitudes, y en factores sociales, como la presión social que perciben para llevar a cabo determinada conducta. Ante un problema tan complejo se requiere de un proceso reflexivo que fundamente la integración de los niños con VIH a la educación básica.

Un niño con VIH es un niño con necesidades educativas especiales, y por lo tanto su integración al medio escolar depende no solo de sus condiciones de salud física y mental, también es necesaria la cooperación de padres de familia y docentes, quienes deben de contar con los recursos, emocionales, informativos y técnicos necesarios para poder brindar una mejor atención a estos pequeños.

En este estudio únicamente se investigaron las intenciones conductuales de los docentes por razones de tiempo y facilidad de la muestra. Sin embargo se sugiere investigar posteriormente las mismas variables en los padres de familia.

Esta tesis comienza ofreciendo un panorama general del VIH/SIDA en el capítulo I, en el capítulo II se describe el VIH/SIDA en la niñez, el capítulo III comenta las condiciones sociales de los niños con VIH/SIDA en México y el capítulo IV habla sobre el estudio de las intenciones conductuales. El capítulo V corresponde al método, el capítulo VI enuncia los resultados y finalmente en el capítulo VII se discuten los resultados para llegar a una conclusión y generar un replanteamiento del problema.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES DEL VIH/SIDA

1.1 Antecedentes.

La historia del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, SIDA comienza en 1981 cuando médicos de Estados Unidos descubren a pacientes con dos enfermedades raras para sus edades y con una frecuencia anormalmente elevada: la neumonía por *neumocitis carinni* (un protozooario que causa estragos en los pulmones) y el sarcoma de Kaposi (un tipo de cáncer de piel característico de poblaciones europeas con edades mayores de 60 años). Los pacientes eran jóvenes homosexuales de origen americano que presentaban una extremada deficiencia en su sistema inmunológico.

El Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC por sus siglas en inglés) publicó los casos, los cuales, llamaron la atención de la comunidad científica, aun más, cuando el número de casos similares fue en aumento. Para 1982 se contabilizaban en EU dos mil casos y algunos más en Europa (Daudel y Montagnier, 2002).

Dado que el factor común entre los casos era la deficiencia del sistema inmunológico, la nueva enfermedad tomó el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA y fue descrita como “el conjunto de ataques infecciosos que padece un paciente de menos de sesenta años que no ha sido sometido a tratamiento alguno capaz de provocar una depresión inmunitaria y que se ve afectado por una o varias infecciones causadas por gérmenes oportunistas” (Daudel y Montagnier, 2002, p. 8).

Se observó que los pacientes eran menores de 40 años, la mayoría homosexuales o bisexuales con múltiples parejas y algunos más eran usuarios de drogas intravenosas, hemofílicos y transfundidos. Las hipótesis plantearon que la enfermedad podía ser causada por un virus transmitido sexualmente o por la sangre, que dañaba el sistema inmunológico. La hipótesis se comprobó al examinar las muestras de diferentes tejidos de personas infectadas, llamando al agente causal del SIDA Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH.

1.2 Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Los virus son los microorganismos más pequeños que se conocen, son “parásitos intracelulares obligados” (Sepúlveda, 1989, p.495); es decir, únicamente pueden vivir y reproducirse a costa de una célula viva. Invaden las células alterando su funcionamiento y obligándolas a producir más partículas virales. Cada partícula vírica, está constituida por un tipo de ácido nucleico, ya sea, desoxirribonucleico (ADN) o ribonucleico (ARN).

El VIH fue descrito por primera vez en 1983 por Françoise Barre- Sinoussi y Jean Cluade Chermann, pertenecientes al equipo de investigadores del doctor Luc Montagnier del Instituto Pasteur en Paris. El virus fue extraído del ganglio de un enfermo de SIDA en Francia. En 1986 el mismo equipo, en colaboración con investigadores de Lisboa y del hospital Claude –Bernard, descubrió otro tipo de VIH con la misma estructura que el anterior, pero de menor prevalencia y con pequeñas diferencias genéticas el cual fue llamado VIH-2 (Daudel y Montagnier, 2002). En adelante nos referiremos al VIH sin hacer distinción alguna entre el VIH-1 y el VIH 2, a menos que sea necesario especificarla.

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, llamados así por estar compuestos de ARN. El VIH necesita transformar su ARN en ADN para poder reproducirse. Este virus está conformado por proteínas estructurales y proteínas que regulan su funcionamiento.

Las proteínas estructurales se dividen en tres grupos: 1) las que forman el núcleo, organizando la información genética del virus; 2) las que favorecen la replicación del virus dentro de una célula, en este caso la transcriptasa inversa, por medio de la cual el ARN logra copiarse en el ADN de la célula atacada; y 3) las proteínas de la cubierta (*gp 120* y *gp 41* para el VIH-1; y para el VIH-2 *gp 140* y *gp 36*), responsables del anclaje del virus en la célula a atacar. Otras proteínas regulan el momento de inicio y la velocidad de reproducción del virus. (Kenneth, 1993).

Según la descripción de Medrano, Thomson, Delgado y Nájera (2002), el VIH es de forma esférica y tiene un diámetro de 80 a 100 nanómetros¹; está rodeado por una cubierta lipídica, degradable fácilmente en detergentes comunes o ante desinfectantes como el alcohol. Es susceptible al calor, por lo que la cocción destruye su efectividad

¹ 1nm=10⁻⁶

rápida y completamente, es sensible a la luz solar y a los ambientes secos, por lo que fuera de las condiciones de una célula viva, es difícil su sobrevivencia.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana, por sus siglas VIH, es el agente causal de la enfermedad conocida como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA; así lo ratifica la Declaración de Durban, (2006). En la Figura 1 podemos observar los componentes básicos del VIH

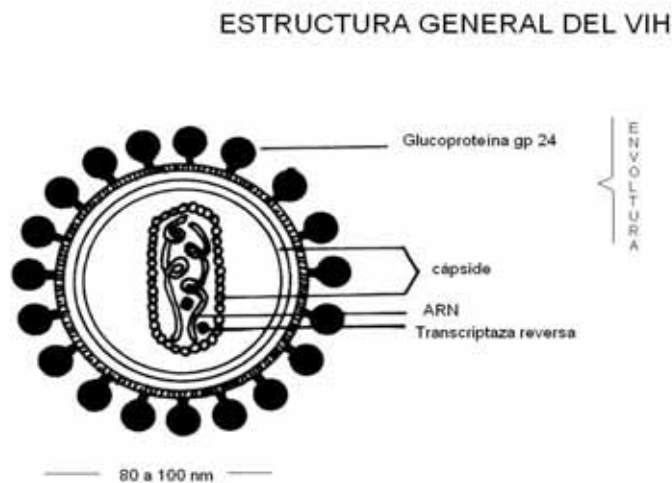


Figura. 1. Esquema de los componentes generales del VIH. Basado en Sepúlveda (1989)

1.3 VIH y Sistema Inmunológico

El sistema inmunológico es el encargado de la defensa del organismo en contra de diversos agentes agresores provenientes tanto del medio externo (virus, bacterias, hongos, etc.), como del medio interno (por ejemplo, células tumorales). Su objetivo es mantener la integridad del organismo preservando su salud. Está compuesto principalmente por glóbulos blancos, macrófagos; y diversos tipos de linfocitos, todos ellos células de defensa que circulan en la sangre y en el sistema linfático.

Los macrófagos fagocitan a las agentes extraños y se marcan con una sustancia característica del agente llamada antígeno. Los linfocitos B tienen la función de producir sustancias de defensa (anticuerpos) que neutralizan a los agentes extraños. Los linfocitos T8 citotóxicos, también llamados células CD8 en conjunto con las células NK (Naturals Killers, por sus siglas en inglés), tienen la finalidad de destruir a las células atacadas (los macrófagos marcados); y los linfocitos T4 colaboradores o

también llamados CD4, son los coordinadores de estas funciones al establecer una comunicación bioquímica entre los macrófagos, linfocitos B, T8 y células NK. (Stanislawski, 1989a).

Así, la respuesta del sistema inmunológico ante un atacante se da en tres tiempos coordinados por los linfocitos T4: el intruso es fagocitado por los macrófagos, sus antígenos son neutralizados por los anticuerpos y todas las células que fueron afectadas también son destruidas por los linfocitos T8 y las células NK.

El problema de la infección por VIH, es precisamente que el VIH ataca a las células coordinadoras del sistema inmunológico: los linfocitos T4 y en menor medida a los macrófagos, ya que este tipo de células contienen en su estructura un receptor nombrado CD4 el cual es afín con las glucoproteínas que forman la cubierta del VIH, *gp 120* y *gp 41* para el VIH-1; y para el VIH-2 *gp 140* y *gp 36*.

El virus se ancla al linfocito T por medio de la unión del receptor CD4 con las glucoproteínas *gp 41* y *gp120* del VIH-1 (*gp 140* y *gp 36* para el VIH-2); una vez anclado, el virus convierte su ARN en el ADN del linfocito T4 por medio de la transcriptasa reversa, de ahí en adelante el virus podrá permanecer en estado de latencia (lo que explica el largo periodo de incubación que veremos mas adelante) o podrá reproducirse a costa de la célula infectada y destruirla. Nuevas partículas víricas se generarán e infectarán a otras células con el mismo receptor CD4, como los macrófagos, alterando su función. Así, los linfocitos T4 y los macrófagos, se convertirán en fábricas de virus hasta morir por la sobrecarga viral, aumentando el nivel del virus en sangre y disminuyendo el nivel de células CD4 debido a la respuesta citotóxica de las células CD8. (Daudel y Montagnier, 2002; Luque; 2001; Kenneth, 1993).

De acuerdo con Stanislawski (1989b), existe otro tipo de células que contienen el receptor CD4 y que por ello, también son atacadas por el VIH; estas células son: “monocitos (variedad de glóbulos blancos), células dendríticas (las posee el tejido linfoide, en sangre) y células de Langerhans (presentes en el epitelio de la piel y las mucosas)” (p. 98.) Todas estas células tienen por función capturar a los agentes extraños que entran al organismo para presentarlos a las células encargadas del rechazo inmunológico (linfocitos T4, T8 y B). La infección de estas células agrava el estado inmunológico del paciente, contribuyen en el transporte del VIH y en los mecanismos de transmisión.

1.4 Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana, SIDA

La infección por VIH es el antecedente único y necesario para desarrollar la enfermedad conocida como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, por sus siglas llamada SIDA. (Luque, 2001).

Es un *Síndrome*, por que se presentan una serie de signos y síntomas que aparecen juntos con uniformidad razonable indicando enfermedad.

Inmuno_ Deficiencia, que se refiere al defecto o disminución en este caso de las funciones del sistema inmunológico.

Adquirida, porque dicha enfermedad no es hereditaria, se contrae por medio de la entrada de un agente infeccioso al organismo, en este caso el VIH.

Según lo especificado por Blanco, Mallolas, Perez-Cuevas y Gattel (2002), la evolución de la infección por VIH a enfermedad de SIDA en los adultos sigue tres fases:

1. Fase aguda o primoinfección. Es el periodo en el cual la persona entra en contacto con el virus el cual comienza a replicarse activamente y/o permanece en estado de latencia. En más de la mitad de los casos, después de 2 a 4 semanas de haber adquirido la infección se presenta un cuadro que puede ser confundido con gripa: dolores de cabeza, inflamación de los ganglios del cuello, fiebre y faringitis, los cuales desaparecen a las pocas semanas y muchas veces pasan desapercibidos por su parecido con otras infecciones. Durante esta etapa el organismo contiene una mínima cantidad de anticuerpos anti-VIH, sino es que ninguno, por lo que las pruebas para detectarlos son incapaces de descubrir la infección causada por el virus.

El tiempo que transcurre entre la infección y la presencia de anticuerpos en cantidad suficiente para ser detectable es variable entre los pacientes; en promedio según Daudel y Montagnier, (2002) es de 2 a 12 semanas, pero puede llegar a ser de varios meses. Al lapso en el cual el paciente se encuentra infectado pero no tiene anticuerpos detectables se le denomina *periodo de ventana* y el virus ya es transmisible.

2. Fase crónica o seropositividad. Se denomina seroconversión al momento en que un paciente previamente negativo a pruebas serológicas de anticuerpos se torna positivo, es decir ya presenta anticuerpos detectables de respuesta al VIH en su sangre y la carga viral desciende, sin embargo a pesar de que la replicación viral solo se da en el 1% de los linfocitos afectados, el resto permanece en estado de latencia, Durante este periodo la persona es considerada seropositiva y puede transmitir el VIH, pero no presenta síntomas específicos de la infección y no es considerada un enfermo de SIDA.

Sin embargo, a pesar de la aparente estabilidad de la fase crónica, el deterioro inmunológico sigue su curso. Las razones son atribuidas a diversos factores pero aun no se puede especificar que hace que el VIH siga mermando al sistema inmunológico. Hay factores externos, como la adquisición de otras enfermedades como una simple gripa, factores internos del paciente, como la propia capacidad de respuesta de su sistema inmunológico; o factores atribuibles al virus.

3. Fase, El SIDA. Es la última etapa de la infección por VIH; como enfermedad presenta un periodo de incubación, es decir, un lapso de tiempo que transcurre entre la entrada al organismo del VIH y la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. En el caso del SIDA este periodo es muy variable y puede fluctuar desde unos pocos meses, hasta 10 años o más (Sánchez –Mejorada, Ponce de León, y Ruiz- Palacios 1989; Luque, 2001).

Se cataloga SIDA cuando dada la disfunción progresiva del sistema inmunológico aparecen las llamadas *enfermedades oportunistas*, causadas por agentes patógenos que ya estaban o no en el organismo, y que aprovechan el deterioro de la inmunidad del sistema para multiplicarse y provocar manifestaciones clínicas de daño directo e irreversible en algunos tejidos.

Gracias a los avances en los tratamientos farmacológicos la infección por VIH es considerada actualmente como una “infección crónica manejable” (Luque, 2001, p. 24). siempre que se detecte antes de entrar en la etapa de SIDA.

El tratamiento consta de una serie de medicamentos llamados **antirretrovirales**, que tienen la función de controlar la velocidad de reproducción del virus, buscando suprimir su replicación, lo que se traduce en un menor número de linfocitos T4 afectados y por lo tanto un mejor nivel de defensas orgánicas que retardaran la aparición de enfermedades oportunistas o disminuyen la gravedad de las mismas, evitando en lo mas posible la progresión de la enfermedad. De acuerdo con Luque, “las ventajas de una tratamiento antirretroviral se traducen en una reducción de la mortalidad del 40 al 70%, en reducción de hospitalizaciones hasta de un 50%.” (p. 65)

Existe una gran diferencia entre ser portador del VIH y tener SIDA. A pesar de los datos que indican el progreso de la infección por VIH a SIDA, ninguno de los estadios antes de presentarse la enfermedad es pronóstico de culminar en SIDA; hasta ahora no se concluye si todas las personas infectadas por el VIH de manera inevitable progresarán a la enfermedad final o morirán (Blanco et al. 2002).

1.5 Detección

Una prueba de detección del VIH, es un análisis de sangre (plasma o suero), saliva u orina, que se realiza para verificar la presencia del VIH en el organismo. Una prueba puede estar diseñada para detectar directamente al virus o sus componentes, o para detectar los anticuerpos que el sistema inmunológico genera ante la presencia del virus; es decir, una detección indirecta del VIH. La confiabilidad de una prueba del VIH radica en su sensibilidad y especificidad² que deben ser mayores al 98%. (Organización de las Naciones Unidas en lucha contra el SIDA [ONUSIDA], 1997).

La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, NOM-010-SSA2-1993, modificada el 16 de marzo del 2000, clasifica en tres categorías los tipos de pruebas:

1. **Pruebas de tamizaje**, a las de laboratorio para la *detección de anticuerpos* anti-VIH, en plasma o suero sanguíneo. Incluyen metodologías como el ELISA (ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas) y aglutinación.

² Sensibilidad : que puede detectar hasta cantidades ínfimas de anticuerpos
Especificidad: que identifica correctamente al virus o los anticuerpos

2. **Pruebas específicas**, a las de laboratorio que determinan la *presencia del virus* o algún componente del mismo.
3. **Pruebas suplementarias**, a las de laboratorio, que *confirman presencia de anticuerpos* anti-VIH en suero sanguíneo. Incluyen metodología, como la inmunoelectrotransferencia (Western blot), inmunofluorescencia, radioinmuno-precipitación (RIPA).

La Tabla 1 presenta una clasificación alternativa de las pruebas y sus características.

Clasificación de los tipos de pruebas y sus características

	TIPO DE PRUEBAS	DETECTA	UTILIDAD	COSTOS
Necesita laboratorio y/o personal experimentado	Detección sistemática: -ELISA (Inmunosorción enzimática)	Anticuerpos	Cribado de la sangre donada o tamizaje. Eficiente para analizar un gran número de muestras diariamente. Es el primer análisis ante la sospecha de una posible infección	Mayor acceso al público. Su costo depende de la institución donde se utiliza.
	Confirmatorias: -Western blot Inmunofluorescencia	Anticuerpos	Confirma un resultado positivo inicial correctamente	Mayor costo que las de detección sistemática
	Específicas -Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) -Amplificación del Acido Nucleico (NASBA)	Acido Nucleico viral (ADN)	Detectan al virus directamente por medio de su ADN. Adecuadas para el conteo o carga viral de un paciente y para la detección en transmisión vertical	Muy costosas (US\$ 60-100)
NO necesita laboratorio y/o personal experimentado	Sencillas: mas de 10 min. en arrojar resultados.	Anticuerpos en sangre completa, saliva u orina	Tiene una eficacia similar al ELISA.	Relativamente costosas, dependen del proveedor
	Rápidas: menos de 10 min. en arrojar resultados		Apropiadas para laboratorios pequeños y para efectuar análisis de emergencia.	

Tabla 1. De "Métodos para las pruebas del VIH: Actualización técnica" ONUSIDA, 1997.

1.6 Transmisión

Actualmente se reconocen tres formas de transmisión del VIH:

- 1) **Vía sexual:** por contacto sexual no protegido (sin condón) con personas infectadas a sabiendas o no de su condición e independientemente de su preferencia sexual.

2) Vía sanguínea: por transfusiones sanguíneas o hemoderivados o por trasplante de órganos, sobre todo en el periodo entre 1980 y 1987. Por el intercambio de jeringas o instrumentos punzo cortantes contaminados.

3) Transmisión vertical madres infectadas con el VIH que, antes del parto, durante el parto, o por medio de la leche materna pueden infectar a sus hijos.

El VIH se ha encontrado en distintos líquidos corporales de las personas infectadas, solo que en diversas cantidades. Raras veces se ha encontrado en lágrimas, orina y saliva, sin embargo en todos los casos observados esas cantidades nunca fueron suficientes para infectar a alguien en los contactos habituales; de acuerdo con Mofenson y Willoughby, (1993) “en estos líquidos se han encontrado cantidades inferiores a una partícula vírica infecciosa por milímetro” (p. 71). Las heces, la secreciones nasales, el sudor, las lágrimas, la orina y el vómito, a menos que contengan sangre visible, no son factores de transmisión del VIH. Hasta ahora no se han reportado datos epidemiológicos de transmisión por estas causas.

1.7 Epidemiología Mundial.

A finales del 2006 la Organización de las Naciones Unidas en Lucha contra el SIDA (ONUSIDA) estimó que a nivel mundial existían 39.5 millones de personas viviendo con el VIH (PVVIH) de los cuales, 37.2 millones eran adultos, 17.7 millones mujeres y 2. 3 millones menores de 15 años. Cada día se infectan en todo el mundo alrededor de 11 mil personas, que se traduce en 4. 3 millones de nuevas infecciones. Durante el mismo año el SIDA causó 2. 9 millones de muertes. La misma organización hasta el año 2000 estimó que el número de defunciones infantiles en el mundo por causa del SIDA era de 3. 6 millones (en Secretaria de Salud [SSA] y el Consejo Nacional para la prevención y Control del VIH/SIDA [CONASIDA], 2006a).

La distribución geográfica del VIH/SIDA y su impacto es desigual en todo el mundo, Sudáfrica es la región más afectada, pues concentra casi dos terceras partes de todas las personas viviendo con VIH/SIDA en el planeta, de las cuales más del 52% son mujeres y la seroprevalancia prenatal alcanza el 40%, se estima que por cada 5 mujeres embarazadas mas de una esta infectada por el VIH. En Europa de los más de 20 000 nuevos casos de infección por el VIH diagnosticados en el año 2004, más de la tercera parte correspondió a mujeres. Una consecuencia es el rápido aumento de la

transmisión de la madre al hijo. En países del Caribe la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas alcanza o excede el 2%. En América Central y del sur las tasas de prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas varía entre el 0.1 y el 5.0% (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2004)

1.7 Epidemiología Nacional.

En México existen 182 mil personas viviendo con el VIH. Desde 1983 hasta marzo del 2007 se han contabilizado de forma a cumulada 111, 014 casos de SIDA. Hasta el 31 de diciembre del 2006 se estimó que el 82.9% de casos totales acumulados de VIH en el país eran hombres y el 17.1% mujeres, el 2.4% eran menores de 15 años³ únicamente durante el 2006 se registraron 5, 102 casos de SIDA y de estos el 68. 7% (3, 503) fueron diagnosticado oportunamente; en los primeros 3 meses del 2007 se han registrado 675 casos de los cuales el 91.4% han sido detectados oportunamente. (Secretaría de Salud [SSA] y Consejo Nacional para la prevención y Control del VIH/SIDA [CONASIDA] 2006c, 2007a)

En cuanto a la pandemia del VIH/SIDA, México se ubica en el lugar número 77 de entre todos los países del mundo y en la región de América Latina y el Caribe, ocupa el lugar 23 de 48, por debajo de Brasil, Honduras y Belice; México se encuentra entre los países de más baja prevalencia en la región. De acuerdo con la topología propuesta por ONUSIDA, México se clasifica como un país de epidemia concentrada, caracterizada por una prevalencia de infección en los grupos que mantienen prácticas de riesgo 13.5% de prevalencia entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 15% en trabajadores del sexo comercial y 3.9% en hombres usuarios de drogas intravenosas (SSA y CONASIDA, 2006b)

La principal forma de transmisión del VIH en las zonas urbanas y en la frontera norte del país es por contacto sexual desprotegido en relaciones homosexuales entre hombres. Mientras que en las zonas rurales del centro y sur, la principal forma de transmisión es por contacto sexual hombre - mujer.

³ En cuanto a los niños con VIH/SIDA en México los conteos epidemiológicos los concentran en la categoría de menores de 15 años.

Con los años se ha observado una creciente transmisión del VIH por contacto heterosexual en el país; mientras que en 1986 había 30 caso de hombres por un caso en mujeres, la razón fue disminuyendo; de 1996 y hasta el 2000 la relación hombre /mujer infectados se mantuvo de 6 a 1 respectivamente, ya para el año 2006 la relación cambio de 5 hombres a 1 mujer, por lo que se observa que el número de mujeres infectadas va en aumento. (CONASIDA, 1998, SSA y CONASIDA, 2006a; Zuñiga y Tepichin, 2000)

El riesgo y la vulnerabilidad que tienen las mujeres mexicanas frente a la pandemia del VIH/SIDA se deben a una gran diversidad de factores biológicos, sociales, culturales y económicos. Las mujeres están expuestas al VIH de 3 a 6 veces más que el varón en una relación vagina-pene sin protección. Los patrones culturales y las creencias de sumisión femenina y dominación masculina en las relaciones sexuales, sobre todo en las zonas pobres del país, dificulta que las mujeres ejerzan el control de su salud sexual y reproductiva, además de que los varones son alentados a tener gran número de parejas sexuales. La dependencia económica, social y emocional son otros de los factores que lleva a las mujeres a no poder rechazar una práctica sexual de riesgo (CONASIDA, 2002).

En resumen, el VIH es el agente causal de la enfermedad conocida como SIDA y puede transmitirse por vía sanguínea, sexual o de la madre al hijo. El SIDA es la última etapa de la infección por este virus. Una persona puede vivir con el VIH sin saberlo hasta que presenta síntomas de SIDA. La detección oportuna del VIH en una persona representa una puerta de entrada a la asistencia médica, farmacológica y psicológica que le brinde una mejor supervivencia, así como la oportunidad de prevenir una reinfección y la transmisión del virus a otra persona. Se puede vivir con VIH pero no con SIDA.

CAPÍTULO II

VIH/SIDA Y NIÑEZ

2.1 Concepto de Niñez

Algunos teóricos del desarrollo humano llaman *infancia* al periodo que va desde el nacimiento y hasta el segundo año de vida, *niñez temprana* a los años del preescolar, de 3 a 6 años de edad y *niñez media y tardía* a los años escolares, de 6 a 12 años de edad. (Craig, 1997, Santrock, 2006).

La Convención sobre los Derechos de los niños, entiende por niño a todo ser humano menor de 18 años de edad salvo, que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad. En México, de acuerdo con la Ley para la protección de las Niñas, Niños y Adolescentes se entiende por niño o niña, la persona de hasta 12 años incompletos y por adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos. (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], 2006, p. 35)

El Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, 1994 (Centers for Disease Control and Prevention, por sus siglas en inglés, CDC), toma como referencia la edad de 0 y hasta los 13 años para clasificar a los niños con respecto a la infección por VIH o SIDA como casos pediátricos. Esta clasificación es utilizada internacionalmente y es la que se utilizara para referirnos a los niños con VIH/SIDA.

