

167
2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

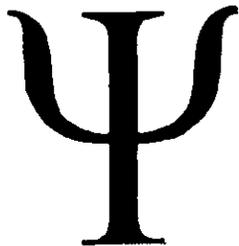
FACULTAD DE PSICOLOGIA

ACTITUD ANTE EL SIDA EN TRES GRUPOS
OCUPACIONALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
MARTINEZ ALVAREZ SARA MARCELA
VIVAR GONZALEZ MARIA MADELIN

DIRECTOR: LIC. GUADALUPE B. SANTAELLA HIDALGO.
ASESOR: LIC RAUL TENORIO RAMIREZ.



MEXICO, D. F.

258363

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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 DIOS, por habernos permitido terminar este primer paso en nuestra carrera.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por darnos el desarrollo profesional y personal para seguir adelante.

A la Facultad de Psicología, por enseñarnos nuestra profesión y el camino para seguir adelante a pesar de los fracasos, pero contando también los éxitos y logros.

A la Lic. Guadalupe Santaella Hidalgo, por su tiempo, apoyo y sus palabras siempre asertivas en el momento adecuado, que nos ayudaron a encontrarle solución a los problemas más difíciles, pero sobre todo por su forma de ser.

Al Lic. Raúl Tenorio Ramírez, por el apoyo que nos brindó haciendo nuestro trabajo más llevadero, pero sobre todo por tenernos paciencia.

Al H. Jurado: Lic. Ma. del Rosario Muñoz Cebada, Lic. Leticia Bustos de la Tijera y Lic. Angelina Guerrero Luna, por sus consejos que nos ayudaron a valorar realmente lo que es un psicólogo.

Al personal de UCII por echarnos la mano en los problemas que se nos presentaron, en especial a Tere Juárez por su apoyo desinteresado.

A MIS PADRES
ARTEMIO MARTINEZ SANCHEZ Y
ZENAJDA ALVAREZ VARELA, que en todo
momento me han dado su amor, apoyo y
confianza. Gracias a ustedes he llegado hasta
aquí. LOS QUIERO

GRACIAS a Rodolfo, Emma, Rodolfo y
Gabriel, con quienes he contado siempre en los
buenos momentos como en los malos. A mis
hermanos Antonio, Joel Artemio, Martha,
María Alma y Juan Manuel, y a Emigdio,
Adolfo, Alejandra, Adolfo, Jazmín, Kevin y
Oscar que han sido un motivo para seguir
adelante.

Pero quiero agradecer
especialmente a DIOS que ha estado conmigo
en cada momento de mi vida, en especial por la
existencia de ese ser tan especial que me ha
enseñado a vivir. TE AMO.

A DIOS todopoderoso que me guía con su luz por los caminos de la vida y que ahora me ha permitido llegar a éste, enseñándome que aún quedan más por recorrer siempre junto a él.

A mis papas: ANGEL Y ALICIA, que me han apoyado siempre y me han motivado para seguir adelante.

Gracias, porque con su ayuda he llegado a ser lo que ahora soy. LOS AMO.

A mis hermanos Miguel, Chino y Lalo, por acompañarme siempre y en todo momento y por ser un apoyo incondicional. Y a Bárbara, Mónica y LuisFer. LOS QUIERO

A tí Madelin por haberme brindado tu amistad y compañía durante estos meses, los cuales los has hecho muy agradables. Espero seguir contando contigo no sólo ahora sino siempre. Gracias por tu forma de ser.

A Sara, porque juntas compartimos momentos difíciles pero también agradables y porque me motivaste como una verdadera amiga siempre que lo necesite Gracias.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO 1

SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA

| | |
|---|----|
| 1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SIDA | 8 |
| 1.2 AGENTE INFECCIOSO (VIH) Y SUS CARACTERISTICAS | 11 |
| 1.3 NATURALEZA Y ORIGEN DEL VIH | 12 |
| 1.4 VIAS DE TRANSMISION | 14 |
| 1.5 SINTOMATOLOGIA | 17 |
| 1.6 EPIDEMIOLOGIA EN MEXICO | 20 |

CAPITULO 2

PREVENCION Y SIDA

| | |
|---|----|
| 2.1 ALGUNAS ALTERNATIVAS DE PREVENCION | 22 |
| 2.2 CAMPAÑAS PREVENTIVAS GUBERNAMENTALES | 24 |
| 2.3 CAMPAÑAS NO GUBERNAMENTALES | 27 |
| 2.4 CAMPAÑAS DE LOS GRUPOS CONSERVADORES | 32 |
| 2.5 OBSTACULOS CULTURALES PARA LA PREVENCION DEL SIDA | 33 |

CAPITULO 3

PREJUICIOS, ACTITUD Y SIDA

| | |
|--|----|
| 3.1 ASPECTOS NORMATIVOS QUE PROTEGEN A LAS PERSONAS CON SIDA | 37 |
| 3.2 PREJUICIO, ESTIGMATIZACION, PANICO Y HOSTIGAMIENTO | 40 |
| 3.3 ACTITUD ANTE EL SIDA | 42 |
| 3.4 ALGUNOS ESTUDIOS DE ACTITUD Y SIDA | 47 |

CAPITULO 4 METODO

| | |
|--|----|
| 4.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA | 53 |
| 4.2 HIPOTESIS | 53 |
| 4.2.1 HIPOTESIS ESTADISTICA | 53 |
| 4.2.3 HIPOTESIS CONCEPTUAL | 54 |
| 4.3 VARIABLES | 54 |
| 4.3.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES | 54 |
| 4.3.2 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES | 54 |
| 4.4 MUESTRA | 54 |
| 4.5 POBLACION | 55 |
| 4.6 TECNICA DE MUESTREO | 55 |
| 4.7 TIPO DE ESTUDIO | 55 |
| 4.8 DISEÑO | 55 |
| 4.9 INSTRUMENTO | 56 |
| 4.10 PROCEDIMIENTO | 57 |

CAPITULO 5 RESULTADOS

| | |
|-----------------------------|----|
| 5.1 ANALISIS DE RESULTADOS | 59 |
| 5.2 DISCUSION DE RESULTADOS | 66 |
| 5.3 LIMITACIONES | 70 |
| 5.4 SUGERENCIAS | 71 |

| | |
|---------------------|-----------|
| BIBLIOGRAFIA | 73 |
|---------------------|-----------|

| | |
|---------------|-----------|
| ANEXOS | 77 |
|---------------|-----------|

RESUMEN

La mayoría de las personas piensan que no pueden contraer el SIDA y dejan de mostrar interés hacia esta enfermedad asumiendo actitudes que conllevan a comportamientos de riesgo y obstaculizando así la prevención.

Sin embargo, basta observar las estadísticas que reporta CONASIDA hasta marzo de 1995 en donde las entidades con mayor número de casos por habitantes son: Distrito Federal con un caso por cada 1328 habitantes, en el Estado de Jalisco uno por cada 2083 habitantes y en Morelos uno de cada 2638 habitantes todos con un promedio de 9 casos diarios.

Estos casos se presentan en edades entre los 25 y 34 años (39.9%), por lo que se deduce que la población afectada está en edad de trabajar.

Ante esta problemática el presente estudio estuvo encaminado a conocer la actitud hacia el SIDA que a su vez es determinante para el alto índice de contagio. Se tomaron principalmente tres grupos ocupacionales con base al reporte del Registro Nacional de Casos de SIDA, siendo estos: servidores públicos, empleados administrativos y comerciantes.

Para desarrollar dicho estudio se trabajó con un total de 90 empleados; 60 pertenecen al Centro Nacional de Reservaciones (TURISSSTE) ubicado en Paseo de la Reforma, de los cuales 30 laboran en el área administrativa y 30 se desempeñan como servidores públicos. Los 30 restantes son comerciantes que laboran en el mercado de San Angel.

La muestra es no probabilística de manera intencional y para determinar la actitud de estos sectores ante el SIDA se aplicó una escala tipo Likert que va de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, consta de 51 reactivos y mide 6 factores: 1) Sensualidad, 2) Mitos y creencias, 3) Fidelidad, 4) Hábitos sexuales 5) Temores y 6) Agresión.

Para el tratamiento estadístico de los resultados se utilizó el paquete SPSS para el análisis descriptivo y el estadístico de t de Student.

INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA es hasta la fecha incurable y mortal producido por el VIH, el cual es un virus que se instala en las células y permanece allí por años antes de manifestarse, razón por la cual el individuo infectado es capaz de transmitir la infección sin darse cuenta. Los estudios epidemiológicos señalan que la población contagiada va en aumento en México, ya que hasta marzo de 1995 se habían detectado 22055 casos de los cuales 18455 se registraron en hombres adultos y 3205 en mujeres.

A pesar de existir campañas informativas acerca de lo que es el SIDA y su forma de prevención, parte de la población desconoce el origen y consecuencias reales de esta enfermedad y asumen falsas ideas o mitos que conllevan a creer que es una enfermedad nueva y pasajera. Pero sin duda, aunque en la década de los 80's la ciencia le otorgó un mayor interés sus orígenes datan de años atrás.

Esto queda plasmado en las investigaciones de algunos médicos en los años 70's que observaron síntomas extraños en sus pacientes los cuales hasta ese momento no eran considerados como una entidad nosológica especial.

De esta misma manera, en Zaire, 1976 una secretaria de 34 años de edad presentó síntomas similares tales como: infecciones respiratorias, fiebre y diarrea (Valdespina, 1989). Esto desconcertó también al Dr. Joel Wersman cuando en 1979 observó adelgazamiento, tumoinfecciones linfáticas, lapsos febriles y diarreas en algunos de sus pacientes que en su gran mayoría eran homosexuales.

En 1981, fueron hospitalizados cinco personas homosexuales con similares características. A partir de este momento la población manifestó cierto rechazo hacia los homosexuales, ya que eran en su mayoría los que habían presentado esta enfermedad, causando así alarma tanto a nivel médico como en la población en general. Seis meses después Lawrence Altman, cronista médico del New York Times, con base en las declaraciones de los doctores Friedman, Kien y Curran (1991), publicó un artículo el cual tituló "Cáncer raro observado en 41 homosexuales" en el cual se hablaba de los casos que se conocían hasta ese momento.

Mas tarde el Center of Disease Control (Centro de Control de Enfermedades) de Atlanta anunció la existencia de 108 hombres jóvenes, tanto homosexuales como bisexuales; al ver que el mayor número de casos eran de homosexuales se denominó a esta enfermedad como *Neumonía Gay, Cáncer Gay o Peste Gay*.

Hasta 1982 dicha enfermedad fue bautizada como SIDA y se hablaba de grupos de riesgo: homosexuales, heroinómanos, hemofílicos, haitianos, fue entonces que se clasificó como el grupo de las "4 H".

Fue hasta 1981 que aparecen los primeros casos de SIDA en México y hasta 1983 se informó de su presencia a través de los medios masivos de comunicación; ante esto se reforzó la Ley General de Salud, desarrollándose criterios y normas contra la atención de dichas situaciones y definiéndose al SIDA como: **una enfermedad grave, mortal, caracterizada por un retrovirus que ataca específicamente al sistema inmunológico.**

El SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y se transmite de persona a persona adquiriéndose el virus VIH de la enfermedad; este ataca principalmente al sistema inmunológico encargado de detectar, rechazar y proteger al cuerpo de agresiones por gérmenes dañinos y de mutaciones peligrosas; como son algunos tipos de cáncer. Este sistema está formado por un grupo especial de glóbulos blancos que están circulando en la sangre llamados linfocitos, de los que existen dos tipos: los T (que atacan directamente) y B (realizan la formación de anticuerpos).

Dada esta difusión por los medios masivos, surgió de parte de la población un mayor interés por lo que era preciso brindar una información adecuada. Ante esta situación se creó CONASIDA en 1987 como un organismo de registro, control y prevención del SIDA; a partir de ese momento sus actividades se encaminaron a proporcionar información, realizar campañas preventivas, exámenes clínicos y apoyo psicológico, entre otras.

Como uno de los primeros pasos, este organismo dió a conocer las formas principales de contraer el SIDA que a saber son:¹

1. Por vía sanguínea
2. Por vía sexual
3. Por vía perinatal

Así mismo hizo del conocimiento de todos algunos síntomas de esta enfermedad:

- Fiebre
- Sudoración nocturna
- Diarrea
- Pérdida importante de peso
- Cansancio
- Ganglios inflamados
- Alteraciones de la piel
- Pulmonía
- Tos

Cabe aclarar que no por el hecho de que alguien manifieste alguno de estos síntomas es indicio de presentar el SIDA como tal, ya que puede tratarse de alguna otra enfermedad. Es este un motivo por el cual surge el rechazo hacia la enfermedad y las personas suelen crear falsas alarmas de contagio, tales como:

- Considerar la transmisión del virus por saliva o lágrimas

¹ Folleto informativo de CONASIDA y Comisión Nacional de Derechos Humanos.

- Por contacto ocasional como saludarse de mano
- Por piquetes de insectos
- Evitar el uso de los mismos objetos (platos, vasos, cubiertos, teléfono, etc)

Ante estas y otras actitudes se ha desarrollado un intenso trabajo de prevención, entendiéndola como una preparación o disposición que se toma para evitar algún peligro.

Dentro de la prevención existen tres niveles: 1) en primer lugar esta la **información**, es decir, tener conocimiento veraz respecto a los mecanismos por los cuales se transmite el VIH; 2) al conocer las conductas involucradas, se debe **evitar participar** en ellas y 3) de esta manera se desarrollan **acciones de prevención específicas** ante los diferentes mecanismos de transmisión. Es de esta manera que, para evitar el contagio de una persona a otra, es importante tomar en cuenta la información como un medio adecuado para llegar a la población.

Dicha información se puede obtener a través de los medios masivos de comunicación, además de instituciones como CONASIDA. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que cada sociedad integra en su cultura elementos contradictorios a la hora de hacer prevención, originando así que esta no cumpla con el objetivo; desarrollándose además obstáculos culturales para la prevención del SIDA siendo el miedo el principal obstaculizador, provocando así:

- que el portador se oculte
- que la comunicación segregue al portador
- que cada individuo niegue sus conductas de riesgo

Además de otros obstáculos que impiden la prevención, como se menciona en el manual de prevención del SIDA 1992:

- Mitos de la fidelidad/pareja monogámica.
- Subordinación sexual de la mujer.
- Pasividad frente al "saber-autoridad" de las profesiones vinculadas al manejo del cuerpo humano.
- La excepcionalidad propia ante la enfermedad (omnipotencia como negación de la propia muerte).
- Estigmatización segregada de lo diferente.
- Prácticas fetichistas como vínculo de la solidaridad de grupo.
- Pérdida del propio cuerpo como objeto de atención, afecto y cuidado.
- Dificultad para relacionar contagio y enfermedad = dificultad para vincular placer y enfermedad.
- Dificultad para la recepción del mensaje preventivo.