Durante la niñez, la escuela es el principal medio de aprendizaje y socialización del niño, en ella desarrollan las funciones cognitivas, afectivas y sociales El niño aprende a leer, escribir, sumar y restar, su pensamiento es operacional, aprende también a convivir y compartir con otros niños de su edad, acata reglas y establece relaciones sociales amistosas.

2.2. Transmisión Vertical

La transmisión de la infección por VIH de una madre a su hijo (TMH), también llamada transmisión materno fetal o transmisión perinatal, es mejor conocida como **Transmisión Vertical**, ya que la transmisión de la infección puede darse durante la gestación, durante el parto o después del parto a través de la lactancia. (Mofenson y Willoughby, 1993).

La transmisión vertical es responsable de más del 90% de las infecciones por VIH en niños en todo el mundo; el resto se asocia a transfusiones sanguíneas o contacto sexual. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998; de todos los niños que han recibido la infección por parte de sus madres, dos tercios fueron infectados durante el embarazo o parto y un tercio a través de la lactancia. A continuación se explica cada una de estas formas de transmisión:

a) Transmisión en útero.

Para referir que un niño fue infectado por VIH durante la gestación es necesario que una prueba virológica como el cultivo viral o la Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR por sus siglas en inglés) aplicada dentro de las primeras 48 horas después del nacimiento, haya arrojado un resultado positivo. La infección por VIH en útero se da durante los últimos meses del embarazo, ya que existen pruebas de que, si se da durante los primeros meses el producto se pierde, pues se han encontrado timos¹ de fetos infectados, placentas y líquido amniótico con VIH en productos de abortos no inducidos en los primeros meses de gestación de mujeres infectadas. La transmisión uterina se da con mayor probabilidad en los últimos meses del embarazo; debido a la transfusión materno _ fetal, por ruptura o inflamación de la placenta, lo que incrementa el número de linfocitos maternos infectados en la placenta y el líquido amniótico. (Daville y Bryson, 2003).

b) Transmisión intraparto.

Es la transmisión del VIH a un recién nacido ocurrida dentro del momento del parto. De acuerdo con Daville y Bryson, (2003) se considera que un niño fue infectado durante el parto cuando las pruebas virológicas aplicadas dentro de las primeras 48 horas de vida arrojan resultados negativos y las pruebas aplicadas después de este tiempo dan resultados positivos en ausencia de amamantación. Los factores asociados a la transmisión intraparto son la ruptura prolongada de membranas, altas cargas de virus en la sangre de la madre o en secreciones vaginales y que el niño ingiera sangre u otros líquidos de la madre.

c) Transmisión por leche materna.

Es la transmisión ocurrida después del parto, asociada a la lactancia materna. Se conoce de la posibilidad de la transmisión del VIH mediante la lactancia por que el virus ha sido encontrado en leche materna; la infección ha sido encontrada en niños amamantados

¹ El Timo es una glándula que produce a las células T (<http://www.vihpositivo.com/timo2.htm>, recuperado 28 de dic. 06)

de mujeres que habían sido infectadas en el periodo postnatal, hijos de mujeres VIH negativas amamantados por nodrizas e hijos de mujeres VIH positivas que fueron diagnosticados a los seis meses como negativos, pero que luego de esa edad fueron encontrados infectados siendo la lactancia el único factor de riesgo. (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud, [OPS], 2004; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998).

2.2.1 Factores de Riesgo

En ausencia de intervenciones para reducir el riesgo de transmisión, las tasas estimadas de transmisión vertical de acuerdo con Msellati, Newell y Dabis, 1995 (en OMS y OPS, 2004) varían entre el 14 y 25% en América y Europa, y entre 13 y el 42 % en países en vías de desarrollo. Según la OMS (1998), en el mundo industrializado el riesgo de que un niño adquiera el VIH de una madre infectada fluctúa entre el 15 y el 25%, comparado con un 24 al 45% en los países en desarrollo. Estos índices son atribuidos a las diferencias sociales y económicas que inciden en la alta prevalencia del VIH en los países subdesarrollados y que tiene menor acceso a campañas preventivas y tratamiento médico. En la Tabla 1 se puede observar la tasa de transmisión de la infección por VIH en relación con la transmisión vertical.

Tasas de transmisión vertical en sus distintos momentos	
Momento en que ocurre la transmisión	Tasa de transmisión
Durante el embarazo	5 a 10%
Durante el parto	10 a 15%
Durante la lactancia	5 a 20%
En general, sin lactancia	15 a 25%
En general con lactancia hasta los 6 meses	20 a 35%
En general con lactancia hasta los 18 a 24 meses	30 a 45%

Tabla 1. De Cock KM y col., 2000, (en OMS y OPS, 2004).

Nota: Las tasas pueden variar debido a las diferencias en las características de la población tales como recuento materno de células CD4, carga viral y duración de la lactancia.

Los factores que modifican el riesgo de transmisión vertical, incluida la transmisión por leche materna son:

- **Avance de la infección por VIH en la madre.** Las cargas virales altas durante la primoinfección o el decremento de las células CD4 (sobre todo en la última etapa de la enfermedad) incrementan el riesgo de la transmisión del virus durante el embarazo, el

parto o la lactancia (Deville y Bryson, 2003, Dunn et. al., 1992 en OMS, 1998; European Collaborative Study, 2001). Otros cofactores como la deficiencia de vitamina A, anemia, Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), actividad sexual frecuente sin protección, múltiples parejas sexuales, fumar y usar drogas intravenosas se asocian al incremento del riesgo de transmisión vertical. (OMS, 1998).

- **Tipo de parto.** La exposición del recién nacido a sangre materna o secreciones vaginales en el canal del parto, o la ruptura de membranas por más de 4 horas, son los factores que incrementan el riesgo de transmisión vertical intraparto. Se estima que el 40% de la transmisión general se da al final del embarazo o durante el parto; la cesárea antes de la ruptura de membranas reduce este riesgo a la mitad. (Daville y Bryson 2003; European Mode of Delivery Collaboration, 1999; Landesman, y col., 1996 yThe International Perinatal HIV Group, 1999; en OMS y OPS, 2004).

- **Nacimientos prematuros.** Mujeres con enfermedad avanzada son más proclives a enfrentar partos prematuros y a transmitir el virus a sus hijos. Los niños prematuros tienen menor peso y menos desarrollado su sistema inmunológico lo cual los hace mas susceptibles a infectarse. (Deville y Bryson, 2003).

- El **orden en el nacimiento** de gemelos ha sido asociado con diferencias en el riesgo de adquisición del VIH. Deville y Bryson (2003), observaron que durante partos vaginales la infección ocurre en un 35% en el primer gemelo comparado con un 15% en el segundo. En partos por cesárea el riesgo de infección en el primer gemelo es del 16% comparado con un 8% en el segundo gemelo. La explicación de este fenómeno aun no queda clara pero se piensa en los factores relacionados con el momento del parto.

- **Lactancia.** Diversos autores han llegado a la conclusión de que la **duración de la lactancia** aumenta el riesgo de transmisión del VIH y estiman en 3.2% el riesgo por año de amamantación (Leroy, Newell y Dabis, 1998; Miotti y col., 1999; Read y col., 2003; Richardson y col., 2003; Leroy y col., 2002; y Equipo de estudio de Petra, 2002; en OMS y OPS, 2004).

- **Tipo de lactancia.** La mucosa intestinal del lactante puede resultar dañada debido a la alimentación con otro tipo de leche o alimentos y servir de entrada para el VIH. Coutsoudis y col., 2001 (OMS y OPS, 2004) encontraron que en niños alimentados con lactancia mixta la probabilidad de infección hasta los 15 meses de edad fue significativamente mayor (36%) que en aquellos que recibieron lactancia materna

exclusiva (25%) o fueron alimentados con leche artificial (19%). La alimentación mixta con leche materna y otros alimentos, ha sido asociada con un mayor riesgo de infección por el VIH en lactantes, comparada con lactancia materna exclusiva.

- La **mastitis**² en la madre aumenta la permeabilidad en las células que recubren los conductos mamarios y por tanto aumentan la cantidad de virus al que está expuesto el lactante (Semba y col, 1999; en OMS y OPS, 2004).

2.2.2 Prevención y Disminución del Riesgo.

La estrategia que las Naciones Unidas (OMS y OPS, 2004) propone para la prevención del VIH en niños se divide en 4 áreas:

1. Prevención global de la infección por el VIH, especialmente en mujeres jóvenes y embarazadas
- 1 Prevención de embarazos no deseados entre mujeres infectadas con el VIH
- 2 Prevención de la transmisión del VIH de mujeres infectadas por el VIH a sus lactantes
- 3 Provisión de cuidados, tratamientos y apoyo a las mujeres infectadas por el VIH, sus niños y a sus familias.

Actualmente el área con mayor atención es la 3, enfocada en el momento intrauterino y el parto dado que es el periodo de mayor riesgo de transmisión: 40% según la OMS y OPS, (2004). Los modos de prevención mas comunes son el tratamiento antirretroviral profiláctico³, la cesara electiva y eliminar la lactancia materna. En países desarrollados las intervenciones para prevenir la transmisión vertical pueden ser efectivas hasta un 98% de las veces. En los países en desarrollo, debido al alto costo de los tratamientos (más de 100 dólares por tratamiento) no puede verse el mismo resultado. (Russell, Dyke y McKinney, 2001).

Diversos estudios con AZT (zidobudina, AZD), nevirapina y otros medicamentos antirretrovirales han demostrado una reducción en el riesgo de transmisión vertical, principalmente antes y durante el parto. Los primeros estudios con AZT administrada durante el segundo y tercer trimestre de embarazo, durante la labor de parto y al niño en

² Se trata de la infección e inflamación de la glándula mamaria. Suele ocurrir en mujeres que amamantan, sobre todo durante las primeras semanas <http://www.tusalud.com.mx/120624.htm> recuperado 28/12/06

³ Tratamiento con fármacos antirretrovirales a modo de prevención de la infección por VIH.

las primeras 6 semanas de vida en ausencia de amamantación reportaron una reducción de la transmisión en más del 70%. PACTG 076 (Russelle et.al., 2001., Daville y Bryson 2003). Actualmente existen diversos regímenes de tratamientos antirretrovíricos profilácticos que reducen el riesgo de transmisión vertical.

La cesárea electiva es otro medio de reducir el riesgo de transmisión vertical, Daville y Bryson (2003) encontraron estudios que reportaron 10.4% de transmisión en partos por cesárea contra un 19% de transmisión en partos vaginales de mujeres en ausencia de terapia antirretrovirica profiláctica. La cesárea en conjunto con la administración de un esquema profiláctico durante el embarazo reduce la transmisión vertical hasta en un 87%. Mujeres que consumían antirretrovirales y se sometieron a parto por cesárea transmitieron el virus a sus hijos en un 2% comparado con mujeres que dieron a luz de forma natural 7.3%. También Russell et al.,(2001) reportan reducciones hasta del 2% de transmisión en mujeres con terapia antirretrovírica profiláctica y cesárea. El uso de antisépticos en el canal del parto durante el alumbramiento es una buena opción para aquellas mujeres que no pueden mantener un tratamiento antirretrovírico (OMS y OPS, 2004)

La OMS, (1999) recomienda que las madres VIH-positivas eviten toda forma de lactancia materna y utilicen alimentación de sustitución siempre y cuando ésta sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura. Cuando esto no es posible la recomendación es la amamantación exclusiva y suspendida entre el tercer y sexto mes de edad.

“Las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño incluidos los recientes progresos en el tratamiento antirretrovírico, ofrecen oportunidades inmediatas para: a) salvar las vidas de niños, b) reducir el impacto del VIH en la familia y la comunidad y c) fortalecer los servicios de salud materno infantil” (Organización de las Naciones Unidas en lucha contra el SIDA, [ONUSIDA], 1998, pp.1).

2.3 Diagnóstico.

Todos los hijos nacidos de madres infectadas por el VIH, son considerados seropositivos debido a la adquisición de anticuerpos maternos en su sangre, los cuales pueden persistir hasta los 18 meses de edad. De acuerdo con Sthephenson (2000), la edad promedio para el diagnóstico de niños infectados por vía vertical es de 17 meses

Ya que las pruebas ELISA y Western blot detectan anticuerpos, pueden ser utilizadas para el diagnóstico de niños mayores de 15 a 18 meses (Palumbo, 2003; Stephenson, 2000). Sin embargo en niños menores el diagnóstico es complicado, puesto que el niño aun mantiene anticuerpos de la madre en su sangre y es difícil diferenciarlos de su verdadera respuesta inmunológica ante la presencia de infección. Ante esta situación, las pruebas más utilizadas para el diagnóstico en estos niños son las pruebas de tipo específicas, como el cultivo viral o la Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR).

El cultivo viral permite observar *in vitro* la reproducción del virus como evidencia de infección; tarda en arrojar resultados hasta 4 semanas y requiere de constante observación por lo que su costo monetario y en tiempo es alto. La PCR es producto de la ingeniería bioquímica, permite encontrar secuencias de ADN o ARN viral dentro de células infectadas en un corto tiempo, sin embargo también es de costo elevado. Ambas pruebas tiene una confiabilidad del 95% en niños mayores de 1 mes; antes de este tiempo sólo es del 50%, generalmente asociado a un periodo de incubación por infección durante el parto (Palumbo, 2003).

De acuerdo con la última actualización de los Centros de Control de Enfermedades (CDC, 1994), la evaluación de niños con VIH para su diagnóstico y clasificación se realiza bajo tres criterios: estado de la infección (carga viral), estado inmunitario (conteo de células CD4) y estado clínico (presencia de signos y síntomas de enfermedad), en seguida se describe cada uno de ellos.

a) Estado de la infección. El estado de la infección en niños menores de 18 meses se determina con dos mediciones de cultivo viral o PCR separadas o presentar sintomatología para VIH/SIDA. En niños mayores de 18 meses la infección puede ser diagnosticada directamente con dos pruebas ELISA positivas y una prueba Western blot confirmatoria. Los hijos de madres seropositivas que presentan anticuerpos maternos, pero no están infectados, alrededor de los 9 a 10 meses de edad presentan una reversión serológica, es decir, ya no tiene anticuerpos maternos detectables. Los anticuerpos presentes después de los 18 meses definen en parte la infección por VIH. De acuerdo con Palumbo para realizar el diagnóstico de infección por VIH en menores de 15 meses se utiliza la prueba PCR de ADN bajo la siguiente secuencia:

- De 0 a 48 horas de vida
- A los 14 días (opcional)
- 1 mes

- 2 meses
- 4 meses

Si todos los resultados son, negativos sobre todo en las dos primeras pruebas es diagnóstico de no infección, por lo menos no durante la gestación.

Si se arrojan por lo menos dos resultados positivos de distintas muestras de sangre, en diferentes tiempos, es diagnóstico de infección.

Si los resultados son primero negativos pero después positivos en ausencia de amantación, es diagnóstico de infección.

Resultados positivos dentro de las primeras 48 horas indican que la infección se dio con alta probabilidad durante la gestación, resultados negativos en este periodo y positivos posteriormente (sobre todo entre el primer y segundo mes) indican una infección durante el parto en ausencia de amantación. Es difícil determinar cuando se produjo la infección si la madre amamanta. La ausencia de infección se confirma con una prueba negativa de anticuerpos, reflejo de la pérdida de anticuerpos maternos, después del primer año de vida.

b) Estado inmunitario. El estado inmunitario se determina a través del conteo de células CD4 adecuado para su edad, esto permite categorizar a los niños según el estado de supresión que presente su sistema inmunológico. Obsérvese la Tabla 2.

Categorías inmunitarias

Categoría	Edad					
	<12 meses		1 a 5 años		6 a 12 años	
	Células/uL	%	Células/uL	%	Células/uL	%
Sin evidencia de supresión	≥1 500	≥25	≥1 500	≥25	≥500	≥25
Supresión moderada	750- 1, 499	15 - 24	500 - 999	15 - 24	200 - 499	15 - 42
Supresión grave	<750	<15	<500	<15	<200	<15

Tabla 2. De [los datos provienen de Sthepenson, (2000)] "Revised classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children less than 13 years of age".

c) Evidencias clínicas. Las cuatro categorías varían desde niños sin signos de infección por VIH (N) hasta niños con síntomas graves (C). Cada categoría esta definida por una serie de enfermedades que se muestran en la Tabla 3.

Categorías de infección por VIH en niños

Categoría	Enfermedades características
-----------	------------------------------

N: no sintomáticos	Sin síntomas
A: poco sintomáticos	2 o mas de las siguientes condiciones, pero ninguna de la categoría B: linfadenopatias hepatomegalias, dermatitis, otitis media e infecciones respiratorias recurrentes
B: moderadamente sintomáticos	Síntomas moderados de las siguientes enfermedades atribuibles a infección por VIH. Anemia, neutropenia o trombocitopenia persistentes; enfermedades bacterianas como: meningitis neumonía o septicemia. Candidiasis, cardiomiopatía, infección por citomegalovirus, diarrea recurrente, hepatitis, virus del herpes simple, bronquitis, neumonía, nefropatía nocardiosis, fiebre con duración de mas de un mes, toxoplasmosis y varicela diseminada
C: gravemente sintomáticos	Síntomas severos de las siguientes enfermedades atribuibles a la infección por VIH. Múltiples infecciones bacterianas, enfermedad por citomegalovirus, encefalopatías, herpes simple persistente, histoplasmosis, sarcoma de Kaposi, linfoma tuberculosis, <i>pneumocistis carinii</i> , salmonella y septicemia recurrente y/o toxoplasmosis en el cerebro entre otras.

Tabla 3. De [los datos provienen de Sthepenson, (2000)] "Revised classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children less than 13 years of age

2.4 Historia Natural de la Enfermedad.

Existen diferencias en el desarrollo de la infección por VIH entre adultos y niños debido a que en los niños la infección ocurre en un sistema inmunológico inmaduro.

La infección en adultos se origina principalmente por contacto sexual; en su inicio el sistema inmunológico puede controlarla en cierta medida. Es hasta después de algunos años que comienzan a presentarse síntomas severos de enfermedad y en ausencia de medicamento es difícil la recuperación del sistema inmunológico. En el niño la infección se contrae principalmente por transmisión vertical; las cargas virales se mantienen altas en ausencia de medicamento y disminuyen muy lentamente debido a un sistema inmunológico inmaduro⁴ y la infección es difícilmente controlada.

De acuerdo con Auger, Thomas y De Gruttola, 1988 (en Russell et al. 2001); la infección por VIH en niños es más agresiva que en los adultos. Su progresión es bifásica, es decir, existen dos grupos de niños: progresores rápidos y progresores lentos

a) Progresores Rápidos:

Son aquellos niños que desarrollan síntomas de SIDA durante su primer año de vida (el 25%), es decir presentan mayor número de infecciones oportunistas y un alto riesgo de desarrollar encefalopatías. Cuentan con mayor agotamiento de

⁴ En el nacimiento el número de linfocitos es normalmente bajo. Russell et al., (2001)

células CD4 sanas y una alta proporción de células CD4 infectadas. Se cree que estos niños son aquellos que se infectaron durante la gestación.

b) Progresores Lentos:

Presentan una progresión similar a la de los adultos, con una media de progresión a enfermedad de SIDA de 5 años, son niños que se infectaron durante el parto o después de éste y presentan menor número de copias de ARN viral que los progresores rápidos.

En cuanto a su desarrollo físico, los niños con VIH adquieren peso y talla más lentamente que los niños no infectados, aunque son más pequeños de lo normal, presentan proporciones corporales normales, aunque algunos niños se mantienen delgados en el transcurso de la infección; la pérdida de masa corporal es rara como manifestación temprana del VIH en niños, no así en los adultos quienes reducen rápidamente su peso. (Russell, et al. 2001).

La presencia de infecciones oportunistas en los niños es frecuente debido al escaso desarrollo del sistema inmunológico, por lo que las infecciones presentan estragos más severos.

De acuerdo con Sthephenson (2000), los síntomas de infección por VIH pueden variar según la edad del niño en el momento del diagnóstico. Los lactantes pueden mostrar candidiasis, falta de desarrollo, hepatosplenomegalia o sufrimiento respiratorio secundario a neumonía por *neumocystis carinii* (PCP). Los párvulos pueden presentar parotiditis, linfadenopatía generalizada, infección bacterial recurrente, enfermedad neurológica o anomalías del desarrollo; para niños de mayor edad los síntomas a veces incluyen falta de desarrollo, hepatosplenomegalia y neumonía. También es frecuente que presenten otitis media, sinusitis o meningitis por bacterias, diarrea, herpes y varicela zoster.

2.5 Tratamiento.

En cuanto al tratamiento de infección por VIH en los niños, muchos de los medicamentos utilizados en el adulto se utilizan en el niño, sólo que con dosis modificadas. Aun existen problemas por la presentación de medicamentos ya que para un niño es difícil su ingesta en pastillas, son pocos los medicamentos en solución oral.

La terapia antiretroviral con AZT o ZDV, didanosina (ddl) o saquinavir inducen el aumento de peso, reducen la hepatosplenomegalia, disminuye los efectos de la encefalopatía, reducen el número de virus detectados en sangre, mejoran las cifras de CD4, mejora las anomalías en el desarrollo neurológico, la capacidad cognoscitiva, el apetito y aumento de peso, disminuyen del tamaño de los ganglios linfáticos y del hígado. Los efectos colaterales de los medicamentos incluyen náusea, mialgia, insomnio y cefalea intensa (Sthephenson, 2000).

Russell, et al. (2001) indican que el mejor tratamiento debe ser interdisciplinario, el tratamiento farmacológico se ve optimizado por especialistas que ayuden a minimizar los efectos psicosociales, nutriólogos y personas que monitoreen el desarrollo del niño.

CAPÍTULO III

CONDICIONES SOCIALES DE LA NIÑEZ CON VIH/SIDA EN MÉXICO

3.1 Epidemiología.

En México el 83.5% de los niños que han contraído el VIH desde 1983 hasta diciembre del 2006, ha sido por vía vertical, el 12.7% por transmisión sanguínea, 3.8 por transmisión sexual y un gran número de casos (28.9%) que son excluidos de los porcentajes anteriores que se desconoce la forma en que han sido infectados. Únicamente durante el año 2006 la transmisión perinatal fue la primera causa de infección en los menores de 15 años ocupando el 95.5% con 107 casos detectados, siguiendo en segundo lugar la transmisión sexual y en tercer lugar las causa desconocidas, reportándose en total 115 niños con VIH. (SSA y CONASIDA, 2006c). La Tabla 1 esquematiza la incidencia de casos de niños con VIH/SIDA de acuerdo la forma en que fueron infectados.

Casos de niños con VIH/SIDA según categoría de transmisión

Categoría de transmisión	Casos diagnosticados en el año 2006		Casos acumulados (1983- 2006)	
	Número	%	Número	%
Perinatal	107	95.5	1 582	83.5
Transmisión sanguínea	0	0.0	240	12.7
Transmisión sexual	5	4.5	72	3.8
Se desconoce*	3	(2.6)	768	(28.9)
Total	115	100	2 662	100

Tabla 1. Muestra los casos nuevos y acumulados de VIH/SIDA en menores de 15 años, según categoría de transmisión (SSA y CONASIDA, 2006c).

*casos excluidos de la suma de porcentajes

La transmisión sanguínea ha sido prácticamente erradicada debido a los controles sanitarios que subraya la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida, a los que se apegan los servicios de salud para el control de sangre o hemoderivados, transfusiones, donaciones, y trasplantes de órganos, desde al año 2000 no se han reportado casos de diagnóstico por esta causa.

El número existente de niños con VIH/SIDA refleja la incidencia de la infección en mujeres en edad fértil. En el año 2000 el Consejo Nacional de Población ([CONAPO] en

Zúñiga y Tepichin, 2000) estimaba la posibilidad de que 9 de cada 10 mil mujeres embarazadas estaban infectadas por el VIH. Bajo este supuesto, anualmente se esperaba un mínimo de 860 y máximo de 4, 945 mujeres embarazadas portadoras del virus, lo cual ponía en riesgo de infección al bebe. En México la prevalencia promedio de infección por VIH entre mujeres embarazadas va de 0.04 a 0.09% cifra muy pequeña pero no por eso deja de ser importante

La Tabla 2 muestra la relación de casos de menores de 15 años que hasta diciembre del 2006 se ha contabilizado con VIH/SIDA, en ella se observa un aumento en el número de casos acumulados y en el número de diagnósticos por año, así como la relativa estabilidad del porcentaje que representa este grupo de la población total que vive con VIH/SIDA.

Casos de menores de 15 años con VIH/SIDA en México

AÑO	Casos Diagnosticados en el año		Casos acumulados a partir de 1983	
	Número	%	Número	%
2006	115	2.3	2 662	2.4
2005	101	2	2 495	2.5
2004	92	2	2 319	2.5
2003	33	1.6	1 705	2.3
2002	18	1.1	1 670	2.5
2001	20	1.7	1 237	2.4
2000	Sin datos	1.3	Sin datos	Sin datos

Tabla 2. Presenta el número y porcentaje de casos de menores de 15 años diagnosticados con VIH/SIDA por cada año desde el 2000 hasta el 2006 y casos acumulados a partir de 1983.

De forma acumulada se han llegado a contar hasta finales del 2006, dos mil, 662 menores de 15 años con VIH/SIDA. Aunque en 1997 se estimaba que cada año 350 niños mexicanos se infectaban de VIH (Cruz, 1997, SSA y CONASIDA, 2006b, 2006c)

De enero a noviembre del año 2007 se diagnosticaron 98 casos de niños y 49 casos de niñas con VIH, la mayoría adquirió la infección de forma vertical, solo tres casos adquirieron el virus vía sexual, un hombre y dos mujeres. De forma acumulada desde 1983 a noviembre del 2007 se han contado 1 509 niños y 1 277 niñas que hacen un total de 2 786 casos de niños con VIH/SIDA en México y que representan el 2.4% de la población afectada por esta enfermedad. (SSA y CONASIDA, 2007b).

3.2 Acciones Preventivas.

En el caso de México, la transmisión madre-hijo se combate a través del Programa de Prevención Perinatal que la Secretaría de Salud a través de CONASIDA estableció como estrategia nacional con la finalidad de reducir los casos de transmisión vertical, el cual consiste en:

- ✓ Difundir información sobre la transmisión vertical y como prevenirla entre el personal de salud y la población en general.
- ✓ Promover la atención prenatal oportuna, con investigación de factores de riesgo para que la mujer pueda optar por la prueba de detección de anticuerpos al VIH si así lo decide. Todo esto bajo una consejería y un consentimiento informado.
- ✓ Capacitar al personal de salud para la atención de personas con VIH/SIDA para que informe sobre los riesgos y beneficios del tratamiento para prevenir la transmisión vertical y lo administre si la mujer lo acepta.
- ✓ Referir a las mujeres embarazadas VIH positivas a los servicios especializados del Distrito Federal y los estados, ya que a través de éstos se canaliza los antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical. Así como sustitutos de leche materna.
- ✓ Programar cesárea electiva y dar seguimiento al recién nacido, ya que durante los primeros meses de vida es difícil establecer con precisión si se infectó o no. (CONASIDA, 1999)

Este programa cuenta con una política nacional de tratamiento gratuito para prevenir este tipo de transmisión, desde antes de 1997 se ofrece tratamiento profiláctico con AZT de forma gratuita, el cual ha demostrado disminuir el riesgo de infección hasta en un 67%. No obstante, mientras no se incremente el control prenatal y se realice la detección al 100% de las mujeres que acuden a este servicio, seguirán presentándose casos de VIH/SIDA que pudieron ser evitados. Los principales obstáculos para incrementar el éxito de este programa es que muchas mujeres no asisten a control prenatal hasta el momento del nacimiento y otras cuantas se han negado a recibir el tratamiento debido a que no creen que el tratamiento sea efectivo o seguro y el temor a los efectos indeseables y a la estigmatización (SSA y CONASIDA, s.f.). Para prevenir la transmisión vertical, se requiere detectar oportunamente a toda mujer infectada.

El Consejo Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA, (CONASIDA, 2002) declaró que, una mujer embarazada que viva con el VIH y reciba la terapia antirretroviral altamente activa, (TARA) en forma oportuna, y su carga viral sea indetectable, tiene la

posibilidad de tener un hijo seronegativo en prácticamente un 100% de los casos, aún cuando el niño haya pasado por el canal del parto o haya nacido a través de la herida de una cesárea. Aseveración bastante optimista.

3.3 Atención Médica y Social a Niños con VIH/SIDA

En la ciudad de México existen muchas instituciones tanto gubernamentales como civiles que trabajan con personas adultas afectadas por el VIH/SIDA, sin embargo son pocas las que se dedican especialmente al trabajo con la población infantil dado que esta población es reducida pero no por eso menos importante.

La Casa de la Sal. A.C (2004) fue la primera institución mexicana en brindar alojamiento y cuidados permanentes a niños huérfanos totales o parciales con VIH/SIDA, es una organización, dedicada especialmente al trabajo y cuidado de los niños con VIH en la Ciudad de México, desde sus inicios ha albergado a más de 80 niños en su Centro infantil y ha dado en adopción a ocho. Las edades de los niños que alberga el Centro infantil de Casa de la Sal varían entre los 4 y 18 años de edad. Durante mucho tiempo los niños que habitaban en este centro fallecían a menos de 4 años de haber ingresado, a partir del año 2001 no se ha presentado casos de deceso, y actualmente la mayoría de estos pequeños permanece asintomático gracias a la toma de medicamentos antirretrovirales y a la atención médica que les brinda la clínica CLINDI del Hospital Infantil de México Federico Gómez, este apoyo ha permitido que “la esperanza de vida de los niños de Casa de la Sal pueda llegar a prolongarse hasta los 20 o 30 años de edad.” (p.6)

La Casa de la Sal ha informado que dado que la esperanza de vida de los niños que alberga está aumentando, ha tenido que diseñar programas educativos específicos que se adapten a las necesidades de los niños con VIH y ha iniciado el proceso de inclusión de los niños a escuelas públicas para que desarrollen su sociabilidad y además puedan obtener su certificado de primaria e ingresar a la secundaria. A partir del año 2002 Casa de la Sal reporta que ha logrado integrar a la mayoría de sus niños en edad escolar a varias escuelas, tres de ellos ya acuden a la secundaria, sin embargo los retos escolares que aun enfrentan están relacionados con el agudo retraso escolar de los niños, así como su estado de salud físico y psicológico. Algunas de las dificultades más importantes tienen que ver con las repercusiones neurológicas de la infección y lo efectos secundarios que producen los medicamentos; estos niños requieren de necesidades educativas especiales por el lento aprendizaje, dificultades de lenguaje, dislexia, atención y memoria.

El nuevo reto de Casa de la Sal es desarrollar un centro para adolescentes ya que siete de sus niños están por entrar a esta etapa donde las necesidades psicológicas y sociales son distintas. (La Casa de la Sal, A.C, 2004 p.7)

En la Clínica de Inmunodeficiencias, CLINDI, del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" atienden a niños con VIH/SIDA desde recién nacidos y hasta los 17 años. De acuerdo con la psicóloga Tovar (comunicación personal 2 de junio del 2006) de la CLINDI el primer caso de un niño con VIH/SIDA reportado en este hospital fue en 1993. Actualmente el 90% de los niños atendidos en la clínica está en buenas condiciones de vida y se mantienen asintomáticos gracias a los tratamientos antirretrovirales. Estos niños reciben tratamientos médico, farmacológico, especializado y psicológico, son niños que en su mayoría adquirieron el VIH de forma peri natal, por lo cual muchos de ellos han perdido a uno o ambos padres y han quedado a cargo de un familiar o cuidador. El éxito del tratamiento en estos niños no sólo se debe a los cuidados médicos, la disposición familiar es un factor muy importante; el 10% de los niños que se encuentran con algún deterioro profundo en su salud se debe a los escasos cuidados que les proporcionan sus familiares, principalmente el desapego al tratamiento antirretroviral

De acuerdo con la psicóloga Tovar, los niños que acuden a tratamiento psicológico a la CLINDI presentan como mayor problema emocional la depresión, que puede ser debida a la perdida de sus padres, al rechazo y la marginación que sufren por ser niños con VIH, no sólo de la sociedad, también por parte de sus familiares, y por su mismo estado de salud, principalmente.

De los niños en edad escolar que acuden a una institución educativa, el 70% presenta problemas de aprendizaje, debido a dificultades en el lenguaje, la atención y la motricidad fina, sin embargo es difícil identificar a qué se atribuyen estas dificultades, ya que ninguna de éstas se asocia directa y únicamente al VIH, también influyen la alimentación y los factores ambientales físicos y emocionales en los que viven. Los niños con VIH también son considerados niños con necesidades educativas especiales. En la clínica se les recomienda a los familiares o cuidadores de los niños que los lleven a una escuela normal, sin embargo algunos debido a sus necesidades educativas acuden a escuelas especiales.

Continua la psicóloga Tovar informando que, de los niños que acuden a la escuela, al principio se sienten felices, sin embargo cuando ven que los resultados académicos no son lo que esperaban o experimentan el rechazo y el trato diferencial por parte de la comunidad

escolar, comienzan a deprimirse nuevamente. La comunidad escolar no está preparada para acoger a un niño en estas condiciones de vida.

3.4 Discriminación ante el VIH/SIDA.

De acuerdo con la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], 2004) la discriminación es definida en su artículo 4 como:

“...toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, *condiciones de salud* [cursivas agregadas], embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas”(p.32).

La discriminación es la conducta resultante de la suma de sentimientos hostiles (actitudes negativas o también llamadas prejuicios) a creencias estereotipadas que puede variar desde expresiones verbales de desprecio hasta actos manifiestos de agresividad. La discriminación puede ser pasiva, como, dejar de hablarle a alguien, alejarse y activa como golpear o prohibir un derecho. (Rodrigues, Assmar, y Jablonski, 2002,).

La discriminación hacia las personas con VIH/SIDA es llamada también “discriminación arbitraria” y es definida como cualquier medida que acarree una distinción arbitraria entre las personas por razón de su estado de salud o su estado serológico respecto al VIH confirmado o sospechado (ONUSIDA, 2001, p. 4).

Se reconoce que la no discriminación es un derecho humano básico, indispensable para asegurar el desarrollo, bienestar y dignidad de la persona. Los criterios internacionales y nacionales existentes sobre derechos humanos prohíben la discriminación por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2004a).

Autores como Sherif, 1961, Star, Williams y Stouffer, 1958, (en, Rodrigues et. al, 2002) han encontrado que para disminuir el prejuicio y la discriminación, la facilitación de información sobre las características verdaderas del objeto o persona, aunado a propiciar el

contacto entre grupos en situaciones de igualdad y orientados hacia una meta común, favorece la cooperación entre grupos discordantes para alcanzar objetivos comunes.

La presencia del VIH/SIDA en el mundo atenta contra uno de los principales valores de la humanidad que es la salud. En el proceso inicial de la epidemia, hablar de VIH era igual a hablar de SIDA y por lo tanto de muerte. Hoy en día sabemos que la infección por VIH ya no es considerada mortal si se detecta oportunamente y se recibe el tratamiento antirretroviral adecuado; la infección no es curable, pero si controlable. El rechazo y estigma hacia las personas víctimas del VIH esta relacionado con aspectos que tienen su origen en estigmas previos, relacionados con los prejuicios hacia ciertos grupos y comportamientos.

Para Kendall y Pérez (2004) un aspecto del estigma y la discriminación relacionado con el VIH es que el virus, en el proceso inicial de al epidemia ha afectado a grupos que de por sí son discriminados y definidos como “ajenos” o “diferentes”, ya sea por su preferencia sexual, etnia, fuente de ingreso u otras características, así como la asociación de las vías de transmisión a comportamientos que por su parte se encuentran estigmatizados, como el sexo y el uso de drogas.

El miedo a contagiarse, la desinformación y las creencias equivocadas en torno a la enfermedad y las personas infectadas, han provocado conductas de rechazo y desaprobación hacia las víctimas del VIH/SIDA (Ruiz, 2000). Con el paso del tiempo la infección por VIH no ha hecho distinción entre preferencias sexuales, edades, posición socioeconómica o creencia religiosa; el VIH/SIDA puede afectar a cualquier persona, siempre y cuando se exponga a la presencia del virus sin cuidados preventivos.

La Organización de las Naciones Unidas en lucha contra el SIDA (ONUSIDA) define el estigma como un medio poderoso de control social que se aplica a través de la marginación, exclusión y ejercicio del poder sobre individuos que exhiben determinados rasgos y precisa que la discriminación se produce cuando se realiza contra una persona una distinción que dé lugar a que sea tratada parcial e injustamente por pertenecer, o se percibe que pertenece a un grupo particular (en Kendall y Pérez , 2004, p.11).

La discriminación por VIH/SIDA ha propiciado que las personas nieguen su situación de salud para no ser discriminadas y en consecuencia no acudan al médico ni reciban el tratamiento correspondiente, o por temor a que se le descubra tomando antirretrovirales descuida su adherencia al medicamento, la persona renuncia a desarrollar una vida afectiva y se aleja de su pareja, familia y amistades, se abstiene de solicitar trabajo o deja de

estudiar y desarrollarse profesionalmente, la persona pierde calidad de vida porque se encierra en su casa y deja de convivir socialmente, perdiendo el interés por su propia vida.

En el caso de los niños con VIH la discriminación ha limitado sus oportunidades de desarrollo afectivo, emocional y social. Los niños con VIH en México enfrentan una gran variedad de problemas como el acceso a medicamentos, carencias afectivas y sobre todo el rechazo social.

Casi tan letal como el propio virus son el estigma y la discriminación social que acompañan a quienes padecen la enfermedad o viven con personas infectadas por el VIH. El estigma y la discriminación siguen siendo las barreras más importantes para establecer el diagnóstico, el tratamiento y la prevención (Ruiz, 2000).

3.4.1 Discriminación Escolar a Niños con VIH.

Un niño infectado por VIH que recibe apoyo médico, farmacológico, psicológico y social, puede tener una mejor calidad de vida, como los ejemplos de los niños de La Casa de la Sal (2004); sin embargo, los niños con VIH también son víctimas del prejuicio y la discriminación por su estado serológico. Uno de sus derechos fundamentales, que es la educación ha sido limitado por estar infectado por el virus o ser familiar de alguna persona infectada.

Hasta hace algunos años los niños con VIH tenían una esperanza de vida muy corta, sin embargo los avances en la detección oportuna del VIH materno y el tratamiento antirretroviral permiten que un niño pueda vivir más tiempo y con mejor calidad de vida.

En México existen varios casos de niños con VIH que han llegado a la edad escolar y en los intentos de que tengan acceso a la educación básica, han sido rechazados al enterarse de su situación de salud.

En abril del año 2003 la periodista Carolina Gómez del periódico "La jornada" reportaba 700 niños que vivían con VIH víctimas de la discriminación en México.

En otro artículo periodístico, Pablo Enrique Vargas Gómez, Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Querétaro, reportó que la comisión a su cargo había documentado cinco casos de niños y niñas con VIH entre 5 y 7 años de edad a los que se les había negado la inscripción al primer año de primaria en diversas escuelas

públicas de la entidad, las denuncias quedaron como “negativa al derecho a la educación “ y Vargas Gómez declaró que no se permitirán caso de discriminación por esta causa pues, “se supone que los maestros y maestras deben tener un nivel cultural de primer orden y ser los puentes básicos e idóneos para concienciar a la gente y educar sobre estos temas tan importantes” (Chávez, 2004, parra. 5)

En ese mismo año diversas organizaciones de lucha contra el SIDA exigieron a la Secretaria de Educación Pública, SEP asumir la responsabilidad por los casos de niños y niñas discriminados en las escuelas por ser VIH positivos, los casos provenían de diferentes estados de la república como, Guerrero, Chiapas, Yucatán, Querétaro, el Estado de México y el Distrito Federal.

Los casos llegaron hasta la Cámara de Diputados, compareciendo los entonces director de CENSIDA Jorge Saavedra y Lorenzo Gómez Morín, subsecretario de Educación Básica de la SEP ante las comisiones de Educación y Salud. Ambos acordaron en rechazar la discriminación escolar por padecer VIH y emprender estrategias conjuntas para que no se repitieran casos semejantes, Gómez Morin dijo que la secretaria a su cargo “garantizaría que niños, jóvenes y maestros tuvieran material informativo respecto al SIDA y evitar que por ignorancia discriminen a sus compañeros” (Sánchez 2004, parra. 8).

Resultado de las quejas por discriminación escolar en las escuelas por padecer VIH, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, CNDH, inició una investigación sobre el problema, los resultados fueron expuestos en el documento llamado Recomendación número 8/2004, sobre el caso de discriminación en las escuelas a menores portadores de VIH o que padecen SIDA, expedido el 17 de septiembre del 2004 en la ciudad de México y dirigida a los Gobernadores de los estados, al Jefe de Gobierno del Distrito Federal y al Secretario de Educación Pública, (CNDH, 2004b).

La CNDH constato “la existencia de un número importante de reportes en toda la República Mexicana, en los que las autoridades educativas han discriminado a menores que son portadores del VIH o padecen SIDA. En estos casos las autoridades educativas han realizado acciones violatorias de los derechos humanos de los menores, al expulsarlos de las escuelas por su condición de salud o al negarles el servicio educativo por la misma razón. Incluso han dado a conocer entre la comunidad escolar el estado de salud de los menores, lo que ha generado que éstos y sus padres sean discriminados y estigmatizados en el ámbito escolar y por la sociedad” (p.1).

“Las autoridades educativas también han violentado por omisión los derechos humanos de los menores que padecen VIH/SIDA, al permitir y tolerar la discriminación, estigmatización y los prejuicios en el ámbito escolar, tanto en instituciones públicas como privadas, por parte de alumnos y padres de familia. Esto impacta a los menores en la manera en que se perciben a sí mismos y provoca en algunos casos, depresión, devaluación de la autoestima y desesperación. Esta omisión de las autoridades permite que se arraiguen en la sociedad mitos en torno a la enfermedad y las personas que la padecen. “(Recomendación número 8/2004, p. 1).

La Recomendación número 8 sostiene que la actitud de las autoridades educativas atenta contra un conjunto de derechos fundamentales de los niños y adolescentes como el derecho a la igualdad, la educación, a la legalidad, al trato digno, a la protección que la condición de menor requiere, el derecho a la confidencialidad y a la privacidad.

Ricardo Hernández Forcada director del programa de VIH/SIDA del CNDH, en un artículo periodístico para “La jornada” con motivo de la expedición de la Recomendación número 8 declaro que “la expulsión de niños y adolescentes en escuelas públicas y privadas es una práctica reiterada, y no aislada, en todo el país. Logramos documentar varias decenas de casos, pero esto no quiere decir que fueron todos los que han ocurrido: existe una cifra negra, por que los padres muchas veces no denuncian las violaciones a los derechos humanos por miedo a la discriminación que se hará de ellos y su familia... Es escandalosa la cantidad de situaciones distintas que se presentan de discriminación en menores contagiados con VIH... hay que prevenir para que no se registre ni una expulsión más por este motivo” (Ballinas, 2004, parra. 22).

La CNDH por medio de la Recomendación número 8 hace cuatro sugerencias a quienes está dirigido el documento:

1. Las autoridades educativas deben abstenerse de expulsar, de separar de sus estudios o impedir la inscripción a los alumnos que viven con VIH o que padecen SIDA, y establecer los mecanismos para garantizarles el derecho a la educación.
2. Las autoridades educativas deben guardar la confidencialidad respecto de la condición de salud de los menores portadores del VIH o que padecen SIDA, y brindarles los apoyos necesarios para que puedan continuar con sus estudios y participar en las actividades escolares en condiciones de igualdad.

3. Se implementen de manera urgente y en coordinación con las autoridades de salud, programas de capacitación e información sobre VIH/SIDA para los servidores públicos que conforman el sistema educativo, cuyo objetivo sea combatir la ignorancia y desinformación en torno a la enfermedad, para evitar prácticas discriminatorias y violatorias a los derechos humanos de los menores.
4. Se realicen campañas pedagógicas de información dirigidas a niñas, niños y adolescentes, con el objeto de difundir el respeto a los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA, así como informar a los adolescentes, padres de familia y profesores sobre las formas de prevención del virus.

3.4.2 La Función Docente en la Educación Primaria.

La educación en México está reglamentada por el Artículo 3ro. Constitucional y la Ley General de Educación; ambas leyes reconocen el derecho a la educación de todos los individuos desde una visión democrática, donde los principales valores son la igualdad, el progreso científico y social, la independencia económica y nacional y la regulación de la convivencia humana, a través del respeto y la solidaridad entre las personas. El Estado tiene a su cargo la determinación de los programas de estudio y la regulación institucional educativa con respecto a la educación básica obligatoria, gratuita y laica, en las modalidades de educación inicial, primaria y secundaria.

Los objetivos de la educación primaria en México obedecen al Plan y Programa de Estudios actualizado en 1993 creado por la Secretaría de Educación Pública, (SEP). Las prioridades educativas son: el dominio de la lectura, escritura y la expresión oral, la enseñanza de las matemáticas a fin de fomentar el razonamiento y la solución de problemas, el conocimiento del medio natural y social que rodea al niño, nociones básicas de historia y geografía de México, el conocimiento de sus derechos y deberes y la práctica de valores en su vida personal, así como, actitudes de aprecio y disfrute de las artes y el ejercicio físico y deportivo.

A principios del ciclo escolar 2005-2006, se contaban en México 561 342 docentes de educación primaria; únicamente en el Distrito Federal había 36 055 docentes laborando en este nivel. El grado máximo de estudios de los maestros de educación primaria a nivel nacional es de licenciatura con un 42.5% y de normal primaria de 36.2%, en este mismo rubro, pero sólo en el Distrito Federal la mayoría de docentes cuenta con estudios a nivel normal primaria 63%, seguido por un 29.3% con estudios de licenciatura, finalmente la

educación primaria en México ha conseguido una cobertura del 96.5%; aun el acceso a la educación y la permanencia en ella es una meta a alcanzar (Unidad de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas & Dirección General de Planeación y Programación, 2007).

De acuerdo con la Secretaría de Educación Pública (SEP, 2003). El docente de educación básica tiene como función, promover en los alumnos los aprendizajes para su desarrollo personal, la adquisición y consolidación de sus competencias intelectuales y facilitar la adquisición de saberes para entender el mundo natural y social, así como procurar que el alumno se conciba a sí mismo como persona con identidad, competencias y valores propios que le sirvan para respetar y aprender a convivir con los demás. El docente debe ser un “guía pedagógico” que contribuya a la formación ciudadana de sus alumnos, a fin de que se integren activamente a la sociedad, fomentando en ellos el pensamiento crítico, la creatividad, la iniciativa y la autodeterminación.

Por lo tanto los rasgos que deben promoverse en el desarrollo personal y profesional del docente son:

- a) Consolidación de habilidades intelectuales específicas como, la lectura comprensiva y analítica, la expresión oral, la identificación de problemas y la implementación de soluciones.
- b) El dominio de los contenidos de enseñanza.
- c) Competencia didáctica y evaluativa, enseñar a los alumnos a aprender a aprender.
- d) Identidad profesional y ética, es decir consolidar valores y actitudes que le permitan asumir su responsabilidad y tratar con respeto a los alumnos y a la comunidad escolar
- e) Formación de competencias que le permitan el aprecio y respeto por la diversidad social y cultural.

Tal construcción del docente es idealista; la función docente se realiza dentro de un marco institucional, el docente toma decisiones dentro del aula bajo una autonomía limitada por el contexto normativo de un puesto de trabajo; la actividad del profesor surge no sólo de las necesidades educativas de sus alumnos, sino, también de las demandas sociales, institucionales y curriculares que se le imponen (Sacristán, 1995).

La relativa autonomía del profesor, las relaciones sociales y de intercambio que se desarrollan en la clase y el bagaje personal de valores, actitudes y patrones de conducta

que el docente expresa consciente o inconscientemente dentro del aula, son elementos que el alumno también aprende en la escuela; este contenido de enseñanza implícito es lo que se conoce como *currículum* oculto y que tienen un gran peso en la socialización del alumno (Sacristán, 1995; Sacristán y Pérez Gómez, 2002 y Torres, 1991)

Por tanto es importante que la formación y la actualización docente fomenten el incremento de los niveles de autonomía y responsabilidad del docente que favorezcan la reflexión sobre su práctica, el análisis crítico de los problemas que enfrenta en su labor cotidiana y la competencia para implementar las soluciones convenientes, así como, hacerlo consciente de la importancia social de su intervención y de las decisiones que toma en su práctica (SEP, 2003).

De acuerdo con Sacristán y Pérez Gómez (2002), la función educativa de la escuela en la sociedad postindustrial contemporánea debe fomentar la reconstrucción crítica del conocimiento y la experiencia, es decir preparar a los alumnos para pensar críticamente y actuar democráticamente en una sociedad no democrática mediante el desarrollo radical de una función compensatoria de las desigualdades de origen, a través de la atención y el respeto a la diversidad. La reconstrucción de nuevos conocimientos, actitudes y modos de actuación de los alumnos resultará no sólo de la transmisión e intercambio de ideas, sino, mediante la vivencia de un tipo de relaciones sociales dentro del aula, de experiencias de aprendizaje y actuación democrática que justifiquen y requieran esos nuevos modos de pensar y hacer.

Al sistema educativo mexicano, a pesar de contar con unidades de apoyo para niños con necesidades educativas especiales, aun le hace falta considerar e integrar las necesidades educativas de los niños que por su estado de salud son discriminados, como es el caso de los pequeños con VIH/SIDA.

CAPÍTULO IV INTENCIÓN CONDUCTUAL

4.1 Antecedentes.

Antes de adentrarnos en el tema de la Intención Conductual que da nombre a este capítulo, es necesario hablar del tema de las Actitudes, pues es a través de éste, que el término de “Intención Conductual” se acuñó como tal, específicamente con la Teoría de la Acción Razonada que a lo largo de este capítulo se desarrollará. (Ajzen, 1989; Fishbein, 1967; Fishbein, 1990; Fishbein y Ajzen, 1975).