No obstante todo lo anterior, la información es la herramienta principal para evitar la propagación del SIDA e inducir así a un cambio de actitud. Es aquí donde la Psicología debe intervenir para lograr este objetivo, ya que como señala De Miguel (1978) de forma un

tanto provocadora “No sería exagerado asegurar que durante este último siglo las ciencias sociales hayan contribuido a salvar más vidas que las ciencias médicas”.²

Es así como diversos organismos han contribuido a la prevención del SIDA mediante campañas informativas, preventivas y de orientación, tales como: organismos gubernamentales, no gubernamentales y conservadores.

De esta manera se ha hecho constar que es necesario hacer llegar la atención primaria a todas las personas, a todos los grupos, y de incluir a quienes con frecuencia son ignorados u olvidados en las estructuras de apoyo comunitario a los servicios sociales (incluyendo a los de agricultura, salud y educación). A menudo los ignorados u olvidados cuentan con pocas estructuras que les brindan apoyo; están en baja posición económica y social y consideran a la comunidad y a los servicios irrelevantes y hostiles. Estos son precisamente los grupos que más sufren de una salud precaria. (Gordon, Gill y Klouda, 1990)

Es por ello que en la sociedad actual, en la que estamos inmersos como trabajadores activos, surge la necesidad de hacer del conocimiento de todos la problemática real de lo que es el SIDA, abarcando aquellos grupos a los que hace referencia Gordon (1990), tales como los trabajadores operativos (servidores públicos, comerciantes, choferes, etc), e incluso los profesionistas; ya que el nivel de cultura en muchas ocasiones no implica que se posea el conocimiento adecuado y puede dar pie a información distorsionada de lo que es el SIDA, conllevando así a no tomar en cuenta la posibilidad de ser contagiado.

Dada esta posibilidad, en muchas ocasiones surgen problemas discriminatorios en el mundo laboral; por tal motivo es necesario dar a conocer en el ambiente de trabajo lo que es el SIDA y sus formas de contagio y recordar que la enfermedad por VIH tiene una evolución impredecible en cada caso, que durante un período largo el individuo afectado es exclusivamente un portador del virus. Por lo tanto, resulta absurdo separar de su actividad laboral a los afectados por VIH, más aun, su discriminación no disminuye de ninguna manera la diseminación de la infección, sino que favorece que sus portadores se aislen y eviten cualquier tipo de atención médica. La enfermedad por VIH debe ser considerada y tratada como cualquier otra enfermedad grave en lo que se refiere a confidencialidad, derechos a prestaciones y adaptaciones laborales.

Es así como surge el interés por realizar una investigación con trabajadores, ya que el 80% de la población con SIDA está en edad de trabajar (CONASIDA, 1995). Y si además tomamos en cuenta las estadísticas de CONASIDA observamos que de acuerdo a la distribución por rama de ocupación y sexo, la tasa más alta por millón de habitantes se presenta en empleados administrativos con 2951 casos, en trabajadores públicos con 2589 y en comerciantes y dependientes con 1551 casos. De los casos acumulados, la mayor proporción se ubica en el grupo de 25 a 34 años con 39.9% en donde la mayor tasa de incidencia por millón de habitantes se encuentra en el D.F. con 753.

² De Miguel 1978, extraído de Piña, J. 1994

Hasta el 1° de marzo de 1995 se ha notificado un total de 18455 casos en hombres adulto y 3205 en mujeres, haciendo un total de 22055 de los cuales 12716 han fallecido (57.7%), continúan vivos 7703 (34.9%) y se desconoce la evolución de 1636 (7.4%).

Las instituciones que han notificado la existencia de casos registrados son: SSA con 11049 casos (50.1%); el IMSS ha notificado 7192 casos (32.6%); 2247 casos (10.2%) han sido notificados por otras instituciones y el ISSSTE ha notificado 1567 casos (7.1%).³

Por tal motivo es necesario conocer la actitud de esta población con respecto al SIDA y determinar así programas de prevención que puedan interesar a esta población evitando que aumente aun más el número de contagios por VIH.

³ Boletín Mensual, SIDA/ETS. Marzo, 1995.

CAPITULO 1
SINDROME DE INMUNODEFICIECIA
ADQUIRIDA

CAPITULO I

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SIDA

A lo largo de la historia de la humanidad, las enfermedades han tenido un papel especial en el desarrollo de las sociedades. Algunas epidemias han sido superadas por los avances en el conocimiento y por disposición de técnicas para prevenirlas o erradicarlas (Viruela, poliomelítis), otras han persistido después de siglos (lepra, tuberculosis) y algunas mas han surgido como condiciones nuevas, tal es el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que parece tener su origen desde años atrás. El virus que originaba esta enfermedad se asoció con la sexualidad, ya que los primeros casos de contagio se dieron a través de la vía sexual; a partir de este momento se relacionó virus-homosexuales puesto que estas personas fueron las primeras en presentar la enfermedad. Esto se fundamentaba en las investigaciones del Dr. Joel Weisman, que en 1979 observó un incremento en sus pacientes homosexuales con síntomas de adelgazamiento, lapsos febriles y tumofacciones linfáticas, así como diarreas. Evidentemente este cuadro clínico tenía que ver con una falla del sistema inmunológico.

Los expertos norteamericanos llegaron a la conclusión de que se debía a una disfunción de la inmunología celular y que predisponía a los individuos a infecciones oportunistas, que por lo general no se manifiestan en personas sanas; pero en pacientes con SIDA si causan enfermedades ocasionando complicaciones más graves y llegando en ocasiones a la muerte, aprovechando la incapacidad del organismo para defenderse.

En marzo de 1980 un joven homosexual neoyorkino manifestó una infección sumamente molesta que dejó perplejos a los médicos: agotamiento, adelgazamiento, periodos febriles y una lenta consumación de todo el organismo, sin signos específicos. En ese mismo año aparecieron 8 casos de homosexuales con Sarcoma de Kaposi (enfermedad tumoral que se presentaba, antes de la epidemia del SIDA, solamente en personas de edad avanzada que afectaba principalmente las extremidades, y que predominaba en ciertas regiones de Africa).

En 1981 médicos de Nueva York Dana Midmwan y Daniel Williams, expresaron la sospecha de una nueva enfermedad que había matado principalmente a los homosexuales destruyendo sus defensas inmunológicas. Dándose así una señal de alarma tanto a nivel médico como a la población en general. Esto provocó cierto rechazo hacia los homosexuales, puesto que eran los únicos que hasta ese momento presentaban la enfermedad.

A mediados de ese mismo año Laurence Altman, crónista médico del New York Times, con base en las declaraciones de los doctores Friedman, Kien y Curran (1981) publicó un artículo

el cual tituló "Cáncer raro observado en 41 homosexuales", en dicho artículo se hablaba de los casos que se conocían hasta ese momento. Fue en ese mismo año cuando los C.D.C. (Centro de Control de Infecciones) de Atlanta, anunciaron la existencia de 108 hombres jóvenes tanto homosexuales como heterosexuales, denominándose a la enfermedad como Neumonía Gay, Cáncer Gay o Peste Gay. A partir de ese año se empezaron a usar siglas de apariencia más científica: GRIP "Gay Related Inmuno Deficiency".

Paralelamente en este año aparecieron en México los primeros casos de SIDA.

En 1982 y 1983 el número de infectados aumentó, y en el mundo occidental fueron los grupos homosexuales los que se vieron fuertemente rechazados al igual que los Haitianos. Esto se debió a que los países occidentales culparon a África de ser el foco de infección del SIDA, así como los hemofílicos y heroínómanos. Debido a esto los epidemiólogos norteamericanos en 1982 llamaron a este grupo el Club de las 4 "H". (Homosexuales, Hemofílicos, Haitianos y Heroínómanos).

Sin estar plenamente identificada dicha enfermedad y con base en los síntomas que se conocían hasta ese momento, en septiembre de 1982 se le reconoció como una nueva enfermedad denominándosele SIDA, y definiéndose de la siguiente manera:

SIDA

Es una enfermedad infecciosa nueva, contagiosa y prevenible universal, en la actualidad incurable y mortal, que afecta las defensas del organismo, favoreciendo la aparición de infecciones graves y cánceres raros; constituyendo a la fecha, un grave problema de salud pública y a la vez una pandemia.¹

Las siglas quedaron constituidas con los siguientes conceptos:

S = Síndrome
I = Inmuno
D = Deficiencia
A = Adquirida

SINDROME: Hace referencia a un conjunto o serie de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad.

INMUNO: Se refiere a la capacidad de defensas que tiene o que desarrolla el cuerpo contra los agentes extraños, como astillas, células cancerosas, sustancias tóxicas o agentes infecciosos como virus, bacterias, hongos o parásitos.

DEFICIENCIA: Implica que tenemos muy poco de algo que necesitamos, en el caso del SIDA la deficiencia es inmunológica (Deficiencia en las defensas). Al debilitarse el sistema

¹ SIDA Manual de Trabajo para Capacitadores. S.S.A. México, 1990.

inmunológico no puede defender a nuestro organismo de las infecciones por lo que la persona queda a expensa de estas.

ADQUIRIDA: Se refiere a algo que conseguimos u obtenemos después de la fecundación; puede ser mientras estamos en el útero, después de que el óvulo y el espermatozoide se han juntado y empieza a formarse el producto, o después del nacimiento. En el caso del sida, la **INMUNODEFICIENCIA** no es hereditaria, sino que se adquiere en algún momento del desarrollo. Incluso, para adquirir SIDA in útero, es preciso que la madre se infecte en alguna parte del embarazo o ya lo estuviera antes.

A mediados de 1983 investigadores del Instituto Pasteur en Paris, dirigidos por el Dr. Lucio Montagnier aislaron un retrovirus de un varón homosexual, con Linfadenopatía generalizada y persistente. Después en América el Dr. Roberto Gallo anunció que en varios centros se había aislado un nuevo retrovirus en personas con SIDA el problema era que no lo pudieron desarrollar en cantidades suficientes ni retrotransmitir su reproducción y su transmisión a otras células para poder compararlo y saber si era lo que originaba el SIDA.

Mientras esto sucedía en Francia, en México grupos no gubernamentales como Colectivo Sol, GOHL, FIGHT, y otros manifestaron su preocupación en los medios masivos dándose pie al cierre de bancos de sangre; mismos que en su gran mayoría trabajan de manera ilícita.

Para el año de 1986 la OMS propone el nombre de Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH).

A partir de 1986 en México había un mayor conocimiento de esta enfermedad debido a que el gran número de casos aumentaba como una ola sin límites, esto llevó a la integración del Comité para el Control y Prevención del SIDA (CONASIDA), el cual trabajaba con un grupo multidisciplinario. En mayo se modificó la Ley General de Salud, estableciendo como obligatoria la prueba de Detección del VIH-1 en toda sangre que se transfusiera.

En noviembre de 1986, se estableció la vigilancia epidemiológica.

En Abril de 1987 se abre el primer Centro de Información sobre el SIDA, en mayo se establece como obligatoria la notificación inmediata de los casos de SIDA. Se diseña y sale al aire la primera campaña sobre el SIDA en los medios masivos.

En 1988 muchas acciones desde grupos no gubernamentales se consolidaron, participando así la Sociedad Civil en la lucha contra el SIDA, en Agosto de este año, CONASIDA adquiere su personalidad Jurídica como Consejo, se crea el Centro Regional de Intercambio de Documentación e Información sobre SIDA (CRIDIS).

En julio de 1989, se inaugura TELSIDA, como la línea telefónica nacional de información y asesoría sobre el VIH/SIDA y se establece un programa de mediano plazo para el periodo 1990-1994.

Desde el punto de vista de las Autoridades Sanitarias sobre las estrategias para enfrentar una enfermedad como el SIDA.²

- 1.- Plantea que el virus ataca a ciertos grupos antes que a otros y que la protección de la Sociedad se tomará contra estos grupos.
- 2.- Considera al VIH el enemigo a vencer y que la acción sanitaria de la sociedad implica a todos sus miembros.

1.2 AGENTE INFECCIOSO (VIH) Y SUS CARACTERISTICAS

Habiendo al presente diferentes rumores respecto a la causa del SIDA, que van desde elementos contaminados hasta la edad o estrés, es necesario conocer el verdadero agente causal del SIDA, y sus características, un virus -el cual se define como un ser viviente, muy pequeño, que no puede distinguirse con el microscopio de luz- en contraste con las bacterias, siendo uno de los agentes infecciosos más pequeños que se conoce.

Los virus se caracterizan por:

- a) Necesitar hospedarse en un organismo vivo (huésped) para sobrevivir.
- b) Requerir para su duplicación encontrarse en una célula viva
- c) Ser poco resistentes a los agentes físicos (calor, frío, sequedad, humedad, etc.) y a los agentes químicos (desinfectantes).
- d) Para penetrar a la célula viva donde se van a alojar necesitan que ésta célula contenga receptores específicos con los cuales se une el virus, y de esta manera puedan entrar a la célula.

Es así como el virus de la inmunodeficiencia adquirida humana (VIH), se hospeda en los seres humanos siendo pues el hombre, el único organismo huésped; no atacando al parecer a ningún otro animal.

Como ya se mencionó, todo virus para sobrevivir, requiere hospedarse en una célula viva. Las células en las que se aloja el virus de la inmunodeficiencia adquirida son los linfocitos; éstos son un tipo de células o glóbulos blancos que se localizan en el sistema inmunológico (el cual se encarga de defender al cuerpo humano de los agentes extraños, de una manera específica).

El sistema inmunológico está compuesto por una serie de células especializadas que no tienen una localización precisa, se distribuyen en todo el organismo y patrullan permanentemente.

² Guía de Orientación para Informadores VIH/SIDA. CONASIDA, 1994.

Existen dos grandes familias de linfocitos, los linfocitos T y los linfocitos B, que actúan de diferente manera.

Dentro del grupo de los linfocitos T se encuentran los linfocitos T4, que actúan como directores de orquesta en las operaciones de defensa, y por ello, desempeñan un papel de suma importancia. Cuando un germen invade el organismo es "reconocido" por los linfocitos T4 que dan la señal de alerta y reclutan a los linfocitos T y B para la lucha. Los linfocitos T atacan directamente a los invasores.

Los linfocitos B producen unas sustancias llamadas anticuerpos, que atacan al microbio y lo destruyen. Estos anticuerpos son específicos para cada microbio; su presencia en el organismo indica que éste ha estado con el microbio en cuestión. "La detección de anticuerpos contra el SIDA, es la base de las pruebas serológicas del SIDA".