4.1.1 Actitud.

El crédito de la inclusión del tema de las actitudes al campo de la psicología social se debe a los sociólogos William I. Thomas y Florian Znaniecki ,1918 (en Allport, 1935/1967) quienes declararon que:

El estudio de las actitudes es por excelencia el campo de estudio de la psicología social. Las actitudes son procesos mentales individuales, los cuales determinan, tanto la respuesta actual como potencial de cada persona en el mundo social. Como las actitudes son siempre dirigidas hacia un objeto, pueden definirse como “un estado de la mente del individuo hacia un valor”. (p. 6)

Sin embargo el inicio del estudio científico de las actitudes dentro de la psicología social se marca en 1928 cuando L. Thurstone da el primer paso hacia la medición exponiendo la construcción de instrumentos para medir la actitud en su artículo “*Attitudes Can Be Measured*”, destacando que las actitudes tenían como atributos la dirección y la intensidad. (Allport, 1935/1967).

Allport afianza el lugar de las actitudes iniciando su artículo “*Attitude*” diciendo que el concepto de actitud es “el más distintivo e indispensable concepto en la psicología social americana” (1935/1967, p.1). En este escrito realiza un análisis detallado de las definiciones que hasta ese momento existían, con el fin de encontrar los elementos que identificaban a las actitudes y definir claramente el concepto.

La actitud dice Allport, es “un estado de disposición mental y neuronal de preparación, organizado a través de la experiencia, ejerciendo una influencia dinámica o directiva sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona (p.8).

Allport describe el experimento de L. Lange (1888) como antecedente para su concepción de la actitud, Lange descubrió que un sujeto que es preparado para concentrarse a presionar una llave de telégrafo inmediatamente después de recibir una señal, reacciona más rápido que quien no recibe una preparación previa y sólo se concentra en la señal por sí misma. Esta preparación para la respuesta fue considerada una actitud.

Los elementos que Allport encontró como distintivos del concepto de actitud eran la *preparación o activación de la conducta*, y su *propiedad evaluativa*, en sus dimensiones de intensidad y dirección, mencionado más adelante que la actitud “puede provocar conductas emocionales favorables o desfavorables hacia el objeto o clase de objetos” (p.8).

Thurstone, 1932 definió a las actitudes como “el afecto hacia o en contra de un objeto psicológico” (en Allport, 1935/1967).

“Una actitud es una tendencia a actuar hacia o en contra de algo en el ambiente otorgándole un valor positivo o negativo. Bogardus, 1931, (en Allport. 1935/1967).

En la actualidad existen miles de definiciones de actitud, tantas como estudios se ha hecho acerca de ellas. Este es el primer problema al que nos enfrentamos al querer estudiar a la actitud. Carecer de una definición única de lo que es la actitud ha originado que se convierta en un constructo flexible para dar explicación de otros fenómenos con los que se ha confundido. No obstante, la proliferación de estudios que tratan de medir la actitud ha sido y sigue siendo cuantiosa.

Al respecto se han desarrollado varias técnicas de medición de la actitud. Los métodos desarrollados por Thurstone, 1928; Likert, 1932 y Guttman, 1944 (en Triandis, 1971), son métodos que por sus cualidades requieren el desarrollo de juicios únicamente para el objeto de actitud a evaluar; por el contrario el Diferencial Semántico (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957 (en Triandis, 1971), puede ser utilizado para evaluar cualquier objeto por que los juicios ya están determinados previamente.

De acuerdo con McGuire (1985) el estudio científico de las actitudes se divide en tres etapas a lo largo del siglo XX. Cada etapa esta constituida por el auge de investigaciones centradas en algún aspecto de las actitudes y están divididas por su declive ante nuevos tópicos de investigación. La primera etapa se caracteriza por el gran desarrollo de instrumentos de medición, donde destacan Thurstone, Likert y Guttman. La segunda etapa por el desarrollo teórico, principalmente el de dos escuelas de pensamiento, el conductismo, cuyo representante es Carl Hovland al frente del famoso grupo de Yale y el cognocitivismo donde destaca León Festinger. La tercera y actual etapa se caracteriza por el interés en la estructura y función de las actitudes. La tabla 1 muestra esta breve historia.

El estudio de las actitudes en el siglo XX

ETAPA 1 1920 a 1930.	1935 1955	ETAPA 2 1950 a 1960	1960 a 1980	ETAPA 3 1980 a 1990.
Definiciones e instrumentos de medición	Procesos y dinámicas de grupos	Modelos teóricos y cambio de actitudes	Percepción social, atribución y formación de impresiones.	Contenido, estructura y función, de las actitudes, distinguiéndolas como sistemas.

Tabla1. Tópicos de moda en el estudio de las actitudes y otros temas de psicología social durante el siglo XX

La importancia del estudio de las actitudes radica en las funciones que se le han atribuido como son: el ajuste social como instrumento para conseguir objetivos, satisfacer necesidades o evitar castigos; la función ego defensiva con el fin de preservar la autoimagen y que proviene de los conflictos emocionales individuales desplazados en el objeto de actitud, la función de expresión de valores individuales y la función de conocimiento o marco cognitivo para el entendimiento del mundo. Una actitud puede ser originada por diversas motivaciones, por lo que es necesario saber la función que la actitud para determinar que la despertó y promover el cambio de actitud. (Katz, Sarnoff y McClintock, 1960 en Javiedes, 2003).

Dado que el principal elemento que caracterizaba a las actitudes era su propiedad evaluativa, que gracias a Thurstone, (1928/1976) y otros investigadores podía medirse, aunado a la carga de un pasado que devenía en antecedente de la conducta, se asumió que las actitudes eran predictores de ésta y por lo tanto su medición facilitaba la predicción conductual.

El gran optimismo que surgió ante esta posibilidad, nubló los estudios que demostraban que la relación entre actitud y conducta no era tan exacta o mecánica en situaciones sociales reales.

El famoso estudio realizado por Richard LaPiere (1934/1967) cuestionaba la utilidad de los cuestionarios sobre actitudes para predecir la conducta. LaPiere pensaba a las actitudes como tendencias anticipatorias, predisposiciones, patrones de conducta, en fin, una respuesta condicionada a un estímulo social, sin embargo, dudaba que un cuestionario midiera una “tendencia a responder”, pues consideraba que en un cuestionario la situación que se plantea es simbólica no real y por lo tanto la respuesta también lo es, la solución que él proponía era, el estudio del comportamiento en situaciones sociales reales y como Thurstone (1928/1976) hacía mención, dejar los cuestionarios sólo cuando esta opción no fuera posible.

El estudio de LaPiere (1934/1967) consistió en viajar con una pareja china visitando hoteles y restaurantes de Estados Unidos, únicamente en un local se les negó el servicio. Seis meses después La Pierre escribió a los mismos locales que había visitado preguntándoles si atenderían a clientes chinos, de la gente que respondió a la carta el 92% contestó que no lo harían, solo una persona menciono que si lo haría y recordaba que anteriormente había atendido en su establecimiento a una pareja china.

4.1.2 Modelos Estructurales de la Actitud.

A pesar del problema de definir las actitudes y de su relación con la conducta, los investigadores han tratado de solucionar el problema tomado posición en uno de los dos enfoques principales que tratan de explicar la estructura de las actitudes para poder concebir las actitudes de acuerdo a sus fines. Estos dos enfoques están formados por una propuesta tradicional y una propuesta novedosa.

1. La propuesta tradicional, dada su historia, es mejor conocida como “Modelo Tripartito de La Actitud” o “Modelo de los Multicomponentes” y da origen a una “Modelo Jerárquico de la actitud” entre cuyos representantes destacan Krech y Rihard Crutchfiel, 1948, Smith, 1947 y Ballachey, 1962, McGuire, 1985, Rosenberg y Hovlan, 1960. (en Ajzen, 1989).

2. La propuesta moderna se basa en una causalidad y consecuencia de la actitud y otras variables, es un “Modelo en Cadena Causal” que proponen Fishbien y Ajzen (1975) por medio de la Teoría de la Acción Razonada.

4.1.2.1 El Modelo De Los Multicomponentes.

Smith, 1947 (en Javiedes, 1996b); fue uno de los pioneros en realizar una descripción amplia de cada uno de los componentes de la actitud, que además consideró estaban significativamente integrados y por tanto eran susceptibles de medición.

Componente cognitivo: formado por el contexto informativo y la percepción temporal de la actitud. El primero se refiere al conjunto de creencias, estereotipos y conocimiento factual que la persona posee respecto al objeto actitudinal, la perspectiva temporal se refiere al grado en el cual la anticipación del desarrollo futuro del objeto está integrada a la perspectiva actitudinal presente.

Componente afectivo: se refiere a los sentimientos hacia el objeto de actitud, incluye la dirección e intensidad como características afectivas que implican la reacción del individuo hacia el objeto actitudinal.

Componente conativo describe el curso de acción que podrá tomar el individuo respecto al objeto actitudinal como inclinaciones, intenciones y planes.

La visión de los Multicomponentes de la actitud es la base del Modelo Jerárquico de la Actitud en el que se fundamentan muchas de las teorías del cambio conductual, se basa en la idea de que los tres componentes, cognitivo, afectivo y conativo, son factores de primer orden que relacionados dan origen a un factor de segundo orden que es la actitud; la cual es una variable interventora, inferida de la relación entre los tres tipos de respuesta y el objeto estímulo, por lo tanto para obtener una medida válida de la actitud es necesario medir los tres componentes. La figura 1 muestra esta distribución jerárquica.

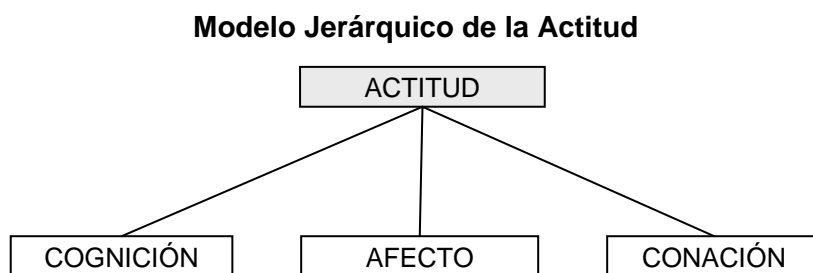


Figura # 1. La actitud y sus componentes. De Attitude Structure and Behavior de I. Ajzen, 1989 p.246.

El Modelo Jerárquico implica que cada componente debe ser congruente en sí mismo, pero lo suficientemente distinto de los otros para no ser redundantes y si relacionarse de manera que reflejen una sola actitud. En varios estudios únicamente se mide un solo componente, que en su mayoría es el componente afectivo, de ahí, la baja relación entre la actitud y la conducta. Algunos datos han indicado que únicamente el componente afectivo evaluativo explica la mayor parte de la varianza.

Lo que este modelo ha dejado de lado es que cada factor tiene una propiedad evaluativa poco clara que ha sido confundida con el factor afectivo. Lo cual se refleja en los estudios que intentan separar la parte evaluativa de los afectos de las cogniciones. Muestra de esto es el diferencial semántico, el cual muestra que sus escalas seleccionadas cuidadosamente ofrecen evaluaciones tanto afectivas como cognitivas pues ambos tipos de escalas están fuertemente correlacionadas e inclusive tienden a cargar en el mismo factor pero a la vez pueden entenderse como dos diferentes constructos, es decir con el diferencial semántico podemos evaluar tanto el componente cognitivo como el afectivo de la actitud por que ambos son factores evaluativos. Ajzen y Timko, 1986 (en Ajzen, 1989).

4.1.2.2 El Modelo Causal.

La aportación de Fishbein y Ajzen, (1975) al tema de las actitudes tiene sus raíces en el problema de la predicción conductual, específicamente en la relación actitud-conducta, citan el trabajo de Wicker (1969) que consistió en investigar los resultados de diversos estudios que incluían una medida actitudinal hacia un objeto relacionada con la conducta. Wicker encontró que en la mayoría de los estudios el objeto actitudinal era un concepto general (los negros, los derechos civiles, el trabajo entre otros) y su relaciones con la conducta era pobre y poco significativa, mientras que en aquellos estudios donde los objetos de actitud eran acciones más específicas las relaciones eran mayores y significativas. Wicker concluyo que había mayor probabilidad de encontrar fuertes relaciones entre las

actitudes y la conducta, cuando las conductas eran definidas de forma específica que cuando eran conductas generales.

Las conclusiones de Wicker sobre la fuerza de la relación entre actitudes y conductas específicas, sumadas a la inconformidad con la función del Modelo de los Multicomponentes para explicar la baja relación entre actitud y conducta, más la confusión con la propiedad evaluativa de cada elemento; llevo a Fishbein y Ajzen a replantearse el modelo de la estructura de las actitudes y a considerar los efectos de otras variables que podían ser interventoras o independientes, tanto sociales como individuales en la predicción conductual, “las actitudes son solamente una de las numerosas variables que influyen en la conducta” (Fishbein y Ajzen, 1975, pp. 344).

4.2 Intención Conductual.

4.2.1 Teoría de la Acción Razonada.

El desacuerdo teórico de Fishbein y Ajzen (1975) con otros modelos de actitudes los llevó a plantear un modelo que explicara a las actitudes como un elemento evaluativo que interviene en el momento de llevar a cabo o no una acción, pero sin determinarla. La actitud no contiene en sí misma los elementos cognitivos ni conativos, sino que forma parte de una cadena causal entre las creencias y las intenciones conductuales.

La “Teoría de la Acción Razonada” o también conocida como la “Teoría de la Conducta Planeada” fue planteada por primera vez en 1967 (Fishbein, 1967; Fishbein, 1990; Fishbein y Ajzen, 1975) y obtuvo su nombre porque para los autores las personas son seres racionales que tiene la posibilidad de realizar juicios de valor antes de actuar, es decir *razonan* y conducen sus actos de forma voluntaria. Cada una de las variables que interviene en el razonamiento es susceptible de medición. En general es una teoría que trata de explicar la conducta humana a través de la relación entre creencias, actitudes, e intenciones conductuales.

La teoría asume que las conductas están en función de las Intenciones para realizar esas conductas; estas intenciones están determinadas por las actitudes hacia la realización del comportamiento y normas subjetivas con respecto al mismo; y esas actitudes y normas subjetivas están determinadas a su vez por creencias conductuales y normativas respectivamente. De acuerdo a la teoría, la conducta está determinada finalmente por las

propias creencias y el análisis final (cambiar la conducta), se ve principalmente como una función del cambio en las creencias. La actitud ya no es hacia un objeto sino hacia la realización o no de una conducta. (Fishbein, 1990, p. 3).

Para Fishbein y Ajzen, (1975) la actitud es "la localización de una persona sobre una dimensión evaluativa o afectiva bipolar con respecto a un objeto, acción o evento "... "representa un sentimiento de favorabilidad o desfavorabilidad hacia un objeto estímulo" p. 216).

Ambos autores recomiendan que las actitudes sean medidas por un procedimiento que localice al sujeto sobre una dimensión afectivo evolutiva bipolar vis a vis con el objeto dado. (p. 11).

En la Teoría de la Acción Razonada, las creencias juegan un papel fundamental como determinantes de las actitudes."Una persona forma creencias hacia un objeto, y automática y simultáneamente adquiere una actitud hacia el objeto" (Fishbein y Ajzen, 1975, p. 216).

Las creencias son la "probabilidad subjetiva de la relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, concepto, valor o atributo" (Fishbein y Ajzen, 1975, p.131).

Las creencias pueden ser de tres tipos: a) *descriptivas*, cuando la relación surge de la observación directa por medio de procesos sensorio-perceptivos; b) *inferenciales*, cuando la relación se origina por proceso mas allá de la observación directa, comúnmente por inferencia lógica a partir de creencias descriptivas y c) *informativas*, formadas por la aceptación pasiva de la información proveniente de fuentes externas, como los medios de comunicación.

Las creencias son el contenido informativo en el que se basa la ejecución de una acción, sobre ellas recae el cambio de actitud. Fishbein y Ajzen (1975) encontraron que existen creencias que perduran durante mucho tiempo, pero hay otras que tienden a cambiar considerablemente dependiendo de la situación; éstas son las que generalmente están asociadas a las consecuencias de una conducta o hacia una persona. Por lo tanto "las actitudes de una persona varían de acuerdo a su sistema de creencias" (p. 218).

Fishbein y Ajzen encuentran que de todas las creencias que se puedan tener sobre un objeto solo un número relativamente pequeño entre 5 y 9 sirven como determinantes de la actitud y comúnmente son las más predominantes en la mente.

Los autores se basan en el Modelo de valor _ expectativa para describir los efectos de las creencias sobre las actitudes. Cada creencia acerca de un objeto vincula al objeto con cierto atributo, este atributo tiene un valor subjetivo para cada persona, basado en su deseabilidad o función; “entre más se crea que realizar el acto específico llevará a logros positivos (o prevendrá resultados negativos), más favorable será la actitud de la persona hacia dicha conducta. Contrariamente, entre más se piense que realizar la conducta llevará a consecuencias negativas (o evitará logros positivos) más negativa será la actitud.” (Fishbein, 1990, p. 8). Las creencias salientes son aquellas que son importantes por su fuerza para determinar la actitud de una persona. Matemáticamente la relación entre creencias y actitudes se expresaría de la siguiente forma:

$$A_B = \sum_{i=1}^n b_i e_i,$$

Donde A_B = actitud hacia la conducta

b_i = las creencias a formar la conducta B

e_i = la evaluación de las creencias

n = es el número de creencias de la persona

La actitud hacia la conducta es el resultado de la suma total de creencias por la evaluación de las consecuencias hacia la conducta. (Fishbein y Ajzen, 1975, p. 301)

Son entonces las creencias salientes las que impactan fundamentalmente en las actitudes y a su vez las actitudes impactan en la intención conductual.

La Intención conductual es definida como la “localización de la persona sobre una dimensión de probabilidad subjetiva que involucra una relación del sí mismo con alguna acción...” (Fishbein y Ajzen, 1975 p. 288).

La intención conductual es análoga al componente conativo dentro del Modelo de los Multicomponentes, sin embargo dentro del Modelo Causal, la intención es consecuencia de las actitudes.

Las actitudes influyen en el nivel de favorabilidad de las intenciones, de tal forma que aunque dos personas puedan tener la misma actitud hacia algo, pueden formar distintas intenciones al respecto. “La actitud de una persona hacia un objeto no se relaciona necesariamente con su intención a realizar una conducta con respecto al objeto” (Fishbein y Ajzen, 1975, p.291) o dicho de otra manera por el mismo Fishbein, (1990):

“Las intenciones... no predicen el logro de metas o un desempeño conductual específico con ninguna certeza, estos tipos de intenciones frecuentemente guían la elección del comportamiento por parte del individuo” (p. 6).

Por lo tanto, el objetivo de la Teoría de la Acción Razonada es entender qué determina a la Intención conductual y la clasifica en la intención de: alcanzar una meta, categorías de conducta o realizar una conducta dada.

La Teoría de la Acción Razonada asume que una persona formará una intención conductual específica, la cual influirá en al conducta subsiguiente. Existen dos elementos que determinan la formación de la intención conductual, uno es de origen personal que hace referencia a los sentimientos del individuo con respecto a realizar la conducta en cuestión, o mejor llamado “actitud hacia el comportamiento” y el otro se refiere a la presión social percibida por el sujeto para realizar la conducta, al cual se denomina “norma subjetiva”. Ambos factores tiene un peso específico en la determinación de la intención. La siguiente ecuación es una representación simbólica de la influencia de la actitud y la norma subjetiva sobre la intención. (Fishbein y Ajzen, 1975, p.301).

$$B \approx I = (A_B)W_1 + (NS)W_2$$

Donde $B \approx I$ = Intención conductual

A_B = Actitud hacia la conducta

NS = Norma subjetiva

W_1 y W_2 = pesos respectivos de cada elemento

Fishbein y Ajzen, (1975) retoman la Teoría del Control Preposicional de Dulany, 1961, 1968, para explicar los elementos que determinan la intención conductual; la cual utiliza el condicionamiento verbal para enunciar que las personas mantienen respuestas verbales ante un experimentador de acuerdo a la hipótesis que realizan sobre el reforzamiento que recibirán y las consecuencias de este reforzamiento para la persona al

realizar tal respuesta; de igual forma las personas pueden estar motivadas o no a complacer al experimentador dando la respuesta que éste espera. Por lo tanto las intenciones de formar una respuesta determinada están determinadas por la evaluación del reforzamiento recibido más la motivación para complacer una expectativa, el peso de cada componente dependerá de la situación. Dulany encontró una correlación múltiple de 0.85 entre la intención conductual, la evaluación del reforzamiento y la motivación para complacer la demanda. Los que hacen Fishbein y Ajzen es llevar estos resultados al análisis de la conducta social.

La Norma Subjetiva es la “percepción de la persona de lo que la gente más importante para ella piensa que debería hacer o no, sobre la conducta en cuestión,” y está determinada por la percepción de la expectativa que tiene un individuo o grupo referente y la motivación de la persona para cumplir con la expectativa”. (Fishbein y Ajzen, 1975, p. 302). La cual queda simbolizada de la siguiente manera:

$$SN = \sum_{i=1}^n b_i m_i$$

Donde SN= Norma subjetiva

b_i = creencia normativa

m_i =motivación para complacer al referente

n= número de referentes relevantes

La Norma Subjetiva es igual a la suma de las creencias normativas por la motivación para complacer al referente.

La base de la norma subjetiva son las creencias normativas. Similares a las creencias salientes para la formación de actitudes, las creencias normativas se distinguen por hacer referencia a las expectativas de los grupos o personas referentes. “En términos generales una persona que cree que la mayoría de los referentes con los cuales está de acuerdo piensan que debería realizar la conducta, percibirá presión social para llevar a cabo la conducta” (Fishbein, 1990, p. 9).

La Motivación para complacer las expectativas de las personas significativas es “la tendencia general para aceptar la dirección de un individuo o grupo referente.” (ídem. p. 306).

Se hace hincapié en que los grupos o personas referentes deben ser significativos para la persona en base al vínculo que los une y el poder del referente para proporcionar reforzamiento positivo o negativo, así como por las necesidades de afiliación o aprobación de la persona, su autoestima o su nivel de autoritarismo entre otras características (Rench y Raven 1959, en Fishbein y Ajzen, 1975)

Tanto las actitudes como la norma subjetiva tienen un peso subjetivo que determina la intención conductual, este peso en cada elemento varía de acuerdo con el tipo de conducta a predecir, las condiciones en las que se realiza la conducta y la persona que va a realizar la conducta. Para algunas personas la norma subjetiva puede tener más peso que las actitudes, o viceversa, las actitudes pueden influir más que la norma subjetiva sobre las intenciones para realizar una conducta.

4.2.2 Implicaciones y Limitaciones.

Implicaciones.

La Teoría de la Acción Razonada implica que para “aproximarnos”¹ a la predicción de la conducta, tenemos que entender primero sus determinantes,

1. La predicción de la conducta está determinada por la predicción de la intención conductual que a su vez está determinada por las actitudes y la norma subjetiva.
2. Actitudes y norma subjetiva están conformadas por las evaluaciones de las creencias hacia la conducta y las creencias normativas, así como la motivación para complacer las expectativas de los referentes significativos. Las evaluaciones más fuertes le dan fuerza a las creencias.
3. El peso o la relevancia de las actitudes y la norma subjetiva sobre la intención conductual esta dada por la fuerza de las creencias. La situación en la que se realiza la conducta, las diferencias individuales, el sujeto, el objeto y otras variables también inciden en el peso de cada elemento.

¹ Nótese que entrecorillo acercarnos, pues hasta ahora la predicción certera de la conducta no ha sido posible bajo ningún modelo teórico, ni siquiera la teoría de la Acción Razonada a través de la predicción de la intención conductual puede asegurar que las personas realicen la conducta determinada. El mito de la predicción de la conducta a través de las actitudes es resultado del entendimiento erróneo de las actitudes como predeterminantes de la conducta. las actitudes pueden determinar un resultado posible más no seguro, solo son una variable más a tomar en cuenta en la explicación de la conducta. (Fishbein, 1967)

4. Para su medición, las intenciones conductuales deben ser especificadas bajo el principio de compatibilidad, en términos de, meta, situación, tiempo y objeto. Entre más de estos elementos contenga la intención más específica se vuelve y menos se podrá generalizar su predicción a otras conductas.
5. Las actitudes y la norma subjetiva deben ser medidas también con el mismo nivel de especificidad de las intenciones, con el fin de obtener una fuerte relación con la intención conductual.
6. Las personas pueden evaluar la misma creencia de distinta forma, lo cual influirá en su actitud, de la misma manera aunque dos personas tengan la misma actitud su intención conductual puede ser distinta.
7. La intención conductual no determina la conducta, únicamente es un referente que la guía.
8. Para cambiar una conducta es necesario conocer el componente que determina en mayor medida la conducta. Así como para cambiar una actitud es necesario cambiar la evaluación que se hace de la creencia que subyace a la actitud.