Como los demás virus, el VIH no puede sobrevivir de forma independiente. Sólo puede sobrevivir en el interior de una célula y tiene la temible particularidad de atacar preferentemente a los linfocitos T4, directores de las defensas inmunitarias. Así, paraliza progresivamente el sistema antes de que este haya tenido la posibilidad de organizar sus defensas.

El virus infecta también de forma crónica otra variedad de glóbulos blancos; los macrófagos. Estos tienen un papel importante en la inmunidad (son los responsables, en especial, de la Fagocitosis) además son las primeras células del organismo que entran en contacto con el virus y con los demás elementos invasores.

1.3 NATURALEZA Y ORIGEN DEL VIH

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus en donde existen tres subgrupos:

Oncovirus: producen tumores malignos en hombres, tales como: linfomas y leucemias, y en animales producen sarcomas y carcinomas.

Espumavirus: no asociados aún con patologías.

Lentivirus: originan patologías degenerativas de evolución prolongada en animales y hombres. A los lentivirus pertenecen, entre otros, el VIH-1, VIH-2 y el VIS (Virus de Inmunodeficiencia de Simios); los dos primeros infectan al hombre y el tercero al mono, siendo los tres derivados de un mismo antepasado. El VIH-1 y el VIH-2 adquirieron durante su evolución un tropismo específico para los linfocitos T4 del hombre. No así los lentivirus de animales, quienes no lo adquieren.

El origen del VIH sigue siendo un misterio. Los estudios serológicos en retrospectiva, indican serología positiva en Zaire (África) en los años 70, pero no antes, de manera que el origen africano no ha podido determinarse. Se hacen hipótesis en el sentido de que el VIH-1 haya existido en forma esporádica en poblaciones pequeñas y por accidente haya llegado a grupos, que por su comportamiento sexual o por sangre, hayan hecho este virus epidémico.

De momento no se conoce un virus semejante al VIH-1, es decir es único; mientras que el VIH-2 es sumamente parecido al virus de inmunodeficiencia de simios, lo que sugiere que el VIH-2 pudo haber pasado de un virus del mono (mono verde) al hombre.

La difusión de estos virus es totalmente diferente. El VIH-1 se ha extendido a nivel mundial y posiblemente provenga de Africa Central (hipótesis no comprobada) de donde pudo haber emigrado a América del Norte y Europa y de allí a todos los países.

El VIH-2 actualmente se restringe a las naciones de Africa Occidental. Al principio se creyó poco patógeno, sin embargo hoy se sabe que origina las mismas patologías que el VIH-1, incluyendo encefalitis.

Existen pues varias teorías con respecto al origen del virus del sida, entre ellas encontramos:³

1. Posiblemente se creó en un laboratorio como parte de la guerra virológica.
2. Se cree que se escapó de un laboratorio donde se estudiaba un tratamiento para el paludismo.
3. Señala que el mono verde de Africa posee dicho virus, mismo que se le transmitió al hombre hace 40 ó 100 años, adaptándose a su organismo hasta afectarlo.

Las dos primeras teorías se desechan por falta de evidencias, aceptándose como posible la tercera por tres razones:

- 1 La semejanza estructural del virus del mono verde y el que afecta al hombre.
- 2 Las cepas (tipos) mas antiguas del virus se encuentran en la misma zona en que habita el mono verde.
- 3 Los casos más antiguos de la enfermedad se encontraron en la misma zona.

Dado que el virus infecta fundamentalmente los linfocitos, las concentraciones más elevadas de este virus estarán en los fluidos orgánicos que contienen este tipo de células, tales como la sangre, el semen y las secreciones vaginales.

A la vez es importante destacar que el virus del SIDA sobrevive muy poco tiempo en el organismo; ya que es muy sensible al calor pues no sobrevive por arriba de los 60°C; por este motivo para infectar al organismo, el virus debe penetrar en su interior y entrar en contacto con la sangre del individuo expuesto.

³ Guía de Orientación para Informadores. VIH/SIDA. CONASIDA. 1994.

1.4 VIAS DE TRANSMISION

Dado los rumores y creencias equivocadas, respecto a como puede ser adquirido el SIDA, así como la falta de información respecto a los mecanismos a través de los cuales se contagia, es fundamental que se tenga de manera más clara, cómo sí puede contagiarse y cómo no.

Recordemos que una de las características del VIH, por ser un virus, es que necesita de un organismo vivo para sobrevivir, y lo hace principalmente en los linfocitos, que se encuentran en grandes concentraciones en:

Sangre
Líquido Preeyaculatorio
Semen
Fluidos Vaginales
Leche Materna

Por lo tanto las vías de transmisión que se han descrito son:

- a. Sanguínea
- b. Sexual
- c. Perinatal

Hasta la fecha no se ha demostrado ningún caso de transmisión por otra vía. Si bien el virus se ha aislado de otros líquidos corporales como la saliva, sudor, lágrimas, orina, líquido cefalorraquídeo, éste se ha encontrado en cantidades demasiado pequeñas para que pueda contagiar. Además, por estar fuera de la célula (virus libre) se ha inactivado rápidamente

El SIDA es denotado como una enfermedad infecto-contagiosa ya que:

- a. Es causada por un agente infeccioso: el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- b. Es adquirido por el contacto con un individuo afectado.
- c. Una vez que la persona se ha infectado puede transmitir el virus, a su vez, a una tercera.

Cabe denotar que la persona no adquiere la enfermedad si no al virus que la produce, pudiendo desarrollarla posteriormente, a raíz de que ha sido contagiada por el VIH. Así pues se contagia el VIH que la causa pero no la enfermedad (SIDA).

El mecanismo a través del cuál un organismo se pone en contacto con un agente infeccioso, contagiándose con el , implica todo el proceso de transmisión, desde el reservorio - donde se haya el agente- hasta que termina por alojarse en las células del huésped.

Por tal motivo se puede decir que el mecanismo de transmisión del VIH ocurre de la siguiente forma:⁴

1. El agente (VIH) se aloja en una persona, convirtiéndola en reservorio o fuente infectante.
2. Esta persona o fuente infectante porta el virus en su sangre, semen o secreciones vaginales y leche materna.
3. Estos líquidos corporales son vehículos de transmisión del VIH. Si estos líquidos salen del reservorio, a través de una herida en la piel o en la mucosa interna, por la vagina (secreciones vaginales) o el orificio del pene (semen),
4. Pueden entrar a otro organismo, a través de una transfusión con sangre infectada, durante la relación sexual cuando la pareja está infectada o durante el embarazo a través de la placenta cuando la madre está infectada.
5. El virus que viaja en los linfocitos de estos líquidos, se aloja en los linfocitos de los líquidos del huésped, infectándolo a su vez.

De esta manera recordemos que la transmisión del SIDA se da a través de tres vías:

Vía Sanguínea

Implica ponerse en contacto con sangre contaminada por medio de:

- Transfusiones con sangre contaminada, o sus derivados.
- Trasplantes.
- Agujas y/o jeringas contaminadas.
- Objetos punzocortantes contaminados.

Antes de mayo del 86 no existía un control adecuado con respecto a la donación de sangre. Es a partir de esta fecha que se rige el control sanguíneo y por lo tanto se puede estar seguro de que la sangre está analizada, si el paquete que la contiene presenta la etiqueta verde fosforescente que garantiza estar libre de sífilis, hepatitis B y SIDA.

Vía Perinatal

El nivel de riesgo a través de esta vía es del 13 al 32% pudiendo ser:

- Durante el embarazo, a través de la placenta o cordón umbilical.
- Durante el parto por contacto con sangre o fluidos vaginales.
- Después del parto por medio de leche materna.

⁴ Op. cit.

Anal:

Durante el coito por vía anal es más frecuente que se den rupturas y heridas ya que la membrana del ano es más delgada y más frágil y, por lo tanto, se rompe o se rasga con mayor facilidad que la pared de la vagina que es más gruesa y protectora. Por esta razón, la transmisión del VIH por el coito anal presenta un mayor riesgo debido a que:

- Ni el ano ni el recto están preparados para recibir una penetración.
- Cualquier práctica que favorezca la producción de laceraciones como es el uso de lavados intestinales, la introducción de objetos sexuales o dedos, o la presencia de hemorroides favorece la infección, ya que estas lesiones pueden ser posibles vías de entrada o salida del virus.
- La presencia en la mucosa del recto y el ano de células que favorecen la entrada del virus

La vía de transmisión sexual es la más común en nuestro país, por lo tanto es sumamente importante hablar de la posibilidad de evitar la penetración, no limitando la sexualidad a los genitales.

Oral:

Se da a través de la falta de barreras protectoras y con la presencia de los líquidos contaminantes. La mucosa bucal no es receptora del virus pero la existencia de heridas en la boca, con frecuencia en las encías, puede ser vía de entrada y salida del virus.

En conclusión, a la fecha, estas son las tres únicas vías que se han determinado, por lo que no se puede transmitir por contacto casual, esto se refiere cuando dos personas se relacionan, ya sea directa o indirectamente como serían las siguientes:

- Compartir alimentos
- Saludar de mano
- Compartir instalaciones sanitarias o albercas
- Compartir utensilios de cocina (vasos, platos, cubiertos, etc.)
- Compartir el mismo sitio de trabajo
- Compartir transporte
- Abrazarse

1.5 SINTOMATOLOGIA

Una vez que se tiene el conocimiento de las vías es necesario mencionar los síntomas o manifestaciones primordiales que delatan a esta enfermedad. Es importante para ello recordar que debido a que el espectro clínico de la infección por VIH es muy amplio, para esquematizarlo, los CDC (Centros para el Control de Enfermedades) de Estados Unidos lo han clasificado en cuatro etapas:

Etapa Inicial

El momento en que el VIH penetra la organismo no es detectable por cuadro clínico ni por estudios de laboratorio. Sin embargo entre 10 y 15% de los pacientes presentan síntomas algunas semanas después. Al conjunto de estos se les denomina infección aguda por VIH y se caracteriza por:

- Crecimiento de los ganglios en diversas partes del cuerpo.
- Malestar general (dolores musculares y articulares, falta de apetito, apatía).
- Fiebre y dolor de cabeza.
- En ocasiones artritis y exantemas (reacción en la piel con formación de manchas y ronchas).

Habitualmente, la sintomatología cede espontáneamente dos o cuatro semanas después de haber iniciado, sin dejar secuelas, salvo, en algunos casos, el crecimiento ganglionar.

Periodo de infección asintomática

Independientemente de que hayan presentado un cuadro de infección aguda o no, todos los pacientes infectados por VIH pasan por una etapa en la cual no tienen ninguna manifestación clínica y en ellos la infección es detectable mediante pruebas serológicas.

El hecho de que un paciente seropositivo se encuentre asintomático, no quiere decir que no pueda transmitir el virus a otras personas o que no este sufriendo un deterioro en su sistema inmunológico.

Linfadenopatía generalizada persistente

El término linfadenopatía se refiere a la enfermedad en los ganglios linfáticos, que habitualmente se manifiesta por crecimiento, dolor y cambios en la consistencia de los mismos al tacto. Estos ganglios son parte del sistema inmunológico.

Para poder decidir que un paciente tiene esta forma de enfermedad, se requiere: 1) que tenga una prueba de anticuerpos contra VIH positiva; 2) que tenga crecimiento ganglionar (con ganglios mayores a 1cm.) en por lo menos dos regiones anatómicas (exceptuando ingles), de ahí el término generalizado, y que persista durante más de un mes.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Después de un periodo previo asintomático (o con síntomas mínimos), el equilibrio entre las subpoblaciones de linfocitos se pierde y el sistema inmunológico no puede contener la aparición por gérmenes oportunistas, y/o el desarrollo de tumores malignos. Al mismo tiempo aparecen manifestaciones clínicas de daño directo, extenso e irreversible, producido por el VIH en algunos tejidos, particularmente del SNC.

Dado que el VIH afecta a las células del sistema inmunológico, provoca una baja en las defensas del organismo, haciendo que se presenten manifestaciones específicas como son:

- a) Síndrome de desgaste (desgaste físico)
 - pérdida de peso del 10 al 15% del peso total, en menos de 1 mes.
 - Fiebre, principalmente nocturna de más de 39°C. por más de 1 mes.
 - Diarreas con 5 ó más evacuaciones líquidas o semilíquidas al día por más de 1 mes.
 - Debilidad o cansancio.

- b) Infecciones oportunistas graves y de difícil tratamiento o recurrentes y en diferentes partes:
 - En boca: en encías (gingivitis), algodoncillo (candidiasis).
 - En pie: Infecciones por herpes o causadas por hongos (micosis).
 - En vías respiratorias: Tuberculosis o Neumonía causada por la pulmonía.
 - En vías digestivas: Cuadros diarreicos causados por una gran cantidad de microorganismos.
 - En ojos: Daños provocados por el virus como el Citomegalovirus, causante de ceguera irreversible.

- c) Síndromes Neurológicos, alteraciones físicas o cambios en el comportamiento del individuo:
 - Físicos: Falta o aumento en la sensibilidad de alguna parte del cuerpo, convulsiones o incapacidad de movimiento.
 - De conducta: Cambios repentinos de carácter sin razón aparente, pérdida de la memoria y finalmente de la razón.

 - Neoplasias secundarias (cánceres):
El paciente con SIDA puede presentar con cierta frecuencia uno de los dos tipos de cánceres: Sarcoma de Kaposi (cáncer en vasos sanguíneos), que afectan principalmente la piel y la mucosa como las de la boca, y el Linfoma, que es un cáncer del tejido linfático (ganglios o cadena de ganglios, vasos, etc.)

1.6 EPIDEMIOLOGIA EN MEXICO

A pesar de los esfuerzos mundiales para controlar el SIDA, actualmente -de acuerdo al Boletín Mensual SIDA/ETS. Año 9, número 3- se infectan por VIH en el mundo 5000 personas al día; se estima que existen 10-15 millones de personas infectadas con el VIH y un millón de enfermos de SIDA. Para el año 2000 se estima que en todo el mundo existirán 30-40 millones de personas infectadas con el VIH y 10-15 millones de enfermos de SIDA. El mayor crecimiento de la epidemia en la última década del siglo se espera en Africa, Asia y Latinoamérica.

Si tenemos en cuenta el continente americano, México ocupa el tercer lugar en número total de casos de SIDA, después de E.U y Brasil, pero a nivel mundial ocupa el 12vo. lugar en cuanto a casos registrados.

De acuerdo a las estadísticas de CONASIDA durante el primer semestre de 1995, los sectores trabajadores con más casos registrados de SIDA se centran en tres de estos. En el primer lugar se encuentra el sector de Empleados Administrativos con 2908 casos en varones que equivale a un 18.4%, en cuanto a las mujeres se tiene una tasa de 192 con un 8.5%, haciendo así un total de 3176 casos. En segundo lugar encontramos al sector de Trabajadores de Servicios Públicos con 2589 casos en varones que abarca un 16.1% y en mujeres 138 casos 5.2%, que hacen un total de 2727 (14.6%). Y en tercer lugar se encuentran los Comerciantes y Dependientes con 1551 casos en varones y 86 en mujeres lo que da un total de 1637 casos (8.7%).

De acuerdo a la distribución por rama de ocupación y sexo, la tasa más alta por millón de habitantes se presenta en varones trabajadores de Servicios Públicos con 2397. De los casos acumulados, la mayor proporción se ubica en el grupo de 25 a 34 años con un 39.9%; en donde la mayor tasa de incidencia por millón de habitantes se encuentra en el D.F con 753 casos (en donde uno de cada 1328 habitantes tiene SIDA o ha fallecido por este padecimiento).

Hasta el 1ero. de marzo de 1995 se ha notificado un total de 18455 casos en hombres adultos, 3205 en mujeres, haciendo un total de 22055 de los cuales 12716 han fallecido (57.7%), continúan vivos 7703 (34.9%) y se desconoce la evolución de 1636 (7.4%) casos.

Las instituciones que han notificado la existencia de casos registrados son: S.S.A con 11049 casos (50.17%), el I.M.S.S ha notificado 7192 casos (32.6%); 2247 casos (10.2%) han sido notificados por otras instituciones y el ISSSTE ha notificado 1567 casos que corresponde a un 7.1%.

CAPITULO 2
PREVENCION Y SIDA

CAPITULO II

PREVENCION Y SIDA

2.1 ALGUNAS ALTERNATIVAS DE PREVENCION

Dado el pesimismo que se ha extendido en muchos sectores de la población debido a la falta de interés hacia la información para prevenir el SIDA y porque también es considerada hasta la fecha como una enfermedad incurable y mortal, se hace necesario dar a conocer las posibilidades que se presentan para combatirlo; promoviendo la participación activa de dichos sectores en la lucha contra el SIDA.

Hasta el momento no podemos abatir la enfermedad pero sí podemos alterar su curso por medio de la prevención y disminuir así el índice de contagio. Para tal propósito CONASIDA menciona tres niveles preventivos:

1. Información, esto es, tener conocimiento veraz respecto a los mecanismos por los cuáles se transmite el VIH.
2. Evitar conductas de riesgo, es decir, en el caso del SIDA cualquier práctica en la que se pongan en contacto líquidos corporales (sangre, semen y secreción vaginal) de una persona sana con una enferma tales como:
 - a) Contacto anal o vaginal, en donde se produzcan heridas que permitan que los líquidos corporales entren en contacto.
 - b) Compartir jeringas y agujas utilizadas por una persona infectada.
3. Desarrollar acciones de prevención específicas ante los diferentes mecanismos de transmisión los cuales son:
 - a) Sanguíneo
 - Transmisión de sangre y sus derivados, contaminados por el VIH.
 - Uso de jeringas y agujas contaminadas por el VIH.
 - b) Perinatal
 - Transmisión del VIH al bebé en el útero, por vía placentaria.
 - Durante el parto, porque el producto entra en contacto con sangre infectada.
 - En la lactancia, a través de la leche materna.
 - c) Sexual
 - De hombre a mujer, de mujer a hombre o de hombre a hombre, a través del coito vaginal o anal, en los que el semen o las secreciones vaginales, infectadas por el VIH, entran al organismo sano.

Dentro de estos mecanismos de transmisión debe de quedar claro que pueden presentarse:

- Sin riesgo de contagio con el VIH (besos secos, abrazos)

- Con mediano riesgo para contagiarse (implica la posibilidad de intercambio de líquidos corporales -coito con uso de condón).

- Con alto riesgo (se refiere a un intercambio de líquidos corporales- coito sin uso de condón).

Es así como de igual manera debe señalarse que no toda relación sexual implica riesgo, ya que depende de la persona con quien se realice y el tipo de práctica sexual involucrada.

No existe riesgo si la relación sexual se da solamente con la pareja, siendo ambas personas sanas, es decir, no infectadas por el VIH, independientemente de las conductas sexuales que se practiquen o de que se use o no el condón. El riesgo se presenta si se tienen relación con parejas múltiples o con desconocidos, ya que no se puede saber si la o las personas están infectadas.

Por lo tanto, la estrategia de prevención no implica dejar de tener actividad sexual, sino analizar las diferentes prácticas sexuales, ubicar el grado de riesgo y evitar aquellas que impliquen un mediano o alto riesgo, así como determinar con quién se tienen.

De esta manera uno puede evitar contagiarse si:

1. Practica la abstinencia sexual, con la cual no correrá ningún riesgo de infectarse, o bien, de infectar a otra persona si ya lo está.

2. Mantener relaciones sexuales sólo con su pareja.

En el caso de que se tengan relaciones sexuales con desconocidos o con parejas múltiples la principal prevención requerirá:

- a) Evitar prácticas en las que se efectúe un intercambio de líquidos corporales.
- b) Practicar sexo seguro.
- c) Utilizar el condón.

3. Tomar en cuenta el sexo seguro, que engloba aquellas técnicas en las que no se realiza intercambio de líquidos corporales (semen, sangre y secreciones vaginales) evitando el riesgo de contraer el VIH.

4. Hacer uso del condón, que además de ser un método anticonceptivo, es una medida de protección para evitar la adquisición de enfermedades que se transmiten por contacto sexual, como la sífilis, gonorrea y el SIDA entre otras.

5. En cuanto al riesgo debido a la transfusión de sangre, en nuestro país desde 1987 la Ley General de Salud exige que, antes de ser transfundida, la sangre sea sometida a detección de anticuerpos anti-VIH, con la finalidad de que aquella que esté contaminada se elimine.

6. Para la donación de sangre, actualmente no existe un índice elevado de contagio ya que el equipo que se utiliza para ello es estéril, se usa una sola vez y es desechable.

7. Tomar en cuenta que el riesgo por uso de jeringas y agujas contaminadas es alto en personas adictas a drogas por vía intravenosa; por lo que se recomienda utilizar jeringas desechables.

Por ello, es necesario considerar que no existe ninguna vacuna contra el SIDA y que por tal motivo la prevención viene a ser el primer paso para evitar la propagación de esta enfermedad.

Así dado que el SIDA no se puede curar pero si se puede prevenir, es importante tomar en cuenta las campañas preventivas que contra el mismo se han llevado a cabo en nuestro país. Por tal motivo es conveniente mencionar que en México son el gobierno y la sociedad civil los sectores que llevan a cabo dichas campañas. El CONASIDA y las organizaciones llamadas no gubernamentales son las instituciones que hacen el trabajo de informar, capacitar, prevenir, otorgar tratamiento tanto médico como psicológico, etc., a la población en general con el objetivo de evitar un mayor índice de contagio.

2.2. CAMPAÑA PREVENTIVA GUBERNAMENTAL

El Consejo Nacional para prevención y control del SIDA (CONASIDA) fue creado a partir de la convocatoria emitida por la Organización Mundial de la Salud en 1985 y entró en funciones en febrero de 1986. En sus inicios el CONASIDA era un comité integrado por el ISSSTE, IMSS, PEMEX, DDF, la Secretaría de Salud, la Marina y el Ejército.

En 1987 debido a la duplicación del número de pacientes con SIDA, el entonces presidente de la república, Miguel de la Madrid, expide el primero de abril de ese año el Decreto de Reforma y Adiciones a la Ley General de Salud, y sienta las bases del programa gubernamental contra el Sida (Mejía, 1988). De esta manera se incluyeron en la Ley general de Salud los siguientes aspectos:

1. Se adicionó el SIDA a la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.
2. Se ordenó la notificación inmediata de los casos en que se detecta la presencia del virus del SIDA o de anticuerpos al mismo.
3. Se suprimió la posibilidad de obtener sangre procedente de personas que la proporcionan en forma remunerada.
4. Se incluyó como conducta ilícita específica el comercio de la sangre.
5. La realización obligatoria de pruebas para detectar sangre contaminada por VIH en todo el país.
6. Se formuló el Decreto de Reformas al Reglamento de la Ley General de Salud de Control Sanitario de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
7. Se publicó el Decreto por el que se creó el Consejo Nacional para la Prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Es así como en 1988, a través del decreto presidencial, se le otorga al CONASIDA la responsabilidad gubernamental de prevenir y controlar la epidemia a través de las siguientes funciones:

1. Diseñar el programa nacional para la prevención de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
2. Promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado en relación a la prevención y control del SIDA/VIH en México.
3. Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades nacionales y los gobiernos de los estados.
4. Establecer criterios en materia de investigación y capacitación.
5. Proponer al Consejo proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas.
6. Apoyar y realizar la difusión de información sobre prevención y tratamiento del SIDA.

Este organismo está integrado por un Presidente, un Consejo y un Patronato; a un nivel jerárquico inferior está el Coordinador general que es el Director General de Epidemiología y en forma asociada se integra la confederación de organismos no gubernamentales y de organismos donantes.

Las actividades del Consejo se dividen en dos ámbitos:

1. Comités técnicos: De Vigilancia Epidemiológica, Educación para la Salud, Bancos de Sangre, Aspectos Clínicos y Aspectos Jurídicos.
2. Comités académicos: De Anatomía Patológica, Perinatología, Aspectos Sociales, Modelos Epidemiológicos y Aspectos Psicológicos.

Asimismo, se cuenta con un director ejecutivo y tres jefaturas: Centros de Información, Educación y Capacitación y Centros Regionales de Documentación (CRIDIS). En forma paralela existen los Comités Estatales de Prevención y Control del SIDA (COESIDAS), que funcionan a nivel de las entidades federativas y son responsables estatales del programa de prevención y Control del SIDA. (CONASIDA, 1990).

Es en abril de 1987 cuando inicia CONASIDA su campaña de prevención como tal; por un lado, promueve el uso del condón y por otro comienza a brindar el servicio de información y apoyo por teléfono o "hot-line". En 1988 comienza a transmitir spots con dibujos animados en los cuales se indicaban las formas de transmisión y las maneras de prevenirlas. Estos comerciales fueron transmitidos en horarios nocturnos por televisión, de las 23:00 hrs. a las 01:00 hrs. A pesar de los horarios de transmisión los "spots" alcanzaron una gran audiencia, sin embargo los llamados grupos conservadores comenzaron a manifestarse fuertemente contra la campaña.

A principios de 1988 ya se tenía un spot en el que la cantante Lucía Méndez interpretaba su éxito "castígame" y exhortaba "no castigues a tu pareja, si vas a tener una relación usa el condón". La Secretaría de Salud también tenía filmados dos comerciales con

los cantantes Emmanuel y Guadalupe Pineda y en sus planes figuraba Juan Gabriel. Se dijo entonces que el público ya estaba preparado para recibir una campaña, según un estudio previo realizado por el Instituto Mexicano de Opinión Pública. Sin embargo, en los últimos meses del gobierno De la Madrid y en los primeros de Salinas, todo se suspendió. (Vera, 1989).

En el II Congreso Nacional sobre SIDA en noviembre de 1989 la Dra. Gloria Ornelas anuncio que se iniciaría con una campaña preventiva a partir del primero de diciembre de ese mismo año, cuyo escenario principal sería el metro de la Ciudad de México. Además se contaría con un stand permanente de información sobre SIDA en la estación la Raza. La campaña tuvo como slogan principal : "el SIDA no es cosa de suerte sino de vida o muerte" y tenía como referente al juego de la lotería, sin embargo se fue debilitando poco a poco y nuevamente un grupo conservador -Provida- influyó para que esto sucediera al demandar penalmente al Coordinador General de CONASIDA el Dr. Jaime Sepúlveda en diciembre de 1989, por inculcar en la juventud la promiscuidad al promover el uso del condón.

En 1990 se desarrollo el "Programa de Mediano Plazo para la prevención del SIDA, México 1990-1994"(pp59) cuyos objetivos generales eran:

1. Prevenir la transmisión del VIH en México.
 - 1.1. Prevenir la transmisión sexual.
 - 1.2. Prevenir la transmisión por sangre.
 - 1.3. Prevenir la transmisión perinatal.
2. Reducir el impacto de la infección por VIH en individuos, grupos y la sociedad en su conjunto en México.
3. Reducir la morbilidad y mortalidad asociada con la infección por VIH en México.
4. Unificar, coordinar y evaluar los esfuerzos nacionales (gubernamentales y no gubernamentales) y el apoyo internacional en el combate del VIH/SIDA en México.
5. Reforzar las infraestructuras claves que participan en el desarrollo del programa de prevención y control del VIH/SIDA.
6. Motivar la movilización social, la incorporación de las acciones en la atención primaria de la salud y la descentralización de las acciones.

Se crearon entonces spots para ser transmitidos en radio y televisión con un mayor número de impactos diarios; también se realizaron programas especiales en ambos medios de comunicación; se colocaron anuncios espectaculares tanto en el D.F. como en provincia a manera de refuerzos gráficos al igual que carteles laterales para el interior del Sistema de Transporte Colectivo Metro en la CD. de México.

Una vez concluido el Plan de Mediano Plazo (PMP), las autoridades de salud de México solicitaron la colaboración de la OPS para realizar una revisión externa de las actividades de prevención y control del VIH/SIDA. Como se menciona en el Informe CONASIDA 1994, el objetivo de esta revisión era establecer los logros hasta ese momento en cada uno de los objetivos desarrollados para el PMP. Así se mencionó que en cuanto a la prevención de la transmisión sexual, CONASIDA ha desarrollado una gran variedad de materiales educativos (folletos, videos, trípticos, etc..) y ha llevado a cabo actividades dirigidas a poblaciones y grupos específicos, tales como trabajadores del sexo comercial, adolescentes y homosexuales; además de que ha prestado servicio de diagnóstico y orientación a una población muy extensa.

En lo que se refiere a la prevención de la transmisión por sangre y hemoderivados, el apoyo institucional fue rápido estableciendo medidas de tamizaje de la sangre donada, la prohibición de la donación de sangre remunerada, la promoción de la donación altruista y el estímulo del uso racional de la sangre. De igual manera, para la vigilancia epidemiológica se creó un Registro Nacional de casos que gestiona el INDRE, así como un sistema de vigilancia epidemiológica del SIDA y el VIH con la producción de datos fiables y oportunos.

En cuanto a investigaciones sobre VIH/SIDA, CONASIDA ha abierto una línea de investigación sobre cambio de comportamiento que ha permitido valorar la magnitud de las poblaciones con comportamientos sexuales de riesgo y conocer las características de estos comportamientos; ya que la epidemia del VIH aunque hasta ahora se ha concentrado en el D.F., muestra ya un incremento en otras zonas rurales, por tal motivo CONASIDA también ha dado prioridad a la descentralización de las actividades de prevención y control mediante el impulso de los COESIDAS.