Limitaciones

Dice Fishbein al finalizar uno de sus artículos que “la Teoría de la Acción Razonada intenta proporcionar un marco teórico y una metodología para identificar los determinantes de una conducta dada en una población dada”. Los resultados obtenidos en sus numerosas investigaciones indican que dado que la intención conductual es específica no puede generalizarse a conductas distintas. La evaluación de creencias varía en cada persona, por lo que los resultados sólo pueden ser significativos para la muestra o población estudiada, reconoce que “las culturas y las poblaciones son únicas y se puede esperar que las razones importantes para realizar o no realizar una conducta dada varían de cultura a cultura, así como de grupo a grupo dentro de una cultura dada [inclusive de individuo a individuo]” (Fishbein, 1990, p16).

La Teoría de Fishbein y Ajzen asume un orden y secuencia en el pensamiento y ve la conducta como resultado de este control voluntario, sin embargo el ser humano a lo largo de su historia ha demostrado que no todas sus conductas son planeadas y que tiende a actuar

por impulso en muchas ocasiones, esta idea es la principal crítica a la Teoría de la Acción Razonada.

4.3 Evidencia Empírica de la Intención Conductual.

La función de la intención conductual por mucho tiempo fue subestimada, pocas veces se podía observar la conducta real por lo que como objeto de investigación fue abandonado.

Estudios realizados por Nemeth, 1970, Fishbein y Ajzen, 1974 (en Fishbein y Ajzen, 1975) encontraron correlaciones bajas e insignificantes entre las actitudes y la intención de realizar o no una acción, 0.008 y 0.17 respectivamente. Al analizar las causas por las que estas relaciones eran bajas e insignificantes se encontró que podían obtenerse correlaciones mayores de la actitud con un dato obtenido de una serie de intenciones, que con el dato de una sola intención. Los procedimientos escalares para medir la intención como son: la Escala de Distancia Social de Bogardus, las escalas de Guttman y el Diferencial Conductual de Triandis, sustentan esta premisa.

En 1964 Triandis (en Fishbein y Ajzen, 1975) intenta identificar las dimensiones básicas de la intención. De una muestra de 700 intenciones interpersonales, obtuvo 61 conductas heterogéneas que enfrenta a 34 estímulos (personas con características particulares, Negros, católicos, enfermos mentales, etc.) en un Diferencial Conductual, la consigna para los sujetos era ubicarse en un punto de un continuo que va desde la probabilidad de realizar la conducta hasta no realizarla. Como se muestra en el ejemplo:

Votar por un negro
Lo haría _____ No lo haría

Por medio de un análisis factorial Triandis encuentra cinco dimensiones interpersonales estructurales que se han mantenido en posteriores estudios, aunque hace la observación de que dependiendo de la persona estímulo, los ítems pueden cargar en la misma o diferente dimensión, las dimensiones encontradas fueron: Admiración, Subordinación-superioridad, Amistad, Distancia social, y Aceptación marital.

Las intenciones incluyen cuatro elementos diferentes, la *conducta*, el *objeto meta* al que se dirige la conducta, la *situación* y el *tiempo* en el que la conducta se realiza, cada uno

de estos elementos puede variar en especificidad, por lo que el nivel de especificidad de la intención estará en función de que contenga a todos o alguno de estos elementos.

De acuerdo con Triandis las intenciones pueden ser vistas en un orden de cinco niveles según su especificidad. El nivel I es el más general indica la intención de exhibir una conducta positiva o negativa hacia un objeto; el nivel V es el más específico e indica la intención de exhibir una conducta dada, en una situación dada, en un tiempo específico, los niveles II, III y IV son variantes entre los niveles extremos e incrementan su especificidad según los elementos que contengan.

En otro estudio realizado por Triandis y col. se hizo un Análisis Factorial de 16 intenciones interpersonales, de las cuales emergieron 3 factores, los puntajes del primer factor correlacionaron con un índice de 0.45 con medidas actitudinales obtenidas por medio de Diferencial Semántico, los dos factores restantes correlacionaron con 0.34 y 0.28 respectivamente. Un estudio similar pero utilizando las intenciones en un nivel II de especificidad (como tener amistad con una persona X) se encontró una relación de 0.55 para el primer factor de .35 para el segundo y de 0.15 para el tercer factor (Triandis, 1968, Trinadis, Tanaka, y Shanmugam, 1966, en Fishbein y Ajzen, 1975; Triandis, 1971).

Los resultados de los múltiples estudios de Triandis son una pequeña evidencia de la relación sistemática entre las actitudes y las intenciones. Las intenciones que cargan en el primer factor son las que mantienen una relación más fuerte con la actitud, dado que este primer factor se relaciona con una propiedad evaluativa. Las intenciones que cargan en los factores restantes tienen relaciones más bajas. Cuando las medidas de intención llegan a ser más específicas en términos de conducta, situación y tiempo la relación con la actitud llega a decrecer, asumiendo que la intención y la actitud son medidas con respecto al mismo objeto meta, claramente cuando los objetos metas son distintos la relación tiende a bajar, independientemente del nivel de especificidad de la intención.

En resumen las intenciones se relacionan mejor con la actitud cuando ambas coinciden en el objeto meta y cuando se tiene una muestra de intenciones que cuando sólo se mide una sola intención.

Para poder aplicar la Teoría de la Acción razonada es fundamental identificar la conducta de interés, una vez identificada la teoría dice que “el mejor predictor simple de esa conducta es la intención correspondiente de la persona para realizar esa conducta”... Existe considerable evidencia de que cuando se miden apropiadamente, las intenciones

correspondientes son predictores confiables de la mayoría de las conductas sociales” (Fishbein, 1990, p. 5).

Las intenciones tienen la propiedad de especificidad; la teoría de la Acción Razonada puede utilizarse para intenciones en cualquier nivel de especificidad, solo hay que tomar en cuenta que de acuerdo al nivel de la intención, la actitud y la norma subjetiva deben medirse tomando en cuenta los parámetros de objeto, contexto y tiempo, ya que la habilidad del modelo para predecir la intención conductual depende en gran parte del grado de correspondencia entre los niveles de especificidad asociados con la intención y los otros dos componentes (Fishbein y Ajzen, 1975).

Altas correlaciones entre actitud y conducta sólo podrán obtenerse si la evaluación de los diferentes factores se hace en el mismo nivel de especificidad. A esto [Fishbein y Ajzen, 1975] le llamaron *principio de compatibilidad...* (en Javiedes, 2004, p.378).

Cuantiosos estudios han demostrado la funcionalidad de la Teoría de la Acción Razonada en la predicción de la intención conductual a través de las actitudes y las normas subjetivas ante diferentes situaciones.

En un estudio sobre la intención de usar la píldora anticonceptiva, Jaccard y Davidson, 1972 (en Fishbein y Ajzen, 1975) encontraron relaciones fuertes y significativas entre las actitudes de mujeres hacia el uso de la píldora anticonceptiva, medidas por medio de un diferencial semántico y sus creencias sobre las consecuencias de usarla. A las mujeres se les encuestó sobre las creencias que tenían sobre la píldora y sobre los referentes que ellas pensaban que aprobarían o desaprobarían dicha conducta, las creencias más elicitadas se anexaron a un cuestionario, el cual arrojó por medio de una correlación múltiple una correlación de 0.835 entre las intenciones conductuales, las actitudes y la norma subjetiva.

Por su parte McArdle, 1972, (en Fishbein y Ajzen, 1975) encontró una correlación de 0.74 entre la intención de alcohólicos a seguir un tratamiento, con sus actitudes y normas subjetivas, tomado como referentes significativos a las esposas, el médico, parientes, un sacerdote y a los amigos cercanos.

Fishbein y Ajzen en 1970 (en Fishbein y Ajzen, 1975) utilizaron un juego de estrategias competitivas y cooperativas para alcanzar recompensas, en un primer experimento encontraron fuertes relaciones entre las intenciones conductuales, las actitudes

y la norma subjetiva; en un segundo experimento pretendieron determinar los pesos de los componentes de cada elemento variando la situación. La primera situación tenía la consigna de establecer estrategias cooperativas encontrando que la norma subjetiva era la de mayor peso para determinar la intención conductual con un índice de 0.707, las actitudes en este ejercicio no obtuvieron un índice significativo. En la segunda situación se demandaba una estrategia competitiva para la cual las actitudes tuvieron un peso mayor y significativo de 0.691 y 0.699 para cada uno de los dos contendientes, en esta ocasión la norma subjetiva fue baja.

Los mismos autores también han experimentado con la influencia de las diferencias de género en la determinación de la intención conductual, en un estudio se encontraron diferencias en los pesos de cada determinante de la intención conductual de estudiantes, acerca de mantener relaciones prematrimoniales en el semestre, encontraron que para las intenciones conductuales de las mujeres las actitudes tenían un peso de 0.757 y para la norma subjetiva 0.232, en cambio para los hombres la fuerza del componente actitudinal no fue significativo (-0.148) pero sí lo fue el componente normativo (0.97). El peso de cada componente puede variar dependiendo de las diferencias de género.

Glassman, 1971, (en Fishbein y Ajzen, 1975) jugó variando el objeto de la intención. Determinó el peso de las actitudes y la norma subjetiva en la intención de comprar dos diferentes marcas de café, detergente, papás y gasolina, en este caso el resultado fue que las actitudes determinan más las intenciones que la norma subjetiva aunque ésta también es significativa pero de menor peso.

Más adelante Fishbein en colaboración con Middlestadt, Triandis y Confer (s.f. en Fishbein, 1990) estudiaron la intención de mujeres universitarias acerca de decirle a sus parejas que usen condón cada vez que tengan relaciones sexuales. Midió las intenciones conductuales en una escala que iba de probable a improbable, las actitudes por medio de un diferencial semántico y la norma subjetiva en un continuo de debería hasta no debería, cada elemento se midió en el mismo nivel: "decirle a mi pareja que use condón cada vez que tengamos relaciones sexuales". Encontraron una correlación múltiple de 0.62 entre los elementos, a través de una regresión se encontró que las actitudes tenían mayor peso que la norma subjetiva, $\beta = 0.54$ y 0.20 respectivamente.

Estos resultados eran contrarios a los que en un estudio similar habían encontrado Middlestadt y Fishbein, 1990 (en Fishbein, 1990) en estudiantes de la universidad de Illinois, para determinar este cambio realizaron un estudio piloto en el que a una muestra pequeña

se le indicó que hiciera una lista de las ventajas y desventajas de “decirle a mi pareja que use condón cada vez que tengamos relaciones sexuales” y una lista de individuos referentes. Con las respuestas de mayor frecuencia se construyeron reactivos para medir el aspecto evaluativo de las creencias y la probabilidad de que dicha conducta las llevase a esa consecuencia (b), para las creencias normativas se midió la probabilidad de que el referente piense acerca de decirle a mi pareja que use condón cada vez que tengamos relaciones sexuales y la motivación para hacer lo que el referente piense. Los resultados arrojaron una correlación media de 0.52 entre las evaluaciones de las creencias y las estimaciones de la actitud, el siguiente paso fue encontrar las creencias que discriminaban para formar una intención y las que discriminaban para formar una intención contraria. Los autores encontraron que distintas evaluaciones de las creencias marcan las diferencias en las intenciones. Por lo que los resultados en estudios similares pueden cambiar.

La figura 2 sintetiza de forma esquemática el efecto de variables estímulo sobre las intenciones.

Teoría de la Acción Razonada

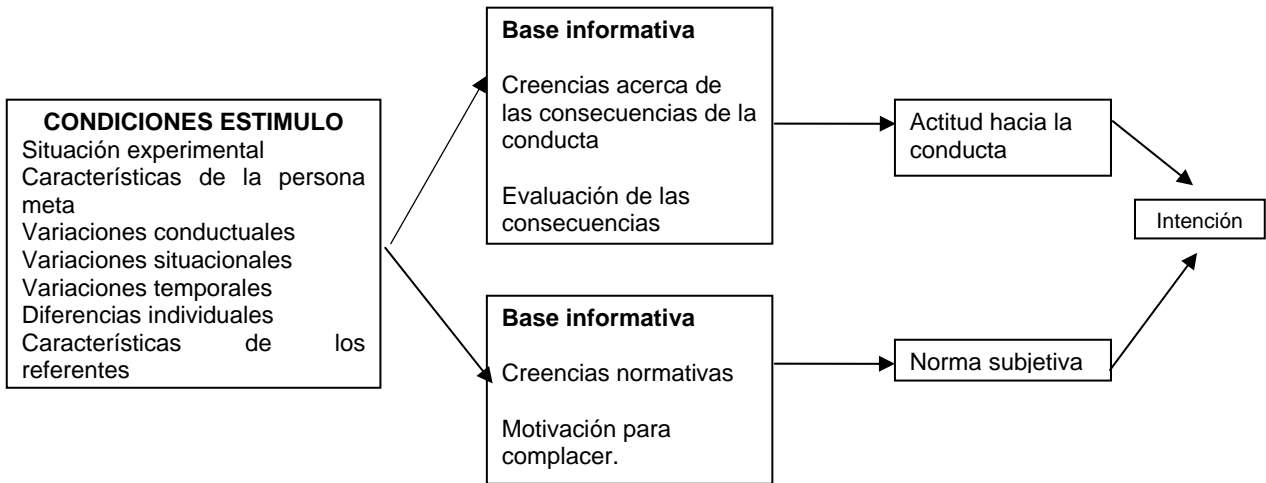


Figura 2. De Belief, Attitude Intention and Behavior de Fishbein y Ajzen, 1975, p.334

CAPÍTULO V MÉTODO

5.1 Justificación y Planteamiento del Problema

En México los niños con VIH/SIDA representan el 2.4% de la población total que padece esta enfermedad. Actualmente su esperanza de vida va más allá de los años escolares, sin embargo su integración al medio escolar es obstaculizada por el estigma y la discriminación. Las conductas de rechazo hacia ellos los afectan personal y socialmente, limitan su desarrollo, sus oportunidades y una mejor calidad de vida.

La posibilidad de que los niños con VIH puedan acceder a la educación básica nos enfrenta a nuevos retos, empezando por la aceptación de estos niños en los centros escolares. Conocer que piensa, siente y que haría la comunidad escolar ante esta situación, empezando por los docentes, nos ayuda a entender el problema y nos guía sobre las variables que hay que manejar y el tipo de intervención a seguir para evitar o disminuir situaciones futuras de rechazo.

La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) dice que habrá una mejor predicción de la conducta si las intenciones conductuales, las actitudes, las normas subjetivas y las creencias son medidas en el mismo nivel de compatibilidad en términos de acción, objeto, situación y tiempo. En este estudio, se pretende explicar las intenciones conductuales de los docentes de tener niños con VIH/SIDA en la escuela, (ya que son el antecedente más cercano a la conducta); haciendo referencias a sus creencias hacia el VIH y el VIH infantil, la norma subjetiva como elemento social y las actitudes hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela en dos situaciones aparentes para someter a prueba el principio de compatibilidad: cuando no son sus alumnos y cuando si lo son. Esto con la finalidad de acercarnos al estudio objetivo de la discriminación escolar hacia los niños con VIH/SIDA. Cabría entonces hacernos las siguientes preguntas de investigación.

5.2 Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las creencias de los docentes de educación primaria frente al VIH/SIDA y el VIH/SIDA infantil?
2. ¿Cuáles son las actitudes de los docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela, que no sean sus alumnos?
3. ¿Cuáles son las actitudes de los docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela que sean sus alumnos?
4. ¿Existen diferencias entre las actitudes de los docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela bajo distintas situaciones cuando no sea sus alumnos y cuando sí lo sean?
5. ¿Cuál es la norma subjetiva de los docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela?
6. ¿Cuál es la intención conductual de los docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela?
7. ¿Las creencias, las actitudes y la norma subjetiva predicen la Intención conductual de los docentes de educación primaria de tener niños con VIH/SIDA en la escuela?
8. ¿Qué actitudes, de acuerdo al principio de compatibilidad, predicen mejor las intenciones conductuales de los docentes de educación primaria de tener niños con VIH/SIDA en la escuela?

5.3 Objetivos.

5.3.1 Objetivo General:

Explicar la intención conductual de docentes de educación primaria de tener niños con VIH/SIDA en la escuela, a través de sus creencias, actitudes y normas subjetivas al respecto.

5.3.2 Objetivos Específicos:

1. Desarrollar un instrumento que permita medir las *creencias, actitudes, norma subjetiva e intención conductual* de los docentes de educación primaria de tener a niños con VIH/SIDA en la escuela.
2. Describir las *creencias* de los docentes de educación primaria frente al VIH/SIDA y al VIH/SIDA infantil.
3. Describir las *actitudes* de docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela que no sean sus alumnos.
4. Describir las *actitudes* de docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela que sean sus alumnos.
5. Observar si existen diferencias entre las actitudes de los docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en el medio escolar que no sean sus alumnos y sus actitudes hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela que sean sus alumnos.
6. Describir la *norma subjetiva* de docentes de educación primaria hacia tener a niños con VIH/SIDA en la escuela.
7. Describir la *intención conductual* de docentes de educación primaria de tener niños con VIH/SIDA en la escuela.
8. Identificar qué actitudes predicen mejor la *intención conductual* de los docentes de educación primaria de tener a niños con VIH/SIDA en la escuela.

5.4. Hipótesis

H₁ Existen diferencias significativas entre las actitudes de los docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela, que no sean sus alumnos y las actitudes de los mismos hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela, que sean sus alumnos.

H₀ No existen diferencias significativas entre las actitudes de los docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela, que no sean sus alumnos y las actitudes de los mismos hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela, que sean sus alumnos.

H₂ Las creencias hacia el VIH/SIDA y el VIH/SIDA infantil predicen las intenciones conductuales de los docentes de educación primaria de tener niños con VIH/SIDA en la escuela.

H₀ Las creencias hacia el VIH/SIDA y hacia el VIH/SIDA infantil no predicen las intenciones conductuales de los docentes de educación primaria de tener niños con VIH/SIDA en la escuela.

H₃ Las Actitudes hacia los niños con VIH/SIDA en el medio escolar que no son alumnos de los docentes predicen las intenciones conductuales de estos hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela.

H₀ Las Actitudes hacia niños con VIH/SIDA en el medio escolar que no son alumnos de los docentes no predicen las intenciones conductuales de estos hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela.

H₄ Las Actitudes hacia los niños con VIH/SIDA en el medio escolar que son alumnos de los docentes predicen las intenciones conductuales de estos de tener niños con VIH/SIDA en la escuela.

H₀ Las Actitudes hacia niños con VIH/SIDA en el medio escolar que son alumnos de los docentes no predicen las intenciones conductuales de estos de tener niños con VIH/SIDA en la escuela.

H₅ La Norma subjetiva predice las intenciones conductuales de los docentes de educación primaria de tener niños con VIH/SIDA en la escuela.

H₀ La Norma subjetiva no predice las Intenciones conductuales de los docentes de educación primaria de tener niños con VIH/SIDA en la escuela.

5.5 Definición de variables

5.5.1 Variables independientes.

- **CREENCIAS**

Conceptual: Probabilidad subjetiva de la relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, concepto, valor o atributo” (Fishbein y Ajzen, 1975, p.131).

Operacional: Conocimientos sobre la veracidad o falsedad de algunos aspectos del VIH/SIDA y el VIH/SIDA infantil.

- **ACTITUD**

Conceptual: Sentimiento de favorabilidad o desfavorabilidad hacia un objeto estímulo. (Fishbein y Ajzen, 1975, p.216).

Operacional 1.: La localización de un docente de educación primaria sobre una dimensión afectiva con respecto a tener niños con VIH/SIDA en la escuela que no sean sus alumnos expresada por adjetivos bipolares a través del diferencial semántico.

Operacional 2.: La localización de un docente de educación primaria sobre una dimensión afectiva con respecto a tener un alumno con VIH/SIDA expresada por adjetivos bipolares a través del diferencial semántico.

- **NORMA SUBJETIVA**

Conceptual: Percepción de la persona de lo que la gente más importante para ella piensa que debería hacer o no, sobre la conducta en cuestión, y está determinada por la percepción de la expectativa que tiene un individuo o grupo referente y la motivación de la persona para cumplir con la expectativa (Fishbein y Ajzen, 1975, p. 302).

Operacional: Peso que el docente otorga a las opiniones de sus personas significativas (padre/madre, hijos, pareja y mejor amigo) y el grado en que están dispuestos a tomarlas en cuenta para actuar en relación a los niños con VIH/SIDA.

5.5.2 Variable Dependiente.

- **INTENCION CONDUCTUAL**

Conceptual: La localización de la persona sobre una dimensión de probabilidad subjetiva que involucra una relación del sí mismo con alguna acción” (Fishbein y Ajzen, 1975, p. 288).

Operacional: La probabilidad que exprese el docente de realizar o no determinada conducta con relación a tener un niño con VIH/SIDA en la escuela, medida a través de un diferencial conductual.

5.6 Tipo de estudio:

Descriptivo-Correlacional. (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006).

5.7 Muestra.

Se seleccionó una muestra no probabilística de docentes de educación básica pertenecientes a 20 escuelas primarias públicas del Distrito Federal ubicadas en las zonas de Coyoacán y Tlalpan. Se solicitó la previa autorización del director para la aplicación del instrumento a los docentes disponibles en cada escuela.

Participantes: Se consiguió trabajar con 251 docentes en total, de los cuales, el 79.4% son mujeres y el 20.9% hombres. El rango de edad fue desde los 20 hasta los 74 años con una media de 42 años 3 meses y una desviación estándar de 9 años 9 meses. Del total de docentes encuestados el 28.6% ha conocido a alguien con VIH/SIDA, mientras que el 71.4% no ha conocido a alguien con VIH/SIDA. De acuerdo con su nivel de estudios el 44.4% concluyó la carrera normal, el 39.9 % cuenta con licenciatura, el 4.4% con licenciatura incompleta, el 5.2% tiene un diplomado o maestría, el 4.4% cuenta con estudios de nivel Normal Superior y el 1.6% corresponde a carrera técnica o bachillerato. Con respecto a su antigüedad laboral, el rango fue desde 1 año hasta 55 años con una media de 19 años 7meses y una desviación estándar de 10 años 5 meses.

5.8 Instrumentos.

Se construyó el instrumento “Aspectos sociales del VIH/SIDA” con 5 escalas de medición y una hoja de datos generales (ver Anexos).

1. **Escala de creencias:** Cuestionario de 40 reactivos de información sobre el VIH/SIDA y el VIH/SIDA infantil con dos opciones de respuesta: Sí, correcto. No, incorrecto. (Anexos, Sección B).
2. **Escalas de actitudes:** Dos diferenciales semánticos para medir las actitudes hacia dos diferentes situaciones: Actitudes 1 “*tener un niño con VIH en una escuela*” (no es mi alumno) y Actitudes 2 “*tener un alumno con VIH/SIDA*” (aquel con el que se conviviría a diario dentro de salón de clases), cada diferencial se estructuró con 31 reactivos bipolares iguales para cada escala divididos por seis espacios de respuesta. (Anexos, Sección C).
3. **Escala de norma subjetiva:** Tipo Likert de 8 reactivos con cuatro opciones de respuesta: *Total Acuerdo, Acuerdo, Desacuerdo y Total Desacuerdo*. Cuatro reactivos evalúan creencias normativas y cuatro evalúan la motivación para obedecer a un referente significativo. Las figuras que se tomaron como referentes significativos fueron: padres, pareja, hijos y mejor amigo o amiga. (Anexos, Sección D).
4. **Escala de intención conductual:** Diferencial conductual de porcentajes con 20 reactivos que miden probabilidades de acción hacia un niño con VIH/SIDA en el medio escolar, a través de 6 índices: *improbable 0%, 20%, 40%, 60% 80%, 100% probable*. (Anexos, Sección E).

5.9 Procedimiento.

- Se diseñó el instrumento “Aspectos sociales del VIH/SIDA” con una hoja de datos generales y 5 escalas diferentes que miden creencias, actitudes hacia tener niños con VIH/SIDA en una escuela, actitudes hacia tener alumnos con VIH/SIDA, norma subjetiva e intenciones conductuales. Las instrucciones generales fueron: “El cuestionario está formado por diferentes secciones, en cada una de ellas se indicará la forma cómo debe de contestar; es importante que no deje ninguna pregunta sin resolver”. Ver Anexos.
- Se solicitó la colaboración de distintas escuelas primarias del distrito federal obteniéndose el permiso en 18 escuelas de la delegación Coyoacán y 2 escuelas de la delegación Tlalpán.

- El instrumento fue contestado individualmente por los docentes de todos los grados y cargos dentro de su salón de clases o en el aula de juntas bajo las instrucciones adecuadas para cada apartado o escala. Ver Anexos.
- Se capturaron los datos de los 251 instrumentos aplicados (un instrumento por docente) para analizarlos estadísticamente mediante el programa de análisis estadístico SPSS versión 10, con el fin de conocer las propiedades psicométricas del instrumento, describir las variables y comprobar las hipótesis.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Los resultados se dividen en: propiedades psicométricas del instrumento, descripción de las variables de estudio y comprobación de hipótesis.

6.1 Propiedades psicométricas del instrumento.

Se analizó cada una de las escalas para conocer sus atributos estadísticos: análisis de reactivos, validez de constructo y confiabilidad.

Creencias

Evaluó los conocimientos sobre la veracidad o falsedad de algunos aspectos del VIH/SIDA y el VIH/SIDA infantil, por medio de una escala nominal con respuestas dicotómicas correcto e incorrecto.

Se sometieron 40 reactivos a un análisis de discriminación por medio del estadístico χ^2 , bajo el supuesto de que existe relación entre las calificaciones altas y un mayor número de respuestas correctas, o dicho de otra manera, existe relación entre las calificaciones bajas y un menor número de respuestas correctas, relación significativa ($p \leq 0.05$) no debida al azar. De este análisis se obtuvieron 19 reactivos significativos que se sometieron a una análisis de confiabilidad Alpha de Cronbach, con fines de aumentar la confiabilidad de la escala se omitió un reactivo, de tal manera que la escala final quedo constituida por 18 reactivos significativos con una confiabilidad alpha = 0.53, los cuales pueden observarse en al Tabla 1.

Análisis de reactivos de la escala de creencias

No.	Reactivo	X ²	Sig.
3	Una mujer embarazada es seguro que se lo transmita a su hijo	8.738	.003
5	Los antirretrovirales mejoran la calidad de vida de los enfermos de VIH/SIDA pero no los curan	7.887	.004
6	Las personas con VIH pueden vivir mucho tiempo	8.738	.003
7	Las enfermedades oportunistas son manifestaciones del SIDA	23.322	.000
12	El VIH/SIDA provoca rechazo hacia los que lo padecen	17.600	.000
13	Una madre infectada con VIH puede contagiar a su hijo a través de la leche materna	18.635	.000
15	El VIH/SIDA también ataca a los niños	4.213	.049
17	Existen leyes que protegen a las personas con VIH/SIDA	13.090	.000
18	Una persona con VIH puede no presentar síntomas de su enfermedad	8.899	.002
21	El VIH es la causa del SIDA	5.211	.019
24	El VIH es resistente a los desinfectantes comunes	4.134	.033
29	El SIDA es la etapa final de la infección por VIH	4.134	.033
30	Una persona seropositiva, es un portador del VIH permanentemente infeccioso, pero no presenta síntomas de su enfermedad	10.873	.000
31	Una madre puede contagiar de VIH a su hijo durante el parto	9.818	.001
33	El VIH puede adquirirse por medio de trasplantes de órganos infectados por el virus	8.187	.003
34	El VIH resiste mucho tiempo fuera del cuerpo humano	7.516	.006
37	Diarrea, pérdida de peso e inflamación de los ganglios pueden ser signos de infección por VIH	7.212	.006
39	Pueden pasar de 5 a 10 años para que una persona desarrolle el SIDA después de haber sido infectado	16.420	.000

Tabla 1. Muestra los reactivos de la escala de creencias con sus valores de χ^2 y su significancia estadística. $p < 0.05$, $gl = 1$.

Actitudes 1. Evaluó la actitud hacia “Tener un niño con VIH en una escuela” (en el ambiente escolar, que no es mi alumno).

Se sometieron 31 pares de adjetivos bipolares a un análisis de reactivos por el método de discriminación por grupos contrastados estadístico t , obteniéndose 28 pares significativos, $p \leq 0.05$; con un coeficiente de confiabilidad $\text{Alpha} = 0.89$; con el fin de incrementar la confiabilidad de la escala se restó un par quedando 27 reactivos que se sometieron a un análisis factorial por el método de componentes principales con rotación ortogonal, quedando fuera 4 reactivos y distinguiéndose 3 factores que explican el 48.9% de la varianza total. La escala final quedo conformada por 23 reactivos con un coeficiente de confiabilidad $\text{alpha} = 0.90$. En la Tabla 2 se observan los reactivos que conformaron la escala final y su significancia estadística.

**Análisis de reactivos de la escala Actitudes 1.
"Tener un niño con VIH en una escuela".**

No.	Reactivo	t	Sig.
1	Agradable-Desagradable	-5.881	.000
3	Admirable-Despreciable	-7.339	.000
5	Espantoso- Maravillosos	-5.503	.000
6	Profundo-Superficial	-3.542	.001
8	Lindo – Horrible	-10.139	.000
9	Enfermo- Sano	-3.980	.000
10	Seguro - Peligroso	-6.309	.000
11	Bonito- Feo	-10.751	.000
12	Soportable-Insoporable	-9.152	.000
13	Descortés- Amable	-6.948	.000
14	Responsable-Irresponsable	-6.082	.000
15	Bueno – Malo	-12.829	.000
16	Agradable - Doloroso	-7.754	.000
17	Alegre – Triste	-6.288	.000
18	Calmado - Nervioso	-6.551	.000
19	Cobarde- Audaz	-4.861	.000
20	Inútil-Útil	-6.388	.000
22	Odioso - Amoroso	-10.039	.000
23	Excelente - Pésimo	-10.983	.000
24	Perezoso-Trabajador	-5.097	.000
28	Antipático-Simpático	-6.871	.000
29	Tonto-Inteligente	-5.929	.000
31	Dulce – Amargo	-9.665	.000

Tabla 2. Valor *t* y significancia estadística para los reactivos de la escala Actitudes 1. *Tener un niño con VIH en una escuela*" (en el ambiente escolar, que no es mi alumno).
p<0.05, gl. = 93.

En el análisis factorial de la escala de actitudes 1; "Tener un niño con VIH/SIDA en la escuela" el primer factor encontrado quedo compuesto por los pares de adjetivos que comenzaban con el calificativo positivo, por lo cual se le llamó Evaluación positiva. El segundo factor agrupo a los pares de adjetivos que comenzaban con el calificativo negativo, por lo que se le llamó Evaluación negativa. El tercer factor agrupo adjetivos que se relacionan con lo deseable, con el esfuerzo, la aceptación de consecuencias y lo valioso, por lo que se le denominó Evaluación del compromiso. En la Tabla 3 se observan los reactivos agrupados en factores y su peso factorial respectivo. En la Tabla 4 se observa la confiabilidad para cada factor y de la escala.

**Análisis Factorial de la escala de Actitudes 1
"Tener un niño con VIH en una escuela".**

Reactivos	Factores		
	1 Evaluación positiva	2 Evaluación negativa	3 Evaluación del compromiso
Lindo – Horrible	.581		
Seguro – Peligroso	.511		
Bonito- Feo	.676		
Bueno – Malo	.523		
Agradable – Doloroso	.831		
Alegre – Triste	.881		
Calmado – Nervioso	.746		
Excelente – Pésimo	.611		
Dulce – Amargo	.632		
Espantoso- Maravillosos		.455	
Enfermo- Sano		.443	
Descortés- Amable		.775	
Cobarde- Audaz		.739	
Inútil-Útil		.802	
Odioso – Amoroso		.816	
Perezoso-Trabajador		.756	
Antipático-Simpático		.669	
Tonto-Inteligente		.777	
Agradable-Desagradable			.676
Admirable-Despreciable			.704
Profundo-Superficial			.610
Soportable-Insoportable			.651
Responsable-Irresponsable			.691
Valor Eigen	8.336	4.190	1.987
Porcentaje de varianza explicada	18.287	17.964	12.732
Porcentaje total de varianza explicada 48.97%			

Tabla 3. Pesos factoriales de cada reactivo de la escala de Actitudes 1 "Tener un niño con VIH en una escuela" agrupados en factores, valor Eigen y porcentaje de varianza total explicada y por cada factor.

Análisis de confiabilidad de la escala de Actitudes 1
“Tener un niño con VIH en una escuela”.

Factor	Número de reactivos	Alpha
1 Evaluación positiva	9	.90
2 Evaluación negativa	9	.87
3 Evaluación del compromiso	5	.73
Escala total	23	.90

Tabla 4. Muestra el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de cada factor que conforma la escala de Actitudes 1 y la confiabilidad total de la escala.

Actitudes 2. Evaluó la actitud hacia “Tener un alumno con VIH/SIDA”, (aquel con el que se convive a diario, dentro del salón de clases).

Se sometieron 31 pares de adjetivos bipolares a un análisis de reactivos por el método de discriminación por grupos contrastados estadístico t , obteniéndose que los 31 pares fueron significativos, $p \leq 0.05$; con un coeficiente de confiabilidad Alpha = 0.89; con el fin de incrementar la confiabilidad de la escala se restó un par quedando 30 reactivos; que se sometieron a un análisis factorial por el método de componentes principales con rotación ortogonal, quedando fuera 4 reactivos y distinguiéndose 4 factores que explican el 52.9% de la varianza total. La escala final quedó conformada por 26 reactivos con un coeficiente de confiabilidad Alpha = .90. En la Tabla 5 se observan los reactivos que conformaron la escala final y su significancia estadística.

**Análisis de reactivos de la escala de Actitudes 2
"Tener un alumno con VIH/SIDA"**

No.	Reactivo	t	Sig.
1	Agradable-Desagradable	-10.342	.000
2	Insignificante-Grandioso	-2.888	.005
3	Admirable-Despreciable	-10.342	.000
4	Cansado-Descansado	-3.243	.002
5	Espantoso-Maravilloso	-4.902	.000
6	Profundo-Superficial	-3.104	.003
7	Venenoso-Inocuo	-4.289	.000
8	Lindo- Horrible	-8.841	.000
9	Enfermo-Sano	-3.525	.001
10	Seguro-Peligroso	-7.130	.000
11	Bonito-Feo	-13.122	.000
12	Soportable-Insoporable	-6.841	.000
13	Descortés- Amable	-7.053	.000
14	Responsable-Irresponsable	-3.991	.000
15	Buen-Malo	-10.719	.000
16	Agradable-Doloroso	-10.134	.000
17	Alegre-Triste	-9.520	.000
18	Calmando-Nervioso	-8.002	.000
19	Cobarde-Audaz	-4.794	.000
20	Inútil-Útil	-5.549	.000
22	Odioso- Amoroso	-6.630	.000
23	Excelente-Pésimo	-9.885	.000
24	Perezoso-Trabajador	-4.553	.000
28	Antipático-Simpático	-8.026	.000
29	Tonto-Inteligente	-5.244	.000
31	Dulce-Amargo	-10.339	.000

Tabla 5. Valor *t* y significancia estadística para los reactivos de la escala Actitudes2. "Tener un alumno con VIH/SIDA" (aquel con el que se convive a diario). $p < 0.05$, $gl = 93$.

Del análisis factorial de la escala de Actitudes 2 "Tener un alumno con VIH/SIDA" se distinguieron 4 factores. El primer factor agrupo aquellos pares de adjetivos que comenzaban con los calificativos positivos, por lo que se le denominó Evaluación positiva; el segundo factor agrupo aquellos pares de adjetivos que comenzaban con el calificativo negativo, por lo que se le llamó Evaluación negativa; el tercer factor agrupo adjetivos que se relacionan con lo deseable, con el esfuerzo, la aceptación de consecuencias y lo valioso por lo que se le denominó Evaluación del compromiso y el cuarto factor agrupo adjetivos relacionados con la deseabilidad de la enfermedad por lo que se nombró Evaluación del riesgo.

En la Tabla 6 se observan los reactivos agrupados en factores y su peso factorial respectivo. En la Tabla 7 se observa la confiabilidad para cada factor y de la escala.

Análisis Factorial de la escala de Actitudes 2 “Tener un alumno con VIH/SIDA.”

Reactivos	Factores			
	1 Evaluación positiva	2 Evaluación negativa	3 Evaluación del compromiso	4 Evaluación del riesgo
Agradable-Desagradable	.709			
Lindo- Horrible	.618			
Seguro-Peligroso	.675			
Bonito-Feo	.719			
Soportable-Insoporable	.651			
Buen-Malo	.750			
Agradable-Doloroso	.839			
Alegre-Triste	.806			
Calmado-Nervioso	.747			
Excelente-Pésimo	.556			
Dulce-Amargo	.579			
Veneno-Inocuo		.467		
Descortés- Amable		.730		
Cobarde-Audaz		.662		
Inútil-Útil		.798		
Odioso- Amoroso		.717		
Perezoso-Trabajador		.716		
Antipático-Simpático		.697		
Tonto-Inteligente		.773		
Admirable-Despreciable			.474	
Cansado-Descansado			-.654	
Profundo-Superficial			.732	
Responsable-Irresponsable			.610	
Insignificante-Grandioso				.766
Espantoso-Maravilloso				.580
Enfermo-Sano				.531
Valor Eigen	8.978	3.732	3.281	1.149
Porcentaje de varianza explicada	21.046	15.835	9.397	5.637
Porcentaje total de varianza explicada	52.95%			

Tabla 6. Pesos factoriales de cada reactivo de la escala de Actitudes 2 “Tener un alumno con VIH/SIDA” agrupados en factores, valor Eigen y porcentaje de varianza total explicada y por cada factor.

Análisis de confiabilidad de de la escala Actitudes 2 “Tener una alumno con VIH/SIDA

Factor	Número de reactivos	Alpha
1 Evaluación positiva	11	.89
2 Evaluación negativa	8	.86
3 Evaluación del compromiso	4	.16
4 Evaluación del riesgo	3	.65
Escala total	26	.91

Tabla 7. Muestra el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de cada factor que conforma la escala de Actitudes 2 y la confiabilidad total de la escala.

Norma subjetiva.

Evaluó la importancia y el apego que el docente otorga a las opiniones de sus padres, hijos, pareja y mejor amigo(a) para actuar en relación a los niños con VIH/SIDA, 4 reactivos evaluaron las creencias subjetivas y 4 reactivos de la motivación para complacer al referente. En total los 8 reactivos fueron significativos, sin embargo su confiabilidad fue muy baja. El análisis factorial que se corrió para esta escala no distinguió ningún factor. La Tabla 8 muestra la significancia estadística de cada reactivo de la escala de norma subjetiva. La Tabla 9 muestra la confiabilidad de la escala de norma subjetiva.

Análisis de reactivos de la escala de Norma subjetiva.

No.	Reactivo	t	Sig.
1	Para mi madre / padre es muy importante lo que yo creo en relación con los niños con VIH/SIDA	-4.297	.000
3	Para mis hijos es poco importante lo que yo hago en relación con los niños con VIH/SIDA	-5.825	.000
5	Para mi mejor amigo (a) es muy importante lo que yo pienso en relación con los niños con VIH/SIDA	-5.214	.000
7	Para mi pareja es poco importante lo que yo sienta en relación con los niños con VIH/SIDA	-6.561	.000
2	Generalmente me disgusta hacer lo que mi mejor amiga (o) piensa que yo debería hacer	-5.463	.000
4	Generalmente me gusta hacer lo que mis padres piensan que yo debería hacer	-5.974	.000
6	Generalmente me disgusta hacer lo que mi pareja piensa que yo debería hacer	-4.105	.000
8	Generalmente me gusta hacer lo que mis hijos piensan que yo debería hacer	-6.140	.000

Tabla 8. Valor *t* y significancia estadística para los reactivos de la escala de Norma Subjetiva. $p < 0.05$

Análisis de confiabilidad para la escala Norma subjetiva

Sub. Escala	Número de reactivos	Alpha
Creencias normativas	4	.13
Motivación para complacer	4	.05
Escala total	8	.21

Tabla 9. Muestra el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de las creencias normativas y la motivación para complacer al referente y la confiabilidad total de la escala.

Intención conductual.

Evaluó la probabilidad expresada por el docente de realizar o no determinada conducta con relación a un niño con VIH/SIDA en el medio escolar. Por medio del análisis de discriminación de reactivos por grupos contrastados estadístico *t*, de 20 reactivos que conformaron la escala en un inicio, se obtuvieron 14 reactivos significativos $p \leq 0.05$ con un coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach de 0.90. Por medio de un análisis factorial se encontraron dos factores que explicaron el 57.72% de la varianza total. La Tabla 10 muestra los reactivos que conformaron la escala final de intención conductual y su significancia estadística.

Reactivos significativos de la escala de Intención conductual hacia un niño con VIH/SIDA en la escuela.

No.	Reactivo	t	Sig.
1	Tendría contacto con un niño con VIH/SIDA	-11.743	.000
3	Saludaría a un niño con VIH/SIDA	-7.788	.000
4	Aceptaría a un niño con VIH/SIDA en mi lugar de trabajo	-9.853	.000
5	Defendería el derecho a la educación de los niños con VIH/SIDA	-7.330	.000
6	Permitiría que mis alumnos jugarán con un niño con VIH/SIDA	-8.561	.000
7	Compartiría alimentos con un niño con VIH/SIDA	-8.916	.000
9	Le curaría una herida a un niño con VIH/SIDA	-11.211	.000
10	Abrazaría a un niño con VIH/SIDA	-10.510	.000
11	Cuidaría de un niño con VIH/SIDA	-12.001	.000
12	Me responsabilizaría de un niño con VIH/SIDA	-13.222	.000
13	Le daría la mano a un niño con VIH/SIDA	-8.538	.000
14	Le enseñaría de la misma forma a un niño con VIH/SIDA que a un niño sano	-5.842	.000
18	Permitiría que me besaría un niño con VIH/SIDA	-9.876	.000
20	Promovería que los padres de familia aceptarían a un niño con VIH/SIDA	-6.720	.000

Tabla 10. Peso factorial, valor *t* y significancia estadística para los reactivos la intención conductual hacia un niño con VIH/SIDA en la escuela. $p < 0.05$, gl. = 111.

Los factores encontrados en la escala de intención conductual fueron llamados “Intención de convivencia laboral” y “Responsabilidad asumida” respectivamente, ya que el primer factor agrupo conductas de trabajo cotidiano, mientras que el segundo factor agrupo conductas que involucran una convivencia empática de mayor cercanía, de cuidados y de riesgos entre el docente y el niño con VIH/SIDA. En la Tabla 11 se observan los reactivos agrupados en factores y su peso factorial respectivo. En la Tabla 12 se observa la confiabilidad para cada factor y de la escala.

Análisis factorial de la escala de intención conductual

Reactivo	Factores	
	1 Intención laboral	2 Responsabili d asumida
Tendría contacto con un niño con VIH/SIDA	.500	
Saludaría a un niño con VIH/SIDA	.813	
Aceptaría a un niño con VIH/SIDA en mi lugar de trabajo	.734	
Defendería el derecho a la educación de los niños con VIH/SIDA	.807	
Permitiría que mis alumnos jugarán con un niño con VIH/SIDA	.593	
Abrazaría a un niño con VIH/SIDA	.733	
Le daría la mano a un niño con VIH/SIDA	.767	
Le enseñaría de la misma forma a un niño con VIH/SIDA que a un niño sano	.647	
Permitiría que me besará un niño con VIH/SIDA	.523	
Promovería que los padres de familia aceptarán a un niño con VIH/SIDA	.547	
Compartiría alimentos con un niño con VIH/SIDA		.610
Le curaría una herida a un niño con VIH/SIDA		.738
Cuidaría de un niño con VIH/SIDA		.806
Me responsabilizaría de un niño con VIH/SIDA		.794
Valor Eigen	6.818	1.263
Porcentaje de varianza explicada	37.764	22.964
Porcentaje total de varianza explicada 57.72%		

Tabla 11. Pesos factoriales de cada reactivo de la escala de intención conductual agrupados en factores, valor Eigen y porcentaje de varianza total explicada y por cada factor.

Análisis de confiabilidad de la escala de intención conductual

Factor	Número de reactivos	Alpha
1 Intención laboral	10	.89
2 Intención de responsabilidad asumida	4	.79
Escala total	14	.90

Tabla 12. Muestra el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de cada uno de los factores que conforman la escala de intención conductual y la confiabilidad total de la escala.

6.2 Descripción de las variables.

Para la escala de **creencias** se observó un porcentaje bajo de respuestas correctas, únicamente dos reactivos fueron contestados correctamente por más del 50% de los docentes. En la Tabla 13 se puede observar el porcentaje de docentes que contesto correctamente el reactivo.

Porcentaje de docentes que contestaron el reactivo correctamente.

Valencia	Reactivo	% correcto
-	Una mujer embarazada es seguro que se lo transmita a su hijo	28.0
+	Los antirretrovirales mejoran la calidad de vida de los enfermos de VIH/SIDA pero no los curan	13.7
+	Las personas con VIH pueden vivir mucho tiempo	36.4
+	Las enfermedades oportunistas son manifestaciones del SIDA	*62.5
+	El VIH/SIDA provoca rechazo hacia los que lo padecen	10.7
+	Una madre infectada con VIH puede contagiar a su hijo a través de la leche materna	5.5
+	El VIH/SIDA también ataca a los niños	4.5
+	Existen leyes que protegen a las personas con VIH/SIDA	40.6
+	Una persona con VIH puede no presentar síntomas de su enfermedad	11.0
+	El VIH es la causa del SIDA	13.9
-	El VIH es resistente a los desinfectantes comunes	36.5
+	El SIDA es la etapa final de la infección por VIH	35.2
+	Una persona seropositiva, es un portador del VIH permanentemente infeccioso, pero no presenta síntomas de su enfermedad	16.9
+	Una madre puede contagiar de VIH a su hijo durante el parto	19.3
+	El VIH puede adquirirse por medio de trasplantes de órganos infectados por el virus	8.8
-	El VIH resiste mucho tiempo fuera del cuerpo humano	*69.6
+	Diarrea, pérdida de peso e inflamación de los ganglios pueden ser signos de infección por VIH	12.8
+	Pueden pasar de 5 a 10 años para que una persona desarrolle el SIDA después de haber sido infectado	12.2

Tabla 13. Muestra el reactivo, su valencia y el porcentaje de docentes que lo contesto correctamente. * reactivos contestados correctamente por mas del 50% de los docentes.

Tomando como referencia el número total de reactivos de la escala (18 reactivos) se observó que el puntaje mínimo de respuestas correctas fue cero y el máximo 12, con una media de 5.01 y una desviación estándar de 2.4. Con respecto a la media esperada que sería de 9, la media obtenida se encuentra a una desviación estándar por debajo de lo esperado.

Para las **actitudes** de los docentes de educación primaria hacia **tener niños con VIH/SIDA en la escuela**, que no sean sus alumnos, se realizó un análisis de las medias de cada factor y de la escala para conocer su localización con respecto a la media teórica esperada, de lo cual se encontró que todas las medias se situaron dentro del intervalo de la media teórica esperada, ninguna alcanzó la primera desviación estándar, como se puede observar en la Tabla 14.

**Posición de la media observada en relación con la media teórica.
Escala Actitudes 1. “Tener un niño con VIH/SIDA en una escuela”**

Factor	Media teórica	Media observada	Desviación estándar	Intervalo en el que se sitúa la media teórica
Evaluación positiva	31.5	31	9.0	22.5 - 40.5
Evaluación negativa	31.5	36.4	7.7	23.8 – 39.2
Evaluación del compromiso	17.5	20.4	4.3	13.2 – 21.8
Escala total	80.5	88.7	16.5	64 - 97

Tabla 14 .Muestra la media observada en relación con la media teórica y el intervalo en el que se sitúa tomando en cuenta la desviación estándar observada.

Para las **actitudes** de los docentes de educación primaria hacia **tener un alumno con VIH/SIDA** se realizó un análisis de las medias de cada factor y de la escala para conocer su localización con respecto a la media teórica esperada, con lo cual se encontró que todas las medias se situaron dentro del intervalo de la media teórica esperada, ninguna alcanzó la primera desviación estándar, como se puede observar en la Tabla 15.

**Posición de la media observada en relación con la media teórica.
Escala Actitudes 2. “Tener un alumno con VIH/SIDA”**

Factor	Media teórica	Media observada	Desviación estándar	Intervalo en el que se sitúa la media teórica
Evaluación positiva	38.5	39.3	11.2	21.8 - 49.7
Evaluación negativa	28	33.6	6.8	21.2 – 34.8
Evaluación del compromiso	14	15.7	2.7	11.3 – 16.7
Evaluación del riesgo	10.5	10.6	2.8	7.7 – 13.3
Escala total	91	99.1	17.9	73.1 – 108.9

Tabla 15. .Muestra la media observada en relación con la media teórica y el intervalo en el que se sitúa tomado en cuenta la desviación estándar observada.

En relación a la escala que pretendía evaluar la **norma subjetiva**, se observó en el análisis del instrumento que la escala total obtuvo una confiabilidad muy baja, $\alpha=0.21$, las creencias normativas obtuvieron una $\alpha= 0.13$ y la motivación para complacer al referente obtuvo un $\alpha= 0.05$ casi nula, por lo que se considero inadecuada para conocer cuáles son las normas subjetivas de los docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en al escuela.

Con respecto a la **intención conductual** de los docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela se encontró que para el factor 1 “intención laboral” la media observada alcanzo una desviación estándar con respecto a la media teórica; no así, el factor 2 “Intención de responsabilidad asumida” la cual se sitúo dentro del intervalo de la media teórica; sin embargo la media de la escala en general también alcanzo a situarse dentro de la primera desviación estándar hacia la derecha, es decir, indica una tendencia hacia la probabilidad de tener un niño con VIH/SIDA en al escuela. En al Tabla 16 se pueden observar estas ocurrencias.

**Posición de la media observada en relación con la media teórica.
Escala de Intención Conductual.**

Factor	Media teórica	Media observada	Desviación estándar	Intervalo en el que se sitúa la media teórica
Intención laboral	35	*51.2	9.4	25.6 – 44.4
Intención de responsabilidad asumida	14	15.9	5.4	8.6 – 19.4
Escala total	49	*67.3	13.7	35.3 – 62.7

Tabla 16. Muestra la media observada en relación con la media teórica y el intervalo en le que se sitúa tomado en cuenta la desviación estándar observada.