La revisión del PMP también tuvo como objetivo conocer las limitaciones y crear por lo tanto estrategias que puedan ser útiles para promover la prevención y control del SIDA en México, mismas que serán tomadas en cuenta para crear el "Programa de Mediano Plazo II" para los años de 1995-2000.

Sin duda, para lograr un avance importante en la prevención y control del VIH/SIDA se requerirá también de la voluntad política que tenga el gobierno para apoyar sin reservas la campaña de prevención que requiere nuestro país.

2.3 CAMPAÑAS NO GUBERNAMENTALES

Uno de los fenómenos que nos permiten hablar de un proceso de ciudadanía de la vida política nacional en nuestros días es sin duda la creciente presencia de organizaciones no gubernamentales (ONG), instancias civiles que reclaman el derecho de participar directamente en la toma de decisiones consideradas de interés público.

Aunque las primeras ONG datan del siglo pasado, es hasta la década de los 80 cuando se manifiestan masivamente en áreas de apoyo a indígenas, campesinos, mujeres, niños, ancianos, discapacitados, homosexuales y lesbianas, grupos tradicionalmente

desprotegidos por el poder institucional. Así mismo en los últimos quince años se hacen presentes en áreas básicas de salud, vivienda, abasto y educación, y también en otras de orden cívico como la defensa de los derechos humanos, la impartición de justicia y el derecho a la información.

El trabajo que realizan los grupos de voluntarios contra el SIDA es, desde hace más de diez años, insustituible. Agrupados en las llamadas organizaciones no gubernamentales de lucha contra el SIDA, estos activistas no solo se han ganado el reconocimiento institucional, sino que su labor ha sido de suma importancia para el control de la pandemia.

En sus inicios las ONG de lucha contra el SIDA no contaban con el apoyo social y gubernamental, su trabajo era menospreciado y su intervención era molesta para muchas instituciones. Después se les consideró como un trabajo complementario a la labor del gobierno en salud; ahora se reconoce que las ONG realizan tareas que el gobierno no podría llevar a cabo, Además de que estas organizaciones tienen la ventaja de fácil acceso a las comunidades de donde surgen y gozan de mayor confianza de las poblaciones específicas hacia su trabajo.

Las ONG que trabajan sobre SIDA han recorrido varias etapas, que van desde crisis hasta auge y crecimiento. De unas cuantas en 1984 se han llegado a crear más de sesenta diez años después; muchas de ellas han desaparecido en el recorrido, mientras que otras se han expandido a tal punto que manejan recursos comparables a los de un centro de salud. Están las que ayudan exclusivamente a los niños infectados, las que atienden preferentemente a las mujeres, las que ofrecen sólo capacitación y orientación a familiares y amigos de las personas afectadas, las dedicadas a la investigación social, las especializadas en cuidar enfermos, las que ofrecen servicios de salud como la prueba de anticuerpos o las que organizan bancos de medicinas y aquellas que dirigen su trabajo a grupos específicos como las trabajadoras sexuales y homosexuales.

Por estas características las ONG aceptan una división horizontal:

- a) Aquellas que ofrecen servicios exclusivamente sobre SIDA
- b) Aquellas que incluyen al SIDA dentro de un campo más amplio de acción

O bien una división vertical:

- a) Las organizaciones que promueven prácticas de sexo más seguro como el eje de sus intervenciones comunitarias.

Y las organizaciones conservadoras que siguiendo las directrices vaticanas insisten en el rechazo al condón, la abstinencia y la fidelidad como las únicas prácticas posibles contra el virus. De estas se hablará más adelante.

Como menciona el Consejo Técnico de la Letra S en su artículo "El control de la epidemia, ligado al futuro de las ONG", en el desarrollo de estas organizaciones se pueden destacar cuatro etapas:

1. Etapa de reacción y denuncia

Las primeras organizaciones surgen, como casi en todo el mundo, del activismo gay y se abocan principalmente a luchar contra la estigmatización de los enfermos y a denunciar la inacción gubernamental. Como señala Alfredo Hernández Higuera, director de Ser Humano, A.C. "el SIDA tomó desprevenidos a casi todos, pero debido a que se hizo presente primeramente como un problema de salud para los grupos gay, es en este sector en el que surgen las primeras organizaciones que no tenían como objetivo la atención al SIDA, pero que tuvieron que tomarlo como un nuevo elemento a abordar, más por necesidad que como un acto pensado" (García Duarte, Letra S, agosto 1995)

Esta etapa fue de enfrentamiento con las instituciones gubernamentales y contra el silencio institucionalizado. A esta situación, Rafael Alvarez del programa de atención a personas con VIH/SIDA del centro de Derechos Humanos menciona que "se veía con mucho recelo que alguien quisiera colaborar en una ONG de SIDA, y quien lo hacía de inmediato era tachado de andar en malos pasos" (et.al).

Esta fase se realizó de 1983, aparición del primer caso, hasta la creación del CONASIDA en 1988.

2. Etapa de crecimiento

En mayo de 1989, surge Mexicanos contra el SIDA Confederación de Organismos no Gubernamentales, que agrupa a 15 de ellas con sede en varios estados del país. Es el momento de auge de las ONG ligadas al SIDA y su trabajo se dirige principalmente a la defensa de los derechos humanos de las personas con VIH y a influir en las políticas gubernamentales trabajando de manera coordinada con el CONASIDA.

3. Etapa de depuración.

En esta tercera etapa desaparecen varias organizaciones, incluida la Confederación Mexicana Contra el SIDA. Es la fase de depuración y desarticulación del trabajo; arriban nuevos grupos más interesados en los financiamientos disponibles que en un trabajo real.

4. Etapa de crisis.

La etapa actual es de crisis organizativa y financiera, caracterizada por la debilidad institucional y la imposibilidad de pasar del voluntarismo a un trabajo más profesional. Para superar esta etapa es preciso vencer el ánimo competitivo entre las ONG y reemplazarlo por apoyo mutuo; de igual manera es preciso establecer la relación con el gobierno, en el entendido de que el enemigo común es el virus del SIDA. Asimismo el gobierno debe redoblar su apoyo a las ONG como afirma Carlos del Río, director de CONASIDA, "si hay ONG fuertes, hay CONASIDA fuerte y por lo tanto nos preocupa la desaparición e inmovilización de muchas ONG de SIDA afectadas por la crisis económica del país, ya que significa que hay menos gente luchando contra el SIDA". (El Nacional, agosto 1995)

Sin lugar a dudas, la existencia de ONG de SIDA en nuestro país ha conllevado a una mayor movilización para informar y por lo tanto prevenir el contagio de un mayor número de personas con el virus del VIH/SIDA. Por lo tanto uno de los aspectos más importantes es el hecho de que la existencia de estas organizaciones, no sólo constituye un contrapeso a las demandas de grupos conservadores sino que se establecen como el portavoz de la sociedad civil.

Como ya se mencionó anteriormente existen varias ONG que tienen actividades específicas. A continuación se mencionarán algunas de ellas:

Organizaciones Civiles.

Albergues de México, I.A.P. Albergue de corta estancia. Visitas a domicilio y hospitales, apoyo espiritual y psicológico. Banco de medicamentos. Despensas. Grupo de autoapoyo.

AMAC (Acción Humana por la Comunidad, A.C.). Atención, apoyo emocional y acompañamiento domiciliario a hombres homosexuales y bisexuales con VIH o SIDA. Taller de cuidados básicos y enfermería para familiares, parejas y amigos.

Amigos contra el SIDA, A.C. Publicación de una revista para personas con VIH/SIDA.

AMINASIDA, A.C. (Asociación Mexicana de Información Avanzada sobre SIDA). Búsqueda de información de alto nivel médico y científico en bancos de datos nacionales e internacionales. Talleres de información y conferencias para personal médico y paramédico. Directorio de servicios.

AMSAVIH, I.A.P. (Asociación Mexicana de Servicios Asistenciales en VIH/SIDA). Servicio médico integral para personas con VIH/sida: odontología, proctología, oftalmología, ginecología, enfermería y psicología. Banco de medicamentos y descuentos en pruebas clínicas.

AVE de México, A.C. (Ayuda Voluntaria Educativa). Talleres de sexo seguro. Cursos de capacitación. Asesoría pre/post prueba de anticuerpos al VIH.

Casa de la Sal, A.C. Atención psicológica y espiritual con visitas a domicilio y hospitales. Grupo de autoapoyo. Terapia individual, grupal y familiar. Albergue temporal y definitivo para niños con VIH/SIDA.

CAPPSIDA, A.C. (Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA). Atención domiciliaria integral y capacitación a familiares y amigos. Detección de enfermedades de transmisión sexual y prueba de anticuerpos al VIH.

Colectivo Sol, A.C. Centro de recursos e información sobre salud sexual y SIDA (CRISOL). Edición y distribución gratuita del boletín Acción en SIDA, desarrollo de metodologías sobre educación y promoción de la salud sexual a nivel comunitario. Centro de información y documentación sobre homosexualidad y Derechos Humanos (CIDHOM).

Encuentro Vital, A.C. Grupo de autoapoyo para personas con VIH y para sus familiares. Apoyo psicológico. Banco de medicamentos.

Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA, A.C. Atención médica y psicológica. Asesoría nutricional. Prueba de anticuerpos del VIH y ETS. Intercambio de medicamentos. Grupos de autoapoyo. Capacitación a voluntarios.

Grupo Padrinos, A.C. Acompañamiento y apoyo domiciliario a personas con SIDA y apoyo psicológico a familiares, amigos y parejas.

MUSA, A.C. (Mujeres por la Salud en Acción Contra el SIDA). Educación y prevención de ETS y SIDA a trabajadoras sexuales. Canalización de mujeres afectadas a servicios de salud.

ORAIN, A.C. (Organización de Atención Integral en SIDA) Apoyo emocional y consejería para mujeres que viven con VIH/SIDA. Grupo de autoapoyo para mujeres.

Ser Humano, A.C. Centro multidisciplinario de prevención y atención del SIDA con los siguientes servicios: albergue para personas con SIDA en fase terminal; atención médica, psicológica y de enfermería; visita médica y psicológica a domicilio; educación y capacitación sobre SIDA a adolescentes, amas de casa y educadores.

Unidos Contra el SIDA, A.C. Organización de actividades culturales y artísticas contra el SIDA.

VALSIDA, A.C. (Voluntad y Acción contra el SIDA). Información básica sobre SIDA a jóvenes y adultos en escuelas, empresas y sindicatos. Información callejera y en terminales de transporte urbano y foráneo.

Voz Humana, A.C. Información sobre VIH/SIDA por teléfono.

Organizaciones Civiles que apoyan SIDA

Arbol de la Vida Enfermos en Superación, I.A.P.

Enfermos Anónimos, A.C.

Academia Mexicana de Derechos Humanos, A.C.

Programa Universitario de Estudios de género.

BUSCA. Brigada Universitaria de Servicios Comunitarios para la Autogestión, A.C.

CORA. Centro de Orientación para Adolescentes, A.C.

Solidaridad con los Niños, A.C.

Organizaciones Comunitarias que apoyan la lucha contra el SIDA

Cien Artistas Contra el SIDA.

TDV. Taller de Documentación Visual.

Un Día Sin Arte.

COVACCIO-TEATRO.
Teatro Interactivo Proart-Social.
Red La Neta.

2.4 CAMPAÑAS DE LOS GRUPOS CONSERVADORES

En nuestro país existen varios grupos dedicados a difundir y promover el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual mediante campañas de prensa y presiones políticas encaminadas a prohibir la educación sexual, a desacreditar el condón y a evitar el sexo seguro y el uso de métodos anticonceptivos.

A eso se dedican organizaciones como el Comité Nacional Provida y la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF), fuertemente apoyados por la jerarquía católica y por algunos sectores empresariales y políticos como el Partido Acción Nacional.

Como menciona Edgar González en su artículo "Cómo propagar el SIDA: la derecha en acción" "Quien dude de esos vínculos haría bien en recordar que el fundador de Provida es el ex diputado panista Jaime Aviña Zepeda... Por su parte, el actual presidente de la UNPF es otro político panista, Francisco González Garza... Además existen otras organizaciones dedicadas a la promoción del SIDA como la Asociación Nacional Cívica Femenina (Ancifem); que durante su Congreso Nacional, celebrado en la Ciudad de México en 1993, Ana Rosa Payán, miembro de esta asociación, se quejaba de que las autoridades capitalinas habían permitido en el viaducto un letrero 'grandototote' anunciando condones y con la frase 'Diga no al SIDA'. " (El Nacional. Letra S, agosto 1995).

Por otra parte, en Guadalajara, varias damas que luchan en pro del SIDA y que forman la Alianza Fuerza de Opinión Pública lograron también en 1993, que las autoridades estatales restringieran los programas de Mexfam en las escuelas, pues las llamadas "damas de blanco" no estaban dispuestas a permitir que a los escolares se les enseñara qué es el condón, para qué sirve y cómo se coloca. (et. al)

En junio de 1994, Provida se empeñó en evitar que la Concamin participara con Mexfam en la elaboración de un programa de educación sexual para los trabajadores de diversas empresas, pues con ello podían inducirlos al "libertinaje", además de proporcionarles las medidas preventivas básicas contra el SIDA.

En su lucha para promover el SIDA, las organizaciones conservadoras, han tratado de prohibir los comerciales televisivos de los condones Sico; a este respecto, cabe recordar que hace algunos años la UNPF encabezó una campaña para evitar la transmisión de anuncios televisados para la prevención del SIDA, donde se llamaba a las cosas por su nombre pues, como afirma Jaime Sepúlveda, "en la lucha contra una enfermedad transmitida por vía sexual, tenía que ventilarse abiertamente las cuestiones sexuales y las medidas preventivas". En aquella época, Televisa no aceptó pasar los spots al aire y además impuso sanciones a los actores que aceptaron participar en ellos.

Los libros, folletos y películas de educación sexual, con información explícita sobre el condón y la prevención del SIDA han sido un blanco preferido por las organizaciones conservadoras que luchan mas bien para propagar la enfermedad y que realizan campañas difamatorias tanto en el D.F. como en los estados.

De esta manera en 1994, la UNPF realizó una campaña contra la distribución del libro Sexualidad, lo que todo adolescente debe saber, de José A. Aguilar, Gabriela Rodríguez y Salvador Castro, editado por Sitesa, por considerarlo "inmoral" y porque "no respeta ni toma en cuenta los principios morales de los padres de familia". (Letra S, agosto 1995).

Sin duda la mejor forma de difundir el SIDA, como bien saben los grupos conservadores, es prohibir la educación sexual, evitar toda referencia explícita al coito y hasta de la anatomía humana.