* Medias que se sitúan a una desviación estándar de la media teórica.

6.3 Comprobación de hipótesis.

La primera hipótesis que se planteó fue con respecto a la diferencia significativa entre las actitudes de los docentes de educación primaria hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela, que no sean sus alumnos y las actitudes de los mismos hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela, que sean sus alumnos.

Para comprobar la hipótesis se realizó un análisis de comparación de medias estadístico *t* de Student para muestras relacionadas, ya que los datos provienen de la misma muestra de sujetos, entre las actitudes 1 “Tener un niño con VIH/SIDA en la escuela” $\bar{X}= 88.7$ y actitudes 2 “Tener un alumno con VIH/SIDA” $\bar{X}= 99.1$ ($p\leq 0.5$), lo que resultó en un valor de $t = -13.964$ y una significancia de 0.000 que demuestra la diferencia entre las dos variables.

Las siguientes hipótesis se refieren a si las creencias, las actitudes y la norma subjetiva predicen la intención conductual de los docentes de educación primaria de tener niños con VIH/SIDA en la escuela. Para ello se utilizó un análisis de regresión lineal múltiple, ya que se sometieron todos los factores de las escalas de actitudes, la norma subjetiva y la escala de creencias como variables independientes para la mejor explicación de cada uno de los factores de la escala de intención conductual como variables dependientes.

La variable que explicó el factor “Intención laboral” fue el factor 3 “Evaluación del compromiso” de la escala de actitudes 1 “Tener un niño con VIH/SIDA en una escuela”, con una varianza explicada de 17% (calidad de ajuste a la recta de regresión). El estadístico ANOVA (*F*) demostró que existe una relación significativa ($p < 0.05$, $r = 0.176$) entre la evaluación del compromiso y la intención laboral. Por su parte el coeficiente de regresión estandarizado Beta (β) indicó el peso que la variable evaluación del compromiso tiene sobre la intención laboral. La Tabla 17 muestra el resumen de los estadísticos obtenidos del análisis de regresión.

R²	F	Sig.	β	t	Sig.
.176	23.502	.000	.420	4.84	.000

Tabla 17. Muestra el coeficiente de determinación, el valor y significancia de *F*, el peso de la variable evaluación del compromiso, su valor *t* y su significancia estadística.

Para el factor de “Intención de responsabilidad asumida” se encontró que fue explicado por una combinación de dos variables: “Evaluación del compromiso” y “Evaluación positiva, ambas correspondientes a la escala de actitudes 1, “Tener un niño con VIH/SIDA en al escuela”. Las dos variables explican un 20% de la varianza. El estadístico ANOVA (*F*) demostró que existe una relación significativa ($p < 0.05$,) entre cada una de las variables, evaluación del compromiso ($r = 0.165$) y evaluación positiva ($r=0.042$) con la intención de responsabilidad asumida. La Tabla 18 muestra los valores de estos estadísticos de la relación de ambas variables con la intención de responsabilidad asumida.

Análisis de regresión para “Intención de responsabilidad asumida”

R²	F	Sig.
.207	14.324	.000

Tabla 18. Muestra el coeficiente de determinación, el valor y significancia de F, el peso de cada variable independiente sobre la variable dependiente, su valor t y su significancia estadística

Por su parte el coeficiente de regresión estandarizado Beta (β) indicó el peso que cada una de las variables tiene sobre la intención laboral. Como se muestra en la Tabla 19.

Pesos β de las variables que explican la intención de responsabilidad asumida

Variable	β	t	Sig.
Evaluación del compromiso	.268	2.614	.010
Evaluación positiva	.247	2.410	0.18

Tabla 19. Muestra los pesos beta de cada variable, su valor T y su significancia estadística.

La última pregunta de investigación se refiere a cuál de las dos variables de actitud predice o explica mejor a la intención conductual. Como hemos visto las variables que mejor explicaron a los dos factores de intención conductual fueron la “Evaluación del compromiso” y la “Evaluación positiva” que corresponden a la escala de actitudes 1 “Tener un niño con VIH/SIDA en al escuela” ninguna variable de la escala actitudes 2, “Tener un alumno con VIH/SIDA” explico la intención conductual para ninguno de sus factores.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1 Discusión.

En la presente investigación las creencias se operacionalizaron como los conocimientos que poseen los docentes sobre el tema del VIH/SIDA, debido a que, tanto las creencias como los conocimientos son contenido informativo. El conocimiento o el desconocimiento sobre algo es la base de las creencias, una persona puede creer o no algo en función de la información que posea sobre el objeto y utilizarla para formar una evaluación. (Fishbein y Ajzen, 1975, Ajzen, 1989). Los reactivos evaluados son conceptos que pueden creerse o no, ya que los docentes no son especialistas en el tema.

Las creencias erróneas pueden tomarse como un índice indirecto del desconocimiento. Los docentes que participaron en la investigación desconocen sobre el tema del VIH/SIDA y lo poco que saben es erróneo por lo tanto obtienen puntuaciones bajas $\bar{X} = 5$, ningún docente pudo contestar correctamente toda la escala, ya que la puntuación más alta fue 12 respuestas correctas, siendo el máximo 18. La falta de conocimientos veraces sobre el VIH/SIDA provoca que los docentes tengan creencias sin fundamento real y tiendan a ser erróneas.

De acuerdo con la teoría de la Acción Razonada, la información que conforma a las creencias proviene de tres fuentes: a) de la experiencia directa, b) de inferencias a partir de otras experiencias o información y c) de la aceptación pasiva de la información proveniente de otras fuentes. (Fishbein y Ajzen, 1975). El origen de las creencias erróneas de los docentes se debe a dos causas posibles: los estereotipos sociales y la proximidad del fenómeno, los cuales son fuente de información.

El estereotipo social que se ha formado sobre la enfermedad y los enfermos de VIH/SIDA, está basado en la primera información que se tuvo al respecto sobre las consecuencias y los grupos afectados.

Desde el principio de la epidemia y hasta ahora los medios de comunicación han difundido imágenes espantosas sobre las condiciones de vida de los enfermos y muestran una sentencia de muerte, causando temor en la población, aunque esto no necesariamente es así; el VIH/SIDA se percibe como algo terrible y mortal, pues atenta contra la salud física, emocional y social de las personas. (Ruiz, 2000)

Desafortunadamente el VIH y el SIDA se asocian a grupos y conductas que de por sí son estigmatizados, como la drogadicción, la prostitución y la homosexualidad (Kendall y Perez, 2004); pero no con personas que no pertenecen a estos grupos, menos aun con los niños, quienes socialmente representan inocencia, así lo refleja el reactivo que fue contestado más incorrectamente: *“El VIH/SIDA también ataca a los niños”*. Para la mayoría de los docentes que contestaron la encuesta el VIH/SIDA es una enfermedad que escasamente se relaciona con la población infantil, y como tal no es algo que se relacione directamente con ellos, ni con su trabajo.

Precisamente la percepción de no pertenecer o no estar relacionado con un grupo considerado de riesgo, ha llevado a las personas a no informarse correctamente sobre este padecimiento. El 70% de los docentes no han conocido a alguien con VIH o SIDA independientemente de la edad, por lo que no poseen una experiencia directa con el tema. Los docentes no tienen aparentemente la necesidad de buscar información veraz sobre el VIH y el SIDA por que no perciben el fenómeno como algo cercano a ellos. La desinformación sobre el VIH/SIDA es un factor de riesgo para la salud no sólo del docente, sino de la sociedad, pues la figura docente es uno de los principales agentes de trasmisión de información y saberes que permitan la adaptación sana del individuo a la sociedad.

Con respecto a las actitudes de los docentes, se encontró que tener un niño con VIH/SIDA en una escuela es distinto de tener un alumno con VIH/SIDA, por lo que las actitudes correspondientes también lo fueron. Esta diferencia radica en la estructura evaluativa de las posibles condiciones y consecuencias que generan ambas situaciones (valor expectativa). Para la situación de tener un niño con VIH/SIDA en la escuela que no es alumno del docente, los maestros realizan evaluaciones positivas, evaluaciones negativas y evaluaciones sobre el compromiso que implica dicha situación. Para la segunda situación los docentes utilizan las evaluaciones anteriores, pero distinguen una categoría evaluativa extra: evaluación del riesgo

relacionado con la enfermedad. Por lo tanto tener un alumno con VIH/SIDA implica un riesgo que no se presenta cuando el niño en cuestión no es alumno del docente.

Aparentemente la convivencia cercana y constante con un niño infectado de VIH conlleva la posibilidad de obtener resultados indeseables o peligrosos, no así cuando el niño en cuestión no está directamente en contacto con el docente.

A pesar de la diferencia estructural en las evaluaciones que subyacen a las actitudes, tanto para tener un niño con VIH/SIDA en la escuela, como para tener un alumno con VIH/SIDA, se encontró que las puntuaciones medias de las escalas completas y de cada uno de los factores de actitud, se situaron dentro del intervalo de la media teórica esperada, por lo que se observa que las actitudes ante cualquiera de las dos situaciones son indefinidas, pero originadas por distintas formas de evaluación, lo que explica el resultado de la diferencia entre ellas.

Con base en la teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) las actitudes se explican por las creencias de los sujetos. El desconocimiento sobre el VIH/SIDA infantil y la falta de prominencia del fenómeno están vinculados a la falta de definición en la dirección de las actitudes de los docentes, hay una coherencia lógica entre el desconocimiento del tema y las actitudes indefinidas: no sé sobre el tema, no sé que sentir.

Tener un niño con VIH/SIDA en la escuela es una situación que probablemente el docente no tiene asociada en la memoria, por lo que de acuerdo con Fazio (en Javiedes, 1996a) se requiere que exista una asociación para que la actitud resultante sea definida y espontánea; en este caso el proceso de razonamiento se realiza, puesto que la carencia de asociación previa de la situación no permite una respuesta actitudinal espontánea.

Los docentes realizan evaluaciones fragmentadas que derivan en actitudes indefinidas, o ambiguas. Reconocen que las situaciones conllevan aspectos positivos, aspectos negativos y aspectos que ameritan un compromiso y un riesgo, es decir, separan la información para realizar una evaluación cuidadosamente analizada de la situación y sus consecuencias, sin llegar a una conclusión definida en alguno de los polos, dado lo polémico de la situación.

Tener un niño con VIH/SIDA en una escuela o como alumno puede ser percibido por una parte como peligroso, riesgoso, comprometedor, causar miedo y ameritar un esfuerzo laboral extra, aspectos indeseables. Por otro lado, afrontar estas situaciones puede ser evaluado como algo positivo, ennoblecedor, de valentía y de prestigio laboral y social, aspectos deseables. De tal manera que aunque los docentes realizan un análisis de la situación carecen de información sustentada verazmente y de la experiencia previa para definir sus actitudes, por lo que prefieren no extremar su posición y localizarse dentro de una posición intermedia para no cometer errores de juicio.

Fishbein y Ajzen (1975), reconocen la influencia social en la planeación y realización de la conducta. La norma subjetiva es la presión social que las personas perciben para realizar o no una conducta y su motivación para acceder a esta presión; la cual es ejercida por referentes significativos para el individuo.

Lamentablemente para este estudio no pudo obtenerse una medida confiable de la norma subjetiva, posiblemente debido a que: a) se exploraron pocos reactivos, b) los reactivos resultaron confusos para los docentes o c) los referentes explorados pueden ser poco significativos en relación a la acción en cuestión.

En lo que se refiere a las intenciones conductuales de los docentes de tener un niño con VIH/SIDA en la escuela, se observó que esta intención está conformada por dos dimensiones: intención laboral e intención de asumir la responsabilidad.

La teoría de la Acción Razonada toma a las intenciones conductuales como el antecedente más próximo a la conducta y las explica por medio de las creencias, las actitudes y la norma subjetiva. Como hemos visto ni las creencias ni la norma subjetiva explicaron las intenciones de los docentes de tener un niño con VIH/SIDA en la escuela, ya sea por los problemas en su medición o por no estar relacionadas específicamente con las intenciones. Pero las actitudes independientemente de su ambigüedad lograron explicar las intenciones. Triandis, (1964, en Fishbein y Ajzen, 1975) también encontró relaciones significativas entre las actitudes y las intenciones conductuales, aunque las actitudes que él evaluó eran definidas.

Únicamente las actitudes en el mismo nivel de especificidad como lo muestra el análisis de regresión, lograron explicar las intenciones correspondientes en especificidad, es decir las

actitudes de los docentes hacia tener un niño con VIH/SIDA en la escuela explicaron las intenciones de los docentes de tener un niño con VIH/SIDA en la escuela en sus dos dimensiones, tal como lo anticipa la teoría, a mayor correspondencia y especificidad mayores posibilidades de relación entre las variables, corroborándose el principio de compatibilidad. (Fishbein y Ajzen, 1975).

La intención laboral sobrepasó lo esperado y se definió como una intención clara de tener un niño con VIH/SIDA en una escuela cuando éste no es alumno del docente. Esta intención fue explicada por el factor de compromiso de la escala de actitud 1, “tener un niño con VIH/SIDA en una escuela”.

La actitud de compromiso explica una parte pequeña de la variabilidad de la intención (17%) con un peso medio de 0.420, lo cual quiere decir que existen otras variables además de la observada, que explican la intención laboral de los docentes frente a la situación de tener un niño con VIH/SIDA en la escuela.

Bajo la lógica de la teoría de la Acción Razonada la intención conductual definida estaría determinada por creencias y actitudes positivas, como elementos de orden individual, pero también la teoría considera las presiones sociales como determinantes de la intención. En este caso se observa que independientemente de la dirección de las actitudes estas se relacionan con la intención, lo cual refleja inconsistencia entre las variables.

Aunque no podamos afirmar que la intención conductual laboral está relacionada con la norma subjetiva, se sospecha que la aparente contradicción entre la actitud ambigua de compromiso y la intención laboral positiva quizás se deba a una variable extraña de tipo social, sea la norma subjetiva o la deseabilidad social. Como afirma Triandis, “las respuestas de aceptación pueden ser un indicador de la deseabilidad social en la respuesta” (1971, p. 26).

La “Deseabilidad social” fue definida por Edwards en 1953 como los juicios conscientes referentes a conductas, sentimientos y actitudes que ganan la aprobación social en la sociedad americana y es la dimensión más importante en la cual se localizan las declaraciones personales” (Domínguez, 1997, p. 6).

La deseabilidad social también puede referirse a las intenciones personales de llevar a cabo una conducta. Esta deseabilidad social al igual que la norma subjetiva, provienen de las percepciones del sujeto sobre lo que los otros esperan de él. La deseabilidad social obedece a los aspectos positivos que el docente quiere mostrar ante otro. La norma subjetiva obedece a la presión que los otros ejercen en el docente para que éste guíe su conducta.

Los docentes desconocen el tema del VIH/SIDA, no poseen actitudes definidas hacia tener un niño con VIH en la escuela, pero afirman tener intenciones de laborar bajo esta situación explicadas por una evaluación del compromiso. Por lo tanto que un docente de los que participaron en el estudio acepte tener un niño con VIH en la escuela donde labora, dependerá de que sus actitudes se perfilen hacia el compromiso laboral, y este compromiso a su vez, posiblemente este relacionado con la presión social que perciba para trabajar bajo esta situación y de su motivación para condescender a estas presiones. En este caso la actitud aparentemente tiene una función de ajuste social, con el fin de conservar las relaciones laborales.

En lo que respecta la intención de responsabilidad asumida, esta es explicada en una pequeña proporción (20% de varianza explicada) por la conjugación de dos factores correspondientes a la escala de actitud 1, "tener un niño con VIH/SIDA en la escuela", el factor de evaluación positiva ($\beta= 0.247$, $r= 0.042$) y el factor de evaluación del compromiso ($\beta= 0.268$, $r= 0.165$) con pesos y correlaciones bajas. Posiblemente existan otras variables no exploradas que guarden relación con esta intención.

La intención de responsabilidad asumida resultó indefinida al igual que las actitudes que la predicen, lo cual quiere decir, que los docentes aun no definen si podrían asumir la responsabilidad de tener un niño con VIH/SIDA en la escuela, la decisión involucraría en parte una evaluación positiva y una evaluación del compromiso del docente con la situación.

7.2 Conclusiones.

Tener un niño con VIH/SIDA en la escuela implica una intención laboral y una intención de responsabilidad por parte del docente. Al parecer la intención laboral puede ser afirmativa, aun cuando no se tengan los conocimientos suficientes sobre el tema y las actitudes tiendan a ser de compromiso social, influidas por la deseabilidad social, es decir tengan una función de ajuste social. Pero la intención de asumir la responsabilidad ante esta situación implica mayores costos que podrían admitirse entre más se posea una actitud positiva y un mayor compromiso con la situación, es decir mientras la actitud tenga una función de expresión de valores.

Se puede decir que en el proceso deliberativo para afirmar una intención, la evaluación de las consecuencias es fundamental cuando la decisión conductual es importante y los errores de juicio son costosos, lo que Kruglanski, 1983, llama “miedo a la invalidación” (Javiedes, 1996a, p.8). Los docentes pueden afirmar que trabajarían bajo estas condiciones simplemente por que es su deber laboral, estén o no de acuerdo, ya que, como afirma Sacristán (1995), “el docente toma decisiones dentro del aula bajo una autonomía limitada por el contexto normativo de un puesto de trabajo” (p.190). Pero cuando la situación amerita mayores costos y asumir la responsabilidad de ellos, la comodidad de no tomar una decisión que ofrece el “deber laboral” se pierde, para dar paso a la responsabilidad de la voluntad, y entonces, ante la carencia de recursos para evaluar una situación y poder asumir la responsabilidad, los docentes prefieren no tomar una posición definida ante el problema.

Para integrar a los niños con VIH/SIDA al sistema educativo es necesario reafirmar en el docente su identidad profesional y ética, es decir, consolidar en él valores y actitudes que le permitan asumir la responsabilidad y reconocer la importancia de su intervención en la no discriminación escolar de niños seropositivos. Son los docentes quienes con sus actitudes a favor de la inclusión de estos niños y el trato digno que les den dentro del aula fomentaran el respeto a los derechos humanos y sociales de los niños y los adultos con VIH/SIDA, obedeciendo a los principios constitucionales democráticos que sustenta el sistema educativo nacional, de tal manera que la democracia educativa, no sea un mero idealismo y llegue a ser una realidad social en México.

La Teoría de la acción Razonada muestra una parte del proceso deliberativo que los docentes llevan a cabo para guiar sus intenciones conductuales, cuando estas se relacionan con la información que posee el individuo sobre la conducta o situación en cuestión, sus actitudes y las presiones de orden social que consideran para condescender o no con el objetivo, pero no son las únicas variables que determinan la conducta humana; la intención conductual, a pesar de todo, es solo una probabilidad de acción afianzada por solo algunas variables individuales y sociales.

Finalmente dice Fishbein (1967) que las actitudes, pueden determinar un resultado posible, más no seguro, solo son una variable más a tomar en cuenta en la explicación de la conducta, la norma subjetiva y las intenciones afianzan el resultado, pero ninguna de estas variables explica totalmente la variabilidad de la conducta.

7.3 Limitaciones y sugerencias.

En primer lugar es importante asumir que los resultados de esta investigación únicamente pueden aplicarse a la muestra estudiada bajo las situaciones manejadas, cualquier extensión de los resultados a otras situaciones o poblaciones debe ser cautelosa. Además la relación resultante entre las variables no indica por ningún motivo causalidad. Las intenciones conductuales resultantes son solo una de las variables que explican la conducta de los docentes y pueden o no ser confirmadas por sus acciones.

Otras variables que se proponen para mejorar la explicación de las intenciones conductuales y su relación con la conducta son el miedo hacia la enfermedad como factor irracional de protección de la vida, la percepción del control que el docente tiene sobre la situación, entendida como los recursos pedagógicos e institucionales que guíen su práctica, la proximidad del problema y la deseabilidad social.

Aunque hubiera sido interesante conocer las intenciones de aquellos docentes que ya han experimentado las situaciones estudiadas, la dificultad de identificar una muestra de este tipo radica en los permisos de los directivos de las escuelas para realizar las aplicaciones, además de la disposición de los docentes para contestarla y sobre todo la confidencialidad de la situación.

El desconocimiento sobre el tema es lo que caracteriza a las creencias de los docentes, por lo tanto se sugiere medir las creencias en base a la información social sobre el VIH/SIDA más que en forma de conocimientos. Añadir el cuantificador “no sé” dentro de la escala para obtener una medida directa del desconocimiento. Identificar la fuente de donde proviene la información que los docentes poseen sobre el VIH/SIDA, para poder modificarla o actualizarla con información veraz, y así eliminar falsas creencias. Identificar si existen diferencias en las creencias de aquellos docentes que han conocido a alguien con VIH/SIDA considerando la proximidad de la persona afectada, de aquellos que no han tenido esta experiencia.

Es evidente que los docentes carecen de recursos informativos para definir sus actitudes, las creencias son fundamento importante de las actitudes, así como la proximidad del objeto de actitud. Proporcionar información veraz que las personas puedan comprobar por medio de la experiencia, facilitara la definición de las actitudes, la dirección de estas corresponderá a al sentido de la información.

Se sugiere añadir una posición neutra dentro del diferencial semántico pues es válido e importante saber la neutralidad de los sujetos ante situaciones polémicas y no tratar de obtener una actitud forzada.

Con el fin de obtener una escala confiable y valida de la norma subjetiva se sugiere aumentar el número de reactivos, redactarlos de forma clara y considerar como referentes significativos a las autoridades educativas, las normas escolares, los compañeros docentes y a los padres de familia ya que estos actores pueden ejercer mayor presión con respecto a la actividad laboral del docente bajo las situaciones estudiadas.

7.4 Replanteamiento del problema

Realmente es difícil tomar una posición frente a la polémica situación de tener niños con VIH en las escuelas, pues el problema es de tal complejidad que no solo el docente es el único involucrado en la situación. Los actores del problema son tantos que van desde el mismo niño y sus condiciones de vida, sus tutores y cuidadores, hasta las instituciones educativas, los

directivos, los demás alumnos y los padres de familia quienes representan la comunidad en general.

Cada actor esta vinculado a diversas condiciones que inciden en su posición ante el problema. El niño con VIH, de cuerdo a sus condiciones físicas y emocionales, requerirá de cubrir ciertas necesidades educativas especiales. El docente no solo debe contar con información sobre las condiciones de la infección, también debe estar preparado técnicamente en sus estrategias de enseñanza y atención al niño con VIH y a los demás niños cercanos a él, es decir, no sólo fomentar un cambio de actitud, si no brindarle las estrategias educativas necesarias y adecuadas para trabajar con estos niños.

Como se encontró en este estudio, los docentes probablemente acepten trabajar con niños con VIH si su nivel de compromiso es alto y si se les presiona de alguna manera (por ejemplo la recomendación no. 8 expedida por la Nacional de Derechos Humanos, 2004b) si embargo, el siguiente paso es brindarle a estos niños una educación de calidad que integrar sus necesidades físicas, emocionales y sociales, sin ser victimas de rechazo. ¿Como lograr una integración efectiva de los niños con VIH/SIDA? Es la nueva cuestión a resolver

Los factores que el sistema educativo debe considerar para llevar una adecuada integración de estos niños al medio escolar son de diversa índole: informativos, técnicos, personales, monetarios, legales, sociales y hasta ambientales; pues el problema de brindar educación a los niños con VIH, seguirá suscitándose mientras las estrategias de prevención de la transmisión vertical fallen y mientras los niños infectados gocen del apoyo de algún familiar o tutor y de atención medica y psicológica, pues un niño que carezca de estos elementos lo mas problema es que no sobreviva mucho tiempo. De ser la prevención de la transmisión vertical exitosa no tendríamos que pensar en crear nuevos programas de atención para las escuelas que enfrenten una situación semejante.

Se requiere educar a la sociedad en general sobre las distintas caras del VIH y el SIDA, y el respeto a los derechos humanos a fin de evitar situaciones de discriminación que mermen la calidad de vida de los afectados por el VIH y el SIDA (independientemente de su edad), más que el propio virus.

Dado que las actitudes observadas son ambiguas, sostienen Sherif y Hovland (en Javiedes, 2003) que son susceptibles de influencia. Es evidente que los docentes requieren de información veraz sobre el VIH/SIDA, pero la información por si misma no es determinante para el cambio de actitud sostiene Smith (en Javiedes, 2003), al menos que sea relevante para alguna de las funciones que ésta tiene para el individuo. Por lo tanto, con los resultados obtenidos podemos guiar un proceso de definición de actitudes positivas y de compromiso hacia tener niños con VIH/SIDA en la escuela, basado en la información veraz sobre la infección, aunado a la conservación de las relaciones laborales, el prestigio docente y el apoyo a los niños con VIH/SIDA como un valor individual y social, además de brindar estrategias de enseñanza y capacitación a los docentes en atención y cuidado de niños con esta problemática a fin de reforzar intenciones laborales y de responsabilidad que promuevan finalmente la conducta de aceptación e integración de los niños con VIH/SIDA las escuelas.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1989). Attitude Structure and Behavior. En A.R. Pratkanis, S.J. Breckler & A.G Greenwald (Eds.), *Attitude Structure and Function*. (pp. 241 – 274). New Jersey, USA: Hisssdale.
- Allport, G.W. (1967), Attitudes. En M. Fishbein (Ed.), *Readings in Attitude Theory and Measurement*. (pp. 3-14). USA: John Wiley & Sons, Inc. (Trabajo original publicado en 1935).
- Artículo 3. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Vigente 05 marzo 2008. Recuperado 19 de marzo del 2008. <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/4.htm?s=>
- Ballinas V. (2004, octubre 5). Reiterada exclusión en escuelas de menores contagiados con VIH La jornada. Recuperado 21 de agosto 2007. <http://www.jornada.unam.mx/2004/10/05/044n1soc.php>
- Blanco, J. L., Mallolas, J. B., Pérez-Cuevas & Gattel, J. M (2002). Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por VIH-1. En M. J. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar, J. M. Miró, & Mallolas, (Eds.), *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. (7ma. edic.), (pp. 47- 58). Barcelona Esp.: Masson.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1994) Revised classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children less than 13 years of age. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*,12,1-10
- Chávez M. (2004, marzo 3). CEDH: 5 niños con VIH, excluidos de escuelas públicas queretanas en un año. La jornada. Recuperado 21 de agosto 2007 <http://www.jornada.unam.mx/2004/03/03/044n1soc.php>

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2004a). Los derechos humanos de las personas que viven con VIH o con SIDA. Todos somos Humanos. [Folleto]. México. Autor.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2004b). Recomendación número 8/2004, sobre el caso de discriminación en las escuelas a menores portadores del VIH o que padecen SIDA. México: Autor. Recuperado 22 de julio del 2006 <http://www.salud.gob.mx/conasida/noticias/8.htm>
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (1998, abril). Mujeres y VIH/SIDA. Letra S. no. 21. Recuperado 20 de agosto del 2007 <http://www.salud.gob.mx/conasida/otraspub/letraese/ls1998/lsabr98.htm>
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (1999, mayo). Estrategias para prevenir la transmisión perinatal. Letra S. no. 34. Recuperado 20 de agosto del 2007 <http://www.salud.gob.mx/conasida/otraspub/letraese/ls1999/lsabr99.htm>
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (2002, marzo 7). Vulnerabilidad femenina al VIH. Letra S. Recuperado 20 de agosto del 2007. <http://www.salud.gob.mx/conasida/otraspub/letraese/ls2002/lsmar.htm>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2004). Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación. México: Autor.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2006). Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación. México: Autor.
- Craig, G.J. (1997). Desarrollo psicológico. (7ma. edc.). México: Prentice Hall.

- Cruz M. A. (1997, 7 de diciembre). Desamparo afectivo y vulnerabilidad infantil frente al VIH. La jornada. Recuperado 21 de agosto 2007 <http://www.jornada.unam.mx/1997/12/07/ls-texto1.html>
- Daudel, R. & Montagnier, L. (2002). El SIDA. (1ra. edic. en español), México, D.F: Siglo XXI.
- Daville, J. & Bryson, Y. (2003). Vertical Transmission of HIV-1: Timing of Transmission and Risk Factors. En Shearer, T.W., & Hanson, C.I. (Eds.), Medical Management of AIDS in Children. (pp. 29- 52).Philadelphia, USA: Saunders.
- Declaración de Durban, (2006). Conferencia Internacional sobre SIDA Sudáfrica. XIII. Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA. Recuperado el 22 de julio del 2006 <http://www.salud.gob.mx/conasida/> recuperado
- Domínguez Espinoza, A.C. (1997). Construcción de una escala de Deseabilidad social en México. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. UNAM
- European Collaborative Study. (2001). HIV-infected pregnant women and vertical transmission. Europe since. AIDS, 15, 761–770.
- Fishbein, M. (1967). Attitude and prediction of Behavior. En, M. Fishbein (Ed.) Readings in Attitude Theory and Measurement. (pp. 477- 493). USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Fishbein, M. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. Revista de Psicología Social y Personalidad, 6 No. 1 y 2, 1-16.

- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Teoría and Research [Creencia, Actitud e Intención conductual: Una introducción a la teoría y la investigación]* USA: Addison –Wesley.
- Gómez M. C. (2003, 29 de abril). Víctimas de la discriminación, más de 700 niños infectados por le VIH. *La jornada*. Recuperado 21 de agosto 2007 <http://www.jornada.unam.mx/2003/04/29/o43n3soc.php>
- Hernández S. R., Fernández-Collado C. & Baptista L. P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ta. Edic.).México: McGraw Hill.
- Javiedes, R. M. (1996a). *El Modelo oportunidad-motivación de R. H. Fazio*. [Folleto]. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Javiedes, R. M. (1996b). *El Modelo Sociocognitivo de la Estructura y Función de la actitud*. [Folleto]. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Javiedes, R. M. (2003). *Postulados básicos en torno a la formación y cambio de actitudes*. [Folleto]. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Javiedes, R. M. (2004). *Actitud y Pensamiento*. En M.J García, & P.M.A González (Eds.), *Enfoques contemporáneos de la psicología social en México: de su génesis a la ciberpsicología*. (p.365 - 405) México, DF: Tecnológico de Monterrey.
- Kendall, T. y Pérez, V. H. (2004). *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comentario*. México: Colectivo sol, A.C.
- Kenneth, M. (1993). *El virus de la inmunodeficiencia humana: el virus y su patogenicidad*. En R. Yogev & E. Connor. (Eds.), *Tratamiento y manejo de la infección por VIH en lactantes y niños* (pp. 35 - 49). Madrid, España: Mosby.

- La Casa de la Sal, A.C, (2004). Un eco al dolor callado. México: Autor.
- LaPiere, R.T. (1967). Attitudes vs. Actions. En M. Fishbein, (Ed.) Readings in Attitude Theory and Measurement. (pp. 26-33). USA: John Wiley & Sons, Inc. (Trabajo original publicado en 1934).
- Ley General de Educación. (1993). Diario Oficial de la Federación. Última reforma 02 de noviembre del 2007. Recuperado 19 de marzo del 2008. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137.pdf>
- Luque, N. R. (2001). El SIDA en primera persona. Bogotá, Colombia: Panamericana.
- McGuire, W. J. (1985). Attitudes and Attitude Change. En G. Lindzey & E.Aronson (Eds.). Handbook of social fields and applications vol. 2. (pp. 233–242). New York, USA: Random House.
- Medrano, L., Thomson, M., Delgado, E. & Nájera, R. (2002) Características del VIH. En Gatell, M. J., Clotet, B., Podzamczar, D., Miró, J. M., & Mallolas, (Eds.), Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento. (7ma. edic), (pp. 14-25) Barcelona Esp.: Masson
- Mofenson y Willoughby, (1993). Transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana en niños y mujeres. En R. Yogev & E. Connor. (Eds.), Tratamiento y manejo de la infección por VIH en lactantes y niños. (pp. 69 - 83). Madrid, España: Mosby.
- Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, NOM-010-SSA2-1993, Secretaria de Salud & Consejo Nacional para la prevención y Control del VIH/SIDA modificada el 16 de marzo del 2000.

- Organización de las Naciones Unidas en lucha contra el SIDA (1997). Métodos para las pruebas del VIH: Actualización técnica. Colección. Prácticas Óptimas, Ginebra: Autor.
- Organización de las Naciones Unidas en lucha contra el SIDA (1998). Prevención de la Transmisión del VIH de la madre al niño: Reunión sobre planificación para la ejecución de programas. Ginebra: Autor.
- Organización de las Naciones Unidas en lucha contra el SIDA, (2001). Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con VIH. Washington, USA. Autor
- Organización Mundial de la Salud. (1998).VIH y Alimentación Infantil. (1ra. traducción al español). Buenos Aires Argentina: Fundación Lacmat
- Organización Mundial de la Salud (1999). Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre alimentación infantil y transmisión madre – hijo del VIH, basada en el estado actual de las pautas de OMS/ONUSIDA/UNICEF. Argentina: Fundación Lacmat. IBFAM.
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2004). Transmisión del VIH a través de la lactancia. Revisión de los conocimientos actuales. Washington, USA: Catálogo de publicaciones de la Organización Mundial de la Salud.
- Palumbo, P. (2003). Diagnostic Methods for infants Born to HIV- Infected Women. En Shearer, T.W., & Hanson, C.I. (Eds.), Medical Management of AIDS in Children. (pp. 107- 115).Philadelphia, USA: Saunders.
- Rodrigues, A., Assmar E. & Jablonski B. (Eds.) (2002). Psicología social. Interactuando con los demás. México: Trillas.

- Ruiz, B. A. (2000). El SIDA como enfermedad estigmatizadora: creencias y prejuicios. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología. UNAM
- Russell, B., Dyke, V. & McKinney, R. E. Jr. (2001). Pediatric Human Immunodeficiency Virus Infection: Natural History, Perinatal Transmission, and Opportunistic Infections. En Patrick, C.C. (Ed.), Clinical management of Infection Immuno compromised Infants and Children. (pp. 62- 91). Philadelphia, USA: Lippincott Williams &Wilkins.
- Sacristán, J.G. (1995). El currículum una reflexión sobre la practica. Madrid, España: Morata.
- Sacristán, J.G. & Pérez Gómez, A.I. (2002). Comprender y transformar la enseñanza. Madrid, España: Morata.
- Sánchez –Mejorada, G., Ponce de León, S., y Ruiz- Palacios., G. M. (1989). Historia natural de la infección por VIH. En Sepúlveda, A. J. SIDA, Ciencia y Sociedad en México. (pp.64-80) México, D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Sánchez R. (2004, 1 de abril). Castigar a responsables de discriminación a niñas con VIH/sida. Letra S. Recuperado 21 de agosto 2007 <http://www.jornada.unam.mx/2004/04/01/ls-sep.html>
- Santrock, J. W. (2006) Psicología del Desarrollo. El ciclo vital. (10ma. edc.). México: Mc. Graw Hill.
- Secretaria de Educación Pública. (1993). Educación básica, primaria. Plan y programas de estudio. México: Autor.
- Secretaria de Educación Pública. (2003). Hacia una política integral para la formación y el desarrollo profesional de los maestros de educación básica. [Cuadernos de discusión no. 1] México: Autor.

- Secretaria de Salud & Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (s.f) Programa de acción para la prevención y control del VIH y otras ITS. (2001_2006) Recuperado 29 agosto del 2007 <http://www.salud.gob.mx/conasida/quees/prog01-06/programa.pdf>
- Secretaria de Salud & Consejo Nacional para la prevención y Control del VIH/SIDA, (2006a). El sida en cifras. México: Autor Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- Secretaria de Salud & Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (2006b). Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México (30 junio). México: Autor. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/2006/panoepide31dic/2006.pdf>
- Secretaria de Salud & Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (2006c). Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México (31 diciembre). México: Autor. Recuperado <http://www.salud.gob.mx/2006/panoepide31dic/2006.pdf>
- Secretaria de Salud & Consejo Nacional para la prevención y Control del VIH/SIDA, (2007a). Estadísticas por sexo y edad. (31 de marzo) México: Autor Recuperado 20 de agosto del 2007 <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2007/por sexo y edad.>
- Secretaria de Salud & Consejo Nacional para la prevención y Control del VIH/SIDA, (2007b). Casos nuevos y acumulados de SIDA pediátricos, por categoría de transmisión y sexo. (15 de noviembre). México. Autor. Recuperado 10 de enero del 2008 <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2007/pediatriconoviembre.pdf>

- Sepúlveda, A. J. (1989) SIDA, Ciencia y Sociedad en México. México, D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Stanislawski, E. C., (1989a). El agente causal. En A. J Sepúlveda, SIDA, Ciencia y Sociedad en México. (pp. 31-63) México, D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Stanislawski, E. C., (1989b). Mecanismos de acción. En A. J Sepúlveda, SIDA, Ciencia y Sociedad en México. (pp. 81-102) México, D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Sthephenson, K. S. (2000) Evaluación de niños. En. Muma R. D., Lyons, B. A., Borucki, M. J. & Pollard, R. B. Manual del VIH para profesionales de la salud (pp. 61 - 92), México., D.F: Manual Moderno.
- Thurstone, L. L. (1976) Las actitudes pueden medirse. En G. F Summers (Ed. y Trad.) Medición de Actitudes. (pp.157-175), México D.F.: Trillas. (Trabajo original publicado en 1928).
- Torres, S.J. (1991). El currículo oculto. Madrid, España: Morata.
- Triandis, H.C. (1971). Attitude and Attitude Change. USA.: John Wiley & Sons; Inc.
- Unidad de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas & Dirección General de Planeación y Programación. (2007). Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos. Principales cifras. Ciclo escolar 2005-2006. México: Secretaria de Educación Publica.
- Zuñiga U.P, Tepichin H.G. (2000). Guía para el manejo de la mujer embarazad con infección por VIH. (3ra. edc.). México: Consejo Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA.

Referencias electrónicas

- <http://www.tusalud.com.mx/120624.htm> recuperado 28/12/06
- <http://www.vihpositivo.com/timo2.htm>, recuperado 28 /12/ 06

ANEXOS

ASPECTOS SOCIALES DEL VIH/SIDA

INSTRUCCIONES

El cuestionario está formado por diferentes secciones, en cada una de ellas se indicará la forma cómo debe de contestar; es importante que no deje ninguna pregunta sin resolver.

A. DATOS GENERALES

Marque con una (X) el número que corresponde a su respuesta o escriba lo que se pide:

¿Cuál fue el último año de estudios que completó?

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| (1) Secundaria
incompleta | (4) Carrera técnica | (7) Preparatoria
incompleta | (10)Licenciatura
completa) |
| (2) Secundaria
completa | (5) Normal | (8) Preparatoria
completa | (11)Diplomado o
Maestría |
| (3) Carrera comercial | (6) Normal superior | (9)Licenciatura
incompleta | (12) Doctorado |

Sexo: (1) Femenino
(2) Masculino

Años cumplidos: _____

Antigüedad laboral en el magisterio: _____

¿Ha conocido a alguien infectado de VIH/SIDA? (1) Si (2) NO

Sección B. ESCALA DE CREENCIAS

En esta sección encontrará una serie de afirmaciones, marque con una (X) la opción que crea correcta. Las opciones son (Si) y (No)

Ejemplo:

La gripa es causada por un virus (x Si) (No)

Si contesta como en el ejemplo anterior, entonces ud. cree que la gripa es causada por un virus.

	Si	No
1. El VIH/SIDA sólo les da a las personas homosexuales	()	()
2. El VIH se transmite por el sudor	()	()
3. Una mujer embarazada con VIH es seguro que se lo transmita a su hijo	()	()
4. Es lo mismo tener VIH que tener SIDA	()	()
5. Los antirretrovirales mejoran la calidad de vida de los enfermos de VIH/SIDA pero no los curan	()	()
6. Las personas con VIH pueden vivir mucho tiempo	()	()
7. Las enfermedades oportunistas son manifestaciones del SIDA	()	()
8. El VIH puede contagiarse de piel a piel	()	()
9. Para contraer el VIH es necesario que entre a nuestra sangre	()	()
10. El VIH se transmite por las lágrimas	()	()
11. Se puede contraer el VIH a través de secreciones genitales.	()	()
12. El VIH/SIDA provoca rechazo hacia los que lo padecen	()	()
13. Una madre infectada con VIH puede contagiar a su hijo a través de la leche materna	()	()
14. El VIH sólo puede detectarse con pruebas de sangre	()	()
15. El VIH/SIDA también ataca a los niños	()	()
16. El VIH/SIDA sólo se transmite sexualmente	()	()
17. Existen leyes que protegen a las personas con VIH/SIDA	()	()
18. Una persona con VIH puede no presentar síntomas de su enfermedad	()	()
19. El VIH/SIDA es una enfermedad de adultos	()	()
20. El VIH ataca a las células del sistema inmunológico	()	()
21. El VIH es la causa del SIDA	()	()
22. VIH, son las siglas de Virus de la Inmunodeficiencia Humana	()	()
23. El número de mujeres infectadas de VIH en nuestro país está aumentando	()	()
24. El VIH es resistente a los desinfectantes comunes	()	()
25. El SIDA es una enfermedad que puede prevenirse	()	()
26. El VIH/SIDA se transmite por el uso de jeringas infectadas	()	()
27. Una persona puede tener VIH y no darse cuenta	()	()
28. Las personas con VIH/SIDA tienen los mismos derechos que las personas sanas	()	()
29. El SIDA es la etapa final de la infección por VIH	()	()
30. Una persona seropositiva, es un portador del VIH permanentemente infeccioso, pero no presenta síntomas de su enfermedad	()	()
31. Una madre puede contagiar de VIH a su hijo durante el parto	()	()
32. El VIH/SIDA se transmite por un estornudo	()	()
33. El VIH puede adquirirse por medio de trasplantes de órganos infectados por el virus	()	()
34. El VIH resiste mucho tiempo fuera del cuerpo humano	()	()
35. El VIH/SIDA se transmite por transfusiones sanguíneas	()	()
36. El tiempo de vida de un niño con VIH es relativamente corto	()	()
37. Diarrea, pérdida de peso e inflamación de los ganglios pueden ser signos de infección por VIH	()	()
38. Los usuarios de drogas intravenosas son vulnerables de contraer el VIH	()	()
39. Pueden pasar de 5 a 10 años para que una persona desarrolle el SIDA después de haber sido infectado	()	()
40. El VIH/SIDA se transmite fácilmente por la saliva	()	()

**Sección C.
ESCALA DE ACTITUDES**

Instrucción: Todas las personas pensamos y sentimos diferentes cosas sobre el VIH/SIDA. A continuación se presenta una serie de afirmaciones, las cuales se pueden evaluar a través de diferentes adjetivos. Marque con una X la línea que se acerque más a su manera de pensar y sentir, en cada uno de los adjetivos:

Ejemplo:

Estudiar para un examen es:

	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	
Agradable	Bastante agradable	Muy agradable	Ligeramente Agradable	X Ligeramente Desagradabl e	Muy desagradabl e	Bastante desagradabl e	Desagradabl e

1. Tener un niño con VIH/SIDA en una escuela es:

Agradable	—	—	—	—	—	—	Desagradable
Insignificante	—	—	—	—	—	—	Grandioso
Admirable	—	—	—	—	—	—	Despreciable
Cansado	—	—	—	—	—	—	Descansado
Espantoso	—	—	—	—	—	—	Maravilloso
Profundo	—	—	—	—	—	—	Superficial
Venenooso	—	—	—	—	—	—	Inocuo
Lindo	—	—	—	—	—	—	Horrible
Enfermo	—	—	—	—	—	—	Sano
Seguro	—	—	—	—	—	—	Peligroso
Bonito	—	—	—	—	—	—	Feo
Soportable	—	—	—	—	—	—	Insoportable
Descortés	—	—	—	—	—	—	Amable
Responsable	—	—	—	—	—	—	Irresponsable
Bueno	—	—	—	—	—	—	Malo
Agradable	—	—	—	—	—	—	Doloroso
Alegre	—	—	—	—	—	—	Triste
Calmado	—	—	—	—	—	—	Nervioso
Cobarde	—	—	—	—	—	—	Audaz
Inútil	—	—	—	—	—	—	Útil
Extraño	—	—	—	—	—	—	Conocido
Odioso	—	—	—	—	—	—	Amoroso
Excelente	—	—	—	—	—	—	Pésimo
Perezoso	—	—	—	—	—	—	Trabajador
Piadoso	—	—	—	—	—	—	Cruel
Duro	—	—	—	—	—	—	Blando
Débil	—	—	—	—	—	—	Fuerte
Antipático	—	—	—	—	—	—	Simpático
Tonto	—	—	—	—	—	—	Inteligente
Sabroso	—	—	—	—	—	—	Desagradable
Dulce	—	—	—	—	—	—	Amargo

2. Tener un alumno con VIH/SIDA es:

Agradable	___	___	___	___	___	___	Desagradable
Insignificante	___	___	___	___	___	___	Grandioso
Admirable	___	___	___	___	___	___	Despreciable
Cansado	___	___	___	___	___	___	Descansado
Espantoso	___	___	___	___	___	___	Maravilloso
Profundo	___	___	___	___	___	___	Superficial
Venenosos	___	___	___	___	___	___	Inocuo
Lindo	___	___	___	___	___	___	Horrible
Enfermo	___	___	___	___	___	___	Sano
Seguro	___	___	___	___	___	___	Peligroso
Bonito	___	___	___	___	___	___	Feo
Soportable	___	___	___	___	___	___	Insoportable
Descortés	___	___	___	___	___	___	Amable
Responsable	___	___	___	___	___	___	Irresponsable
Bueno	___	___	___	___	___	___	Malo
Agradable	___	___	___	___	___	___	Doloroso
Alegre	___	___	___	___	___	___	Triste
Calmado	___	___	___	___	___	___	Nervioso
Cobarde	___	___	___	___	___	___	Audaz
Inútil	___	___	___	___	___	___	Útil
Extraño	___	___	___	___	___	___	Conocido
Odioso	___	___	___	___	___	___	Amoroso
Excelente	___	___	___	___	___	___	Pésimo
Perezoso	___	___	___	___	___	___	Trabajador
Piadoso	___	___	___	___	___	___	Cruel
Duro	___	___	___	___	___	___	Blando
Débil	___	___	___	___	___	___	Fuerte
Antipático	___	___	___	___	___	___	Simpático
Tonto	___	___	___	___	___	___	Inteligente
Sabroso	___	___	___	___	___	___	Desagradable
Dulce	___	___	___	___	___	___	Amargo

**Sección D.
ESCALA DE NORMA SUBJETIVA**

Marque con una X el paréntesis que mejor describa su posición respecto a la afirmación; en este caso va en un continuo de:

TA = Totalmente de Acuerdo

A= de Acuerdo

D= en Desacuerdo

TD = Totalmente en Desacuerdo

	TA	A	D	TD
1. Para mi madre / padre es muy importante lo que yo creo en relación con los niños con VIH/SIDA	()	()	()	()
2. Generalmente me disgusta hacer lo que mi mejor amiga (o) piensa que yo debería hacer	()	()	()	()
3. Para mis hijos es poco importante lo que yo hago en relación con los niños con VIH/SIDA	()	()	()	()
4. Generalmente me gusta hacer lo que mis padres piensan que yo debería hacer	()	()	()	()
5. Para mi mejor amigo (a) es muy importante lo que yo pienso en relación con los niños con VIH/SIDA	()	()	()	()
6. Generalmente me disgusta hacer lo que mi pareja piensa que yo debería hacer	()	()	()	()
7. Para mi pareja es poco importante lo que yo siento en relación con los niños con VIH/SIDA	()	()	()	()
8. Generalmente me gusta hacer lo que mis hijos piensan que yo debería hacer	()	()	()	()

**Sección E.
ESCALA DE INTENCIÓN CONDUCTUAL**

A continuación se presentan algunos enunciados que expresan la probabilidad de realizar una acción. La probabilidad puede ir de 0 a 100%. Le pedimos que marque con una X el porcentaje que represente la probabilidad de que ud. realizara tal acción. No deje ninguno sin contestar

Ejemplo:

Me haría una prueba de colesterol: Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable

Según lo anterior la probabilidad de hacerse la prueba será del 60%

Al contestar tenga presente que si de diez veces que se le presente la situación dada, cuantas veces intentaría hacerlo

Tendría contacto con un niño con VIH/SIDA	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable
Cambiaría de trabajo si supiera que hay un niño con VIH/SIDA	Improbable 0% 20% 40% 60% 80% 100% Probable
Saludaría a un niño con VIH/SIDA	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable

Aceptaría un niño con VIH/SIDA en mi lugar de trabajo	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable
Defendería el derecho a la educación de los niños con VIH/SIDA	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable
Permitiría que mis alumnos jugaran con un niño con VIH/SIDA	Improbable 0% 20% 40% 60% 80% 100% Probable
Compartiría alimentos con un niño con VIH/SIDA	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable
Tendría cuidados especiales con un niño con VIH/SIDA	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable
Le curaría una herida a un niño con VIH/SIDA	Improbable 0% 20% 40% 60% 80% 100% Probable
Abrazaría a un niño con VIH/SIDA	Improbable 0% 20% 40% 60% 80% 100% Probable
Cuidaría de un niño con VIH/SIDA	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable
Me responsabilizaría de un niño con VIH/SIDA	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable
Le daría la mano aun niño con VIH/SIDA	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable
Le enseñaría de la misma forma a un niño con VIH/SIDA que a un niño sano	Improbable 0% 20% 40% 60% 80% 100% Probable
Evitaría que mis alumnos aceptaran a un niño con VIH/SIDA	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable
Preferiría no platicar con un niño con VIH/SIDA	Improbable 0% 20% 40% 60% 80% 100% Probable
Le informaría a los padres de familia que en la escuela hay un niño con VIH/SIDA	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable
Permitiría que me besara un niño con VIH/SIDA	Improbable 0% 20% 40% 60% 80% 100% Probable
Evitaría que mis alumnos tuvieran amistad con un niño con VIH/SIDA	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable
Promovería que los padres de familia aceptaran a un niño con VIH/SIDA	Probable 100% 80% 60% 40% 20% 0% Improbable