De esta manera se debe tener en cuenta, como hace referencia Luis de la Barreda Solorzano presidente de la CDHDF, en el primer aniversario de la Letra S celebrado el 17 de noviembre de 1995: "el SIDA es una enfermedad cuyo origen no conocemos suficiente, pero del que podemos asegurar que nada tiene que ver con nuestros vicios o nuestras virtudes. Incluso en el supuesto de que el virus se hubiera propagado por una torpe manipulación científica, que es una de las hipótesis, ello no significa que sea un castigo divino por nuestros pecados. El virus por lo tanto, no se combate fomentando el pánico y la culpa, sino aumentando nuestros conocimientos sobre su proceso causal...Y esto no significa que la cuestión del SIDA no tenga nada que ver con la moral; al contrario, la moral pide responsabilidad, solidaridad y auxilio al que sufre, pero de ninguna manera ascetismo, prohibiciones ni persecuciones morales, terapéuticas o laborales." (El Nacional, Letra S diciembre 1995).

2.5 OBSTACULOS CULTURALES PARA LA PREVENCION DEL SIDA

Como hemos mencionado, existen grupos como los conservadores que impiden la realización de campañas preventivas contra el SIDA, y de la misma manera también existen obstáculos, que dependiendo de cada cultura, impiden el objetivo de la prevención. En este sentido, valdría la pena mencionar el incidente que tuvo la Organización Ser Humano, A.C. en Guadalajara, Jal., " en donde autoridades municipales de esta entidad allanaron el centro de atención al enterarse que, como parte del programa de prevención de la organización, se hablaría de sexualidad y la utilización del condón en uno de los múltiples talleres. Varios policías entraron en las instalaciones sin ninguna orden de cateo mientras patrullas de la llamada policía Federal acordonaron la zona para hacer una redada, de homosexuales que allí realizaban orgias, según se dijo". (Excélsior, 25 de agosto de 1995).

Como esta situación existen varias más y por lo tanto si una campaña no cumple con el objetivo previsto es posible que cumpla con el contrario. Tal es el caso, en las campañas

de prevención del SIDA, del efecto producido por la apelación al miedo y que lejos de promover la prevención, el miedo hace que: ⁶

- El portador se oculte
- La comunicación segregue al portador
- Cada individuo niegue sus conductas de riesgo

Por tal motivo al realizar una campaña de prevención, es importante considerar que cada sociedad integra en su cultura elementos contradictorios y que estos deben ser tomados en cuenta para evitar que obstaculicen la labor de prevención. Entre estos se pueden mencionar:

1. Mito de la fidelidad/pareja monogámica.

Nuestra cultura instituye una forma de pareja: la pareja monogámica. A esta institución se vincula la fidelidad con un valor que acepta ciertas prácticas e inhibe otras, como parte de una elección moral. Por lo tanto el primer desafío al que se enfrenta el mensaje preventivo es el de separar el tema de la fidelidad con el de la cuestión del cuidado de la salud.

2. Subordinación sexual de la mujer.

El papel pasivo que tradicionalmente se confiere a la mujer en la cuestión sexual, complementa y refuerza los efectos del mito anterior.

Se le asigna a la mujer el rol de esperar la propuesta y recibir la demanda del varón; esto implica aceptar que otro fije las condiciones en que la mujer ejerza su propia sexualidad y que unido al obstáculo de mito de la fidelidad, permite que se siga el papel pasivo de la mujer y que sea esta la fiel de la pareja.

3. Pasividad frente al "saber-autoridad" de las profesiones.

Es la situación de la persona que hace uso de un servicio de salud y que por lo tanto se convierte en un sujeto pasivo; es el paciente al que se le va dando la imagen de los profesionales que lo atienden y que son las personas que tienen un poder absoluto sobre salud, vida y muerte.

También en otras ocasiones, el paciente expone su cuerpo a prácticas profesionales: peluquería, manicure, depilación, colocándose en una posición de riesgo sometiéndose a la rutina y a malas condiciones de trabajo por parte de algunos profesionistas.

4. La excepcionalidad propia ante la enfermedad (omnipotencia como negación de la propia muerte).

Se vincula a la falta de autocuidado en las personas y en otras ocasiones a la rutina en actividades laborales de riesgo.

El temor a una enfermedad mortal y estigmatizada como el SIDA crea conductas de defensa y negación; por lo que el mensaje preventivo debe reforzar, sin apelar al miedo, la idea de que todos podemos infectarnos.

⁶ Manual de prevención del SIDA. Edición COLIHUE, 1992.

5. Estigmatización, segregación de lo diferente.

Se refiere a que no se toma en cuenta el mensaje preventivo que habla de "grupos de riesgo" como homosexuales, adictos, promiscuos, marginales, etc., y por lo tanto la consecuencia de este aislamiento es que, aquél que no se reconoce como perteneciente a estos grupos disminuye los cuidados y se supone exento de peligro; entonces el mensaje preventivo debe estar enfocado a la población en general sin excluir ningún grupo humano.

6. Prácticas fetichistas como vehículo de solidaridad de grupo.

La jeringa compartida, el elemento punzante y el tatuaje colectivo, así como pactos de sangre que se desarrollan en nuestra sociedad actual son consideradas formas fetichistas de compartir en un grupo; por lo que la finalidad de la prevención será el de no compartir estos elementos que pueden conllevar a una infección del virus.

7. Pérdida del propio cuerpo como objeto de atención, afecto y cuidado.

Es el otorgar un valor (dinero) al cuerpo como objeto deseado, por lo que la prevención debe tratar de recuperar el valor real del cuerpo reinstalándolo como objeto de amor, atención y cuidado.

Es así como la información sola no basta para cambiar conductas tan arraigadas; es necesario diseñar campañas preventivas dirigidas a sectores específicos de la población. Campañas que respondan a las necesidades, los gustos y los intereses de esos grupos, que hablen su mismo lenguaje y que se realicen en sus lugares de reunión o de trabajo. De esta manera, el mensaje preventivo influirá en un grado mayor evitando así que la epidemia del SIDA siga su curso.

CAPITULO 3
PREJUICIOS, ACTITUD Y SIDA

CAPITULO III

PREJUICIOS, ACTITUD Y SIDA

3.1 ASPECTOS NORMATIVOS QUE PROTEGEN A LAS PERSONAS CON SIDA

Puesto que el SIDA no es únicamente un problema biológico, ya que en el mismo están involucrados factores psicológicos y sociales; es fundamental que la población haga conciencia de los temores, agresiones, mitos, creencias, prejuicios y estigmatización entre otros, que la misma sociedad ha creado hacia el SIDA o a personas que lo padecen, y que originan con esto que se etiquete o aisle erróneamente a determinados grupos.

Aún cuando la pandemia afecta prácticamente a todos los países, ofrece en cuanto a sus formas predominantes de transmisión características específicas según la zona geográfica; tal es el caso de México en donde el sector social a través del cual se da un mayor índice de contagio es en el grupo de los homosexuales seguido por los bisexuales y heterosexuales (Estadísticas de CONASIDA 1995); por lo que todos estamos expuestos a la enfermedad del SIDA.

El SIDA ha provocado una respuesta social intensa, que ha ido evolucionando lentamente desde una modalidad violenta y persecutoria hacia los grupos que se consideraban al inicio de la pandemia como los únicos responsables, a una más comprensiva y ecuánime; sin embargo aún siguen existiendo grupos, organizaciones sociales e individuos que consideran al SIDA como una enfermedad denigrante "de los homosexuales". Tales acciones han conllevado a la violación de los derechos humanos de los afectados e incluso de los familiares, a pesar de que la ley protege a todos los individuos. Con base en todo esto, la Comisión Nacional de Derechos Humanos firmó un convenio con el gobierno mexicano en el cual se señalan los derechos de los enfermos de SIDA; puntualizando las siguientes premisas:

1. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, nadie debe sufrir discriminación de ningún tipo.
2. Ningún individuo está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos VIH, ni a declarar que vive con VIH o que ha desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria una persona decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tiene derecho a que esta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
3. En ningún caso puede ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar una persona por vivir con VIH o por haber desarrollado el SIDA.
4. No podrá restringirse el libre tránsito dentro del territorio nacional.

5. Quien desee contraer matrimonio no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
6. Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.
7. Cuando un individuo solicita empleo, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección del VIH. El hecho de vivir con VIH o haber desarrollado el SIDA, no podrá ser motivo para que se suspenda o despida de su empleo.
8. Los infectados o enfermos tienen el derecho a superarse mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas privadas o publicas.
9. Se respetará el derecho de asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con el VIH o que han desarrollado el SIDA.
10. Se respetará el derecho a buscar, recibir o difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y las formas de prevención.
11. Quien viva con VIH o haya desarrollado SIDA, tiene derecho a recibir información sobre el padecimiento, sus consecuencias y los tratamientos a los que pueda someterse.
12. Quien viva con VIH o haya desarrollado SIDA, tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida.
13. Quien viva con VIH o haya desarrollado SIDA, tiene derecho a una atención médica digna y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
14. Quien viva con VIH o haya desarrollado SIDA tiene derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.

En el caso de México tratándose de las personas infectadas con VIH/SIDA, el derecho a la no discriminación es el más frecuentemente violado, ya que sus contraversiones se materializan en todos los ámbitos de la vida social de acuerdo con la siguiente opinión.⁷

- El hecho de que en nuestro país no se cuente con una formulación explícita del derecho a la no discriminación a nivel constitucional, implica que no se haya llegado a trascender de la simple expresión del derecho a la igualdad, contenidos en diversos artículos constitucionales como 1, 2, 4, 12 y 13 de la Constitución Federal.
- La carencia de procedimientos judiciales que permitan la tutela efectiva de la no discriminación, establecidos en diversos tratados internacionales que ha sido ratificados por México, entre los cuales podemos enunciar a la declaración Americana de los

⁷ Pedro L. Morales Acre. Letra S No. 14. Diciembre 1995, pp.4

Derechos y Deberes del Hombre (Art. II); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. II, párrafo 2); y la convención Americana sobre Derechos Humanos (Art. I, párrafo 1). Esta carencia extraña del incumplimiento del compromiso asumido por México, en los propios tratados internacionales que han sido mencionados, por lo que es necesario adoptar otras medidas para lograr una mayor efectividad.

- La existencia de una arraigada cultura de intolerancia, que de manera sistemática rechaza todo aquello que se considere "diferente", confundiendo " diversidad "con "anormalidad".

Como puede verse a pesar de que existen derechos para proteger a los infectados del VIH/SIDA, hasta la fecha no han sido respetados.

Por tanto es importante reconocer que todas estas actitudes negativas no son exclusivas de la parte jurídica que se puede lograr ya que el derecho es un instrumento que puede insidir en el cambio social.

A pesar de dichas garantías la moralización ha creado la homofilia, que se presenta como uno de los mayores prejuicios y ha conllevado a acciones de linchamiento y agresión física hacia los homosexuales; a tal grado que el asesinato de homosexuales queda impune tanto por la sociedad como por el gobierno, generalizando, así que todo homosexual es portador del VIH dando estas conductas en base a juicios de valor bueno-malo respecto a las personas , en lugar de una evaluación positivo-negativo, adaptativo-no adaptativo, respecto a ciertos rasgos o características de ellas. Como por ejemplo " homosexualidad=malo ".

Por otro lado la familia y la sociedad nos han enseñado a etiquetar a las personas o situaciones generando así estereotipos o ideas fundadas en datos no precisos y que por lo tanto se imponen a los miembros de sus grupos condicionando así la percepción de los mismos.

El SIDA ha tenido connotaciones muy negativas (Pastrana y Pascal 1992) ya que a medida en que el desconocimiento favorezca, los prejuicios se incrementan, y más difícil resulta entender el dolor emocional, afectando principalmente un aspecto psicológico, que se ha manifestado en el ocultamiento y autodiscriminación; produciéndose en el enfermo una situación catastrófica que facilita el caos y la desintegración, expresado por ideas delirantes y pensamientos mágicos de la enfermedad, tal como la negación y aun cuando este mecanismo defensivo ha favorecido la confrontación con la nueva realidad del enfermo, la depresión juega un papel importante en la destrucción tanto de sí mismos como de otros.

Por tal motivo debe brindársele un apoyo psicológico, jurídico y educativo; y no únicamente médico ya que como menciona De Miguel (1978), las ciencias sociales han contribuido a salvar más vidas que las ciencias médicas, por lo que es necesario que la información con respecto a las formas de prevenir el SIDA y la manera de tratar a los

portadores del VIH así como los que han desarrollado la misma, sean menos moralistas y más humanistas, para lo cual depende en gran medida de la cooperación de la familia y de la sociedad y es aquí donde deben entrar en acción las ciencias sociales.

Para lograr dichos propósitos es necesario tomar en cuenta el comportamiento, percepción, creencias, sentimientos, emociones, actitudes, entre otros, tanto de los enfermos como de la sociedad, puesto que a partir de esto surgen los fenómenos psicosociales que dificultan el desarrollo de la vida de los enfermos de SIDA y, por que no, de la misma sociedad.

El prejuicio, la estigmatización, el pánico y el hostigamiento son algunos de estos fenómenos psicosociales y tal vez los más frecuentemente relacionados con fenómenos como el SIDA, surgiendo la necesidad de que sean analizados a toda costa.

Para entender dichos fenómenos es necesario definirlos y reconocer que existen falsas ideas que conciben al SIDA como un castigo, en México por ejemplo, en 1985 apareció un anuncio en donde Girolamo Prigione (nuncio apostólico) declaraba que el SIDA era un castigo de Dios. Hoy estas actitudes ya no son comprensibles pero lo que si falta de manera urgente es información; ya que la falta de ésta hace recaer sobre los enfermos la responsabilidad de la epidemia.

3.2 PREJUICIO, ESTIGMA, PANICO Y HOSTIGAMIENTO

El **PREJUICIO** es una de las actitudes sin fundamento suficiente en la experiencia; que suele apoyarse en una generalización excesiva, manifestándose en una resistencia emocional al cambio (Jarvaloy, 1986, pág. 38).

De los prejuicios se han derivado efectos secundarios como:

- **La reacción moralista** ha causado graves daños a los enfermos de SIDA, ya de por sí es catastrófica, ha infringido la comprensión y la intolerancia, por lo que la sociedad se ha mostrado rencorosa, mezquina y atroz.
- **La generalización infundada** es otro problema que se ha suscitado por el prejuicio tal y como se ha presentado en el caso de los hemofílicos que se ven en constante riesgo y a su vez están sujetos a todo tipo de hostigamiento.
- **Temor irracional** hacia la enfermedad del SIDA que llegó a provocar un "holocausto", en el sentido de que la capacidad de comprensión hacia la enfermedad no se presentaba en la población. Fue hasta 1985 cuando una persona pública como Rock Hudson comenzó a dirigir diversos mensajes hacia la comunidad en general, con la intención de modificar la actitud que se tenía hacia éste falso "holocausto" llamado SIDA. Siendo a partir de este momento que la comunidad ve al SIDA como enfermedad y a su vez se

redoblaron los esfuerzos de prevención, mismos que hasta la fecha se han mantenido vigentes.

El **ESTIGMA** ha sido definido por Goffman (Castro Pérez, 1988) como “un atributo de un individuo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito. El término estigma, entonces, hace referencia a un atributo profundamente desacreditado”.

Se han distinguido tres clases de estigmas:

1. En el primero se ubican todos aquellos que padecen enfermedades físicas o deformidades como los sifilíticos, los leprosos, los cancerosos, los mutilados, etc.
2. En el segundo se encuentran aquellos que tienen faltas de voluntad, que presentan conductas antinaturales o perversas y los que se dejan llevar por sus pasiones. Tal es el caso de los drogadictos, los homosexuales, las prostitutas, los exconvictos, etc.
3. Finalmente la tercera clase se refiere a la estigmatización asociada a la raza, religión o nación. Aquí se incluye a los judíos, los argentinos, a los negros, etc.

Los enfermos de SIDA son estigmatizados por pertenecer al primer grupo y en muchas ocasiones al segundo, por su condición homosexual, drogadictos y prostitutas.

PANICO es “una de las conductas que manifiesta la muchedumbre como un estado emocional que se produce como consecuencia de la falta de información sobre situaciones que aterrorizan o que es incomprensible, o bien por una desmedida abundancia de noticias que se manifiestan en acciones impulsivas”. (Sherkovin, 1985, pp.293)

HOSTIGAMIENTO es “el trato discriminatorio con expresiones de desprecio que resultan ofensivas y objetables para quienes las reciben, causándoles incomodidad y humillación. Es una agresión repetida y no deseada”. (García, 1986, pp. 115). Es común que el hostigamiento derive en algún ataque físico.

Es bien sabido entonces que para la mayoría de prejuicios, hostigamientos, mitos, creencias o todos aquellos fenómenos en donde se vea involucrado el hombre, su misma sociedad es capaz de crearlos o desecharlos, más sin embargo con respecto al SIDA se ha generado una especial aberración por lo que en vez de irse asumiendo una conducta o actitud más razonable se ha llegado a ser inhumano e insensible en la postura, en donde la moral más que la sociedad ha sido quien éste al frente de sus manifestaciones de rechazo para las personas que se ven de una u otra manera involucradas con lo que es la sexualidad y entorpeciendo aún más las posibilidades de solución y prevención del SIDA.

Como un claro ejemplo de estas manifestaciones está la alcaldesa de Mérida Ana María Rosas Payán que realizó feroces redadas hemofílicas, a la vez que se unió con PROVIDA en una campaña de “moralización” en el año de 1993.

Por otro lado en Tijuana el ayuntamiento panista se ha negado a apoyar diversos grupos dedicados a la lucha contra el SIDA con el argumento: de que repartían condones y

que en sus filas se encontraban homosexuales. Por otro lado en Chihuahua en 1993 el ex Seminarista Baldomero Olivas presidente de la Comisión estatal de Derechos Humanos y en base a la Carta Pontificial de los derechos de la familia, donde entre otras cosas se prohíben los anticonceptivos y el condón a todas las parejas previas a casarse y a formar una familia.

Mientras que en 1982 en San Luis Potosí, Gonzalo, M. Cobala, gobernador de este estado prohibió los programas educativos de la Fundación Mexicana de Planificación Familiar. En 1993 varias damas formaron la Alianza Fuerza de Opinión Pública y lograron la restricción de los programas de Mexfam en las escuelas pues no estaban dispuestas a permitir a que los escolares tapatíos se les enseñara que es el condón, para que sirve y como se coloca.

La moral ha intervenido a tal grado que organizaciones moralistas han tratado de prohibir todo comercial televisivo sobre el uso de los condones. La UNPF y PROVIDA básicamente han intervenido coartando posibilidades de avance a los objetivos de información y prevención.

Es indudable entonces que el SIDA es primordialmente un problema de salud pública y no de moral. sin embargo con base en los anteriores sucesos se debe de hablar del tema de la moral. Es por eso que estamos en acuerdo con el planteamiento de Carlos Monsiváis cuando argumenta que "el SIDA es un asunto de medicina y moral, de la salud y de la sociedad" y en "la lucha contra el SIDA (que es científica, médica, moral y social) es causa básica de la sociedad civil y del estado". (Monsiváis, 1988, pp.126 y 128)

El estudio sistemático de la epidemia del siglo ha puesto de manifiesto que la prevención es el camino para detener el avance de la propagación del SIDA. Sin embargo, los esfuerzos de prevención se enfrentan con fuertes resistencias, no solo por parte de las personas que están en constante riesgo de infectarse, sino de todo individuo.

Una explicación a esta situación puede deberse justamente a las actitudes las cuales son esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, y el comienzo de una acción no necesariamente completa. Donde la conducta del ser humano es uno de los objetivos de conocimiento de la Psicología y se her pretendido, por medio de los estudios de las actitudes comprenderlo, predecirlo, cambiarlo e incluso controlarlo.

3.3 ACTITUD ANTE EL SIDA

Las actitudes están generalmente asociadas a imágenes, ideas u objetos externos de la atención. En segundo lugar las actitudes expresan una dirección. Se caracterizan por implicar acercamiento o alejamiento, gusto o disgusto, reacciones favorables o desfavorables, amores u odios. En tercer lugar, las actitudes - al menos las más significativas- están vinculadas con sentimientos y emociones. (Young, 1977)

Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas. (Op.cit.).

Existen diversas definiciones de actitud, Gene Summers (1984) recopiló las siguientes tres:

1. Las actitudes "son una disposición fundamental que interviene junto con otras influencias en determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, las cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación-evitación con respecto a él". (Cook y Sellitz, 1964)
2. Las actitudes son "estructuras mentales que organizan y evalúan la información" (Ross, 1970)
3. El concepto de actitud "denota la totalidad de inclinación y sentimientos humanos, prejuicios o distracciones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado" (Thurstone, 1942).

Posteriormente Thurstone en 1946 concibe a las actitudes como el grado de afectividad positiva o negativa que se tiene frente a un objeto psicológico; es decir, una predisposición de acercamiento (afectividad positiva) o de alejamiento (afectividad negativa) hacia ciertas clases de objetos.

La importancia de las actitudes es comprender que existen predisposiciones a emitir juicios valorativos acerca de casi todas las cosas, que hacen que perciba como favorable o desfavorable, aprobarlas o desaprobarlas en diversos grados y posteriormente, actuar en consecuencia. Las actitudes pueden manifestarse y orientar la conducta en un sentido determinado. Las actitudes se forman debido a la influencia de padres, maestros, medios de comunicación y experiencias personales.

En general, existen criterios que varios autores consideran básicos de las actitudes (Hoyland, French, Sheriff, Comb y Cantril, citados en Varela, 1980)

- a) Las actitudes no son innatas, sino que son el resultado del aprendizaje a través de la vida del individuo.
- b) Las actitudes son relativamente estables.
- c) Las actitudes son el resultado de la relación entre la persona y los objetos, tomando como objeto a las personas, cosas, grupos, valores e ideologías que son aprendidas en forma directa o indirecta con otras personas.
- d) Las actitudes están basadas en conceptos evaluativos que aumentan o disminuyen la motivación a actuar.
- e) Las actitudes varían en cantidad e intensidad sobre un continuo que puede ser positivo o negativo.

Newcomb (1963) habla de dos características básicas de las actitudes:

1. Dirección: se refiere a que siempre serán hacia un extremo, ya sea positivo o negativo.
2. Intensidad o grado de afectividad: se refiere a lo extremadamente bonito o feo, agradable o desagradable, etc., que nos pueda parecer un objeto.

Sería entonces falso creer que hay un objeto hacia el cual no se tomen actitudes valorativas; debido a que las actitudes del individuo resumen convenientemente sus experiencias del pasado y a su vez, producen efectos directivos sobre sus actitudes en curso orientadas hacia el futuro. (Sheriff, 1975)

Los componentes de las actitudes son tres que se han propuesto por los psicólogos sociales. Rosember y Hollander (1960) quienes proponen una representación esquemática de estos elementos

1. **Componente cognitivo:** es el modo en que se percibe un objeto o situación, los pensamientos, ideas y creencias que un sujeto tiene acerca de algo. En su forma más simple, el elemento cognitivo es una categoría que empleamos al pensar.
2. **Componente afectivo:** consiste en los sentimientos o emociones que suscita en un individuo la presentación afectiva de un objeto, suceso o situación, o su representación simbólica. Entre las emociones que puede provocar, un cierto individuo o grupos se encuentra el temor, la simpatía, el odio, la cólera, el amor.
3. **Componente conductual:** es la tendencia o disposición de actuar de determinada manera con referencia a algún objeto, suceso o situación.

Como se puede ver, el análisis de las actitudes tiene que tomar en cuenta estos tres componentes. Para conocer la manera en que funcionan dichos componentes es necesario determinar como se adquieren las actitudes, cuyo proceso de socialización se constituye en gran parte de la internalización o aprendizaje de valores, normas, papeles de vida, en su familia y de las experiencias a ellos vinculadas. Irving Child (1954) observó que la conducta real del infante esta limitada a una rama mucho más estrecha de lo acostumbrado y aceptable para él.

De esta manera los resultados de la interacción social se manifiesta psicológicamente como un conjunto de actitudes organizadas por el individuo, incorporándose a su propia personalidad.

Hollander (1978) menciona tres pautas fundamentales sobre como puede adquirirse las actitudes:

1. Por los contactos directos con los objetos
2. Por interacción con los individuos que sustentan dichas actitudes.

3. A través de valores arraigados procedentes del seno familiar y las experiencias de la misma.

IMPORTANCIA DE LAS ACTITUDES

Pearlman y Cozby (1985), atribuyen la importancia de las actitudes a lo siguiente:

En general se considera que las actitudes son relativamente permanentes; esto es, que los sentimientos de la gente hacia objetos y personas son probablemente estables. Aunque las actitudes pueden cambiar, y así pasa, esto no ocurre al azar: algo sucede que ocasiona el cambio. Y, debido a que son relativamente permanentes pueden ser estudiadas, medidas y empleadas para predecir acciones.

Las actitudes son aprendidas. El proceso de formación y de cambio de actitudes puede ser estudiado, y es posible desarrollar programas que animen el cambio de actitudes (de acuerdo a los objetivos planteados en cada sociedad).

MEDICION DE LAS ACTITUDES

Lindgren en 1968 menciona que no es posible observar directamente las actitudes sino que se deben inferir de la conducta, bien sea al observar las respuestas de un individuo a los objetos, personas y otros acontecimientos o por sus apreciaciones y otras expresiones verbales. Es difícil observar de un modo directo y sistemático los actos de un individuo, aunque algunas veces, esta es la única manera de determinar la importancia que una actitud tiene para una persona. Por lo general, es más fácil y también más eficaz, basar estos juicios en las declaraciones verbales (escritas u orales) del individuo.

Esto puede llevarse a cabo por medio de entrevistas aunque es más eficaz y se obtiene mayor precisión utilizando escalas y cuestionarios escritos. El método que se vale del papel y lápiz ofrece ciertos inconvenientes, pero debido a que permite reunir mucha información en poco tiempo y a que los instrumentos pueden ser perfeccionados y elaborados, los psicólogos sociales lo utilizan más que otros. Los resultados obtenidos con el método de anotación escrita tienen además la ventaja de que se analizan más fácilmente por medio de la estadística.

Las respuestas se califican de acuerdo con la importancia que los evaluadores dan a cada tema. Con la escala tipo Likert, los individuos que responden al cuestionario indican su grado de acuerdo o desacuerdo con la serie de declaraciones que han sido analizadas previamente para asegurar su consistencia interna. Entre los diversos métodos para evaluar las actitudes el que se vale de modo característico de las respuestas libres tiene la ventaja de que excluye muchos prejuicios pero dificulta la calificación.

La medición de las actitudes aunque no puede mostrar de una manera exacta la actitud que una persona tiene ante un fenómeno específico en el momento que se le presenta en la vida diaria, de alguna manera puede proporcionar un panorama general acerca de la

forma de reacción de los grupos investigados ante diversos objetos psicológicos. Al conocer esto, aparte de conocer los motivos que impulsan a los individuos a actuar de determinada manera, se abre la posibilidad de implementar métodos, técnicas y programas para influir en las actitudes de las personas a nivel individual o grupal; ya sea para buscar el cambio de las actitudes que ocasionan conductas conflictivas o destructivas para el individuo, su comunidad o ambos, o para implementar o reforzar aquellas que son favorables para el desarrollo integral de la persona y su sociedad.

Actualmente es de suma importancia hacer investigaciones en cuanto a las actitudes de los individuos y grupos en los aspectos relacionados al SIDA y su prevención. Aunque es poco lo que se ha realizado en México, autores como Sepúlveda Amor (1989) y Díaz Loving (1992) han dado ya los primeros pasos.

Entonces puede decirse que las actitudes son predisposiciones a responder en forma emocional a ciertos objetos e ideas, como lo ha tratado de explicar la psicología clínica buscando el porque el individuo responde de determinada manera hacia algo particular.

Sin duda las aportaciones de la psicología han sido valiosas, principalmente los estudios sobre actitudes que se han realizado para comprender las implicaciones de la infección del VIH, no solo en el individuo sino en el medio en el que se desenvuelve; dicha infección ha provocado diversas actitudes, desde la discriminación, prejuicios, miedo, así como temor exagerado en la población. Por lo tanto, la persona que ejerce su sexualidad independientemente de su preferencia sexual se ha visto acorralada por personas que la consideran gente con prácticas de alto riesgo, esto debido a que nuestros comportamientos y actitudes sexuales están influenciadas por creencias, pensamientos y percepciones erróneas hacia el sexo. Las exigencias y expectativas culturales al igual que las enseñanzas y doctrinas religiosas ayudan a moldear nuestra actitud con respecto al sexo.

Uno de los factores de mayor influencia en el desarrollo de actitudes y comportamiento sexual es el sentimiento de culpa, esta culpa sexual juega un papel fundamental e influye de manera negativa en deseos, capacidad de respuesta y experiencia sexuales. Mosher y Cross (1971) señalan que los hombres tienden a sentir mayor culpabilidad sobre asuntos sexuales que las mujeres. Aunque mucha gente puede superar la culpa con respecto al juego amoroso y a las relaciones sexuales premaritales, las actitudes con relación al coito extramarital son mucho más difíciles de superar.

Por lo tanto cuando nuestras actitudes y comportamientos sexuales se disparan, puede deberse a un proceso subyacente irracional o mal dirigido. En otro caso puede haber discrepancias entre nuestras actitudes y nuestros comportamientos debido a la existencia de una especie de retraso en nuestros cambios de actitud y creencias con respecto a nuestros cambios de comportamiento (Ellis y Harper, 1976; Maultsb, 1975; Zastro, 1979).

Las demandas y requerimientos de una cultura en particular, al igual que las diferencias dentro de ésta, también producen una amplia gama de comportamientos sexuales

y actitudes hacia temas sexuales. Esto también está influido por el momento histórico y por el lugar que ocupamos en el seno de una cultura.

De esta manera específica las actitudes sexuales se van conformando primeramente por la influencia de la familia. Aquí se transmite el prototipo cultural del grupo o clase a la que se pertenece. En la familia, las palabras tienen un poder considerable; pueden hacer que el mismo acto parezca noble y maravilloso, o repugnante e infame y no solamente que aparezca así, sino que realmente lo sea.

Con respecto a las conductas sexuales, conviene hacer mención que dentro de las pautas o modelos de comportamiento se distinguen tres tipos:

a) *Comportamiento debido*, se refiere a las normas socialmente aprobadas puesto que lo contrario a ellas es digno de sanción. Por ejemplo, en algunos sectores de México hay normas que prohíben las relaciones sexuales de los jóvenes antes del matrimonio (Alvarez Gayou, 1987).

b) *Lo que se hace*, se refiere a las costumbres que generalmente se esperan de uno, lo que hay que hacer para no causar admiración, burla o comentarios desfavorables. Tienen un carácter obligatorio menor que las normas, como sería que las mujeres no salgan solas de noche.

c) *Buenas maneras*, se refiere a lo que comúnmente se llama convencionalismo y son conductas poco obligatorias en relación con la sexualidad; por ejemplo: el no hablar sobre temas sexuales en familia o cuando hay hombres.

Sin embargo, el universo de expectativas no es una realidad del individuo, sino el conjunto de creaciones de aquellos que lo preceden y que esperan que aquél asuma. A pesar de esto, así como ocurren desfases entre costumbres y normas, también pueden darse incongruencias, desajustes e incluso contradicciones entre valores, conocimientos, creencias y pautas de conductas; lo que conlleva a diferentes actitudes sobre la sexualidad entre los miembros de una misma sociedad.

3.4 ALGUNOS ESTUDIOS SOBRE ACTITUD Y SIDA

Las campañas preventivas hacia el SIDA han tratado de disminuir estas reacciones y proponer actitudes más favorables tomando en cuenta que estas pueden variar de lo muy positivo a lo muy negativo y que la mayoría de las veces las más extremas van acompañadas de intensos sentimientos, a este respecto Cantril (1946), demostró que a medida que las actitudes son extremas tienden a ser sostenidas con mayor intensidad, de aquí la dificultad para lograr cambios racionales hacia esta enfermedad.

Sin duda esta situación se ha mantenido a pesar de los esfuerzos informativos que se hacen llegar al público en general, además que en ocasiones hasta el personal médico cae en

la negligencia a pesar la información necesaria y asume actitudes negativas como lo menciona López. M. (1990) en un estudio realizado sobre la actitud médica hacia el paciente infectado de VIH, en el Centro de Información sobre SIDA, se encontró que el personal tiende a presentar una actitud favorable hacia el paciente infectado por el VIH. Sin embargo se observó que algunas conductas presentes durante la atención del personal hacia el paciente denota que esta actitud no es tan favorable, como podría ser el tomar alimentos durante la atención brindada, atenderlos con la puerta abierta o de pie, así como recibirlos y despedirlo desde el escritorio, también se mostró conductas que probablemente reflejan temor al contagio, tales como evitar tener contacto con objetos tocados por los pacientes y el no existir contacto corporal con éstos. Dichos temores son injustificados ya que el personal tiene el conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH.

De igual manera se han realizado diversos estudios de actitudes ante el SIDA como son el de Morthon y Mc.Manes(1986) sugiriendo la educación acerca de la homosexualidad antes que la infección del VIH puede reducir dudas con respecto a éste.

Por su parte Dupros (1989) realizó un estudio para verificar si las actitudes negativas hacia la infección de VIH corresponden a la ideología sexual tradicional, en un muestreo al azar de 400 sujetos francocanadienses. Se demostró que la homofobia es un indicador clave del conservadurismo sexual asociado con actitudes negativas hacia la infección por el VIH.

Cunningham.R. de 1985 a 1989 realizó encuestas en la ciudad de Washinton para observar cambio en las conductas de riesgo con una muestra de jóvenes de 10 ciudades de E.U. que acudían a una clínica de atención. Se encontró que el conocimiento sobre SIDA no influye en el cambio hacia conductas protectoras.

También en 1989 Sepulveda, y Col. llevaron a cabo un estudio en D.F, Acapulco, Guadalajara, Tijuana, Monterrey y Mérida; el cual consistió en la aplicación de 811 entrevistas a estudiantes universitarios 53% hombres y 47% mujeres encontrándose los siguientes resultados de actitudes : miedo y discriminación respecto al SIDA.

El 47% de los entrevistados mencionó tener miedo de enfermarse de SIDA, mientras que el 23% solo tiene poco miedo y el 30% restante no tiene miedo de adquirir la enfermedad. Sin embargo el 57% respondió que tenía mucho miedo de que alguno de sus familiares enfermara de SIDA, solo el 21% reportó que tenía poco miedo y 22% no tenía miedo por su familia.

Al investigar anticipación de conductas ante posibles casos de SIDA, en tres niveles de cercanía como son amigos, familiares y pareja, se encontró que cuando se trata de un amigo el 93% lo ayudaría el 45% avisaría a alguna autoridad, solo el 14% lo mantendría en secreto y el 4% lo rechazaría. Si fuera un familiar el enfermo de SIDA, 95% lo ayudaría, 45% avisaría a alguna autoridad, solo el 10% lo mantendría en secreto y el 1% lo rechazaría. En el caso de la, pareja el 23% se apartaría de ella, 76% pediría consejo médico y el 80% le brindaría apoyo.

Al mismo tiempo los estudiantes entrevistados al pedirseles indentificarán la enfermedad en sus grupos específicos el 46% de los entrevistados identificaron al SIDA como una enfermedad de homosexuales y el 93% consideran que las prostitutas y los homosexuales tienen mucho riesgo de infectarse por el VIH.

Otro estudio llevado a cabo por Ramírez, G. (1989) se estudiaron 355 sujetos (hombres y mujeres), sobre la campaña televisiva de prevención del SIDA en adolescente del D.F se manejaron indicadores sobre la actitud hacia el uso del condón y mitos que tenía esta población, encontrándose lo siguiente: en el caso de los hombres estos presentaron una actitud desfavorable hacia el uso del condón (tomado en cuenta por el mayor número de sujetos) ya que mencionaron que les afecta directamente a ellos y que quienes primordialmente tenían que aprender a tener cuidado y que requieren de estas medidas eran las mujeres. En el caso de las mujeres su actitud se debió a que la decisión de tomar esta medida queda más en manos de los hombres.

En resumen los sujetos presentaron una actitud negativa, por lo que no es viable que lleven a cabo el cambio de conducta planeada por la Secretaría de Salud con respecto a la campaña sobre la práctica de medidas preventivas.

Así como estos estudios, en las Memorias de V Congreso Nacional sobre SIDA, podemos encontrar estudios más recientes en torno a la actitud ante el SIDA tales como el de Roberto Castro, Enrique E., Emanuel Orozco (INSP) y Juan Jacobo Hernández (Colectivo Sol) sobre "Estrategias de Enfrentamiento al SIDA a nivel Familiar y Comunitario". Investigación que buscaba identificar las principales respuestas tanto positivas como negativas que se presentan en torno al SIDA a nivel familiar y comunitario. Se buscó así mismo identificar los principales procesos sociales que se asocian a reacciones colectivas tanto de solidaridad como de rechazo en torno a las personas infectadas por el SIDA.

Para ello se llevaron a cabo 80 entrevistas abiertas con personas seropositivas, con SIDA, amigos y familiares de ellas en Ciudad Nezahualcoyotl.

Los primeros resultados confirmaron la información ya existente en relación al hecho de que las personas seropositivas y con SIDA tienden a ser discriminadas en sus centros de trabajos y su familia. Es común encontrar que una misma persona desarrolle conductas de rechazo y de solidaridad dependiendo de sus circunstancias: económicas, ideológicas y micro sociales que es preciso identificar para desarrollar programas de intervención que correspondan mejor a la realidad social del SIDA.

Por otro lado Araceli Corsolio Venegas (1995) en su investigación "Repercusiones sociojurídicas del enfermo de SIDA" trató de mostrar un panorama de los diversos aspectos en que se ven afectadas las personas infectadas con el VIH/SIDA, sobre todo tratándose de sus análisis sociojurídicos de la realidad a la que se enfrentan con dicha enfermedad, en especial en sectores como la salud, derecho penal y derecho laboral. Los resultados que se obtuvieron fue que el orden jurídico en México no ofrece a las personas con VIH/SIDA instrumentos eficaces para la protección de sus derechos fundamentales.

Otro estudio realizado por M.A Macías, A. Hernández Chávez, P. López, Aguiñaga, A. , Hernández J. (1995) " Evaluación Psicológica y Patrones de Afrontamiento en portadores de VIH/SIDA en la Unidad de Infectología Juan I. Menchaca IMSS " tenía como objetivo conocer las principales situaciones que generan angustia y que repercuten en la vida social del paciente. Se aplicaron cuestionarios Hamilton, Prueba de Minimental y Minnessotta, Escala de Coopersmith, Likert, Symtomp Checklist-90-R a un grupo de 75 pacientes con infección por VIH/SIDA que acuden a la clínica Menchaca de IMSS.

Encontrándose como resultado que los pacientes tienen conocimiento de que el SIDA no es una enfermedad exclusiva de un grupo social determinado; las situaciones que resultaron más angustiantes son aquellas relacionadas con el área laboral, en donde una incapacidad toma grandes dimensiones. se demostró que las situaciones de depresión y ansiedad son importantes en la vida cotidiana de los pacientes. También se encontró una tendencia hacia la negación y/o aislamiento, pudiendo estos factores alterar la evolución de la enfermedad.

Se pudo observar el papel tan importante que juegan los hermanos y la madre como principal apoyo emocional de estos pacientes. Por último se resalta la necesidad de la información sobre la evolución de la enfermedad y como modificar su estilo de vida.

Ruiz, B. A., Magis, R. C., Ortiz, M.R. (Dirección de investigación de CONASIDA). "El uso de la medida de actitudes en la investigación sobre SIDA en México 1984-1995". Este estudio tenía como finalidad el describir el desarrollo y la utilización de las medidas de actitudes, las finalidades de su uso y temáticas estudiadas en investigaciones sobre SIDA en México. se revisó el registro de investigaciones mexicanas. se seleccionaron los trabajos, proyectos de investigación o artículos que refieren el uso de medición de actitudes en su metodología. Clasificándolas por el objeto actitudinal medido, poblaciones de estudio e instituciones participantes.

Se encontró que de un total de 1236 registros consultados se detectaron 42 (3.39%) que contenían información con relación a medidas de actitud en su metodología, 21 (50%) fueron presentados en congresos nacionales y 12 (28.5%) en congresos internacionales.

En su mayoría los estudios realizados fueron por universidades públicas con un (35.71%) y en diversas áreas del sector salud en un (54.76%), el 83.5% de estos estudios se realizaron en el D.F., el resto en Tijuana, Mérida, Chihuahua, Aguascalientes, Zacatecas, Puebla y Chiapas. Para 1990 se presentaron 11 trabajos posteriormente se realizaron de 4 a 6 trabajos anual .

Sobre el objeto actitudinal de medida destacan: Actitud hacia el SIDA (64.29%), Hacia personas con VIH positivo (9.52%), Uso de condón (9.52%), Enfermedades de Transmisión Sexual (2.38%), Prevención (4.76%) y Conductas Sexuales (9.52%).

Las poblaciones más abordadas son: jóvenes estudiantes (35.7%), personal de salud (33.71%), homosexuales (14.29%) y mujeres (7.14%).

Finalmente podemos concluir que el cambio de actitudes es una de las estrategias que se han planteado en la lucha contra el SIDA su objeto es conocer patrones de comportamiento, de riesgo, rechazo, estigmatización o discriminación, entre otros y así poder posteriormente modificarlos. Sin embargo se observa una importante carencia de estos estudios a nivel nacional y a diversos grupos como: empleados de sectores administrativos, comerciantes, inmigrantes, profesionales y servidores públicos entre otros; así como una mayor profundización en grupos de riesgo.

Ante esta problemática la presente investigación está encaminado en conocer la actitud hacia el SIDA que a su vez es un factor determinante para el alto índice de contagio . Principalmente en tres grupos ocupacionales: servidores públicos, empleados administrativos y comerciantes , sectores que hasta el momento no han sido estudiados en cuanto a la actitud que tienen ante el SIDA ; pese a que en la actualidad se han realizado diversos estudios e investigaciones en otros sectores tanto educativos como ocupacionales.

Por lo tanto es importante considerar que el SIDA y todo lo que ésta implica conlleva necesariamente al reajuste de una gran cantidad de actitudes, valores, opiniones y motivos (muchos de ellos determinados culturalmente). Es por esto, que se requiere conocer los comportamientos de las personas hacia el SIDA y su prevención, elaborando no sólo programas educativos sino de cambios de actitudes que favorezcan la adquisición de medidas preventivas.

CAPITULO 4
METODO

CAPITULO 4

METODO

4.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.

El propósito de esta investigación está encaminado a conocer la actitud que hacia el SIDA presentaron tres sectores ocupacionales: empleados administrativos, servidores públicos y comerciantes. Esto debido a que a pesar de existir diversas campañas preventivas contra el SIDA son dichos sectores los que presentaron el índice más elevado de contagio según las estadísticas de CONASIDA, que reportó durante el primer semestre de 1995. En el primer lugar se encuentra el sector de Empleados Administrativos con 2908 casos en varones que equivale a un 18.4%, en cuanto a las mujeres se tiene una tasa de 192 casos con un 8.5%, haciendo así un total de 3176 casos. En segundo lugar se reporta el sector de trabajadores de Servicios Públicos con 2589 casos en varones que abarca un 16.1% y en mujeres 138 casos que es un 5.2%, haciendo un total de 2727 casos. En tercer lugar se sitúan los Comerciantes y Dependientes con 1551 casos en varones y 86 en mujeres lo que da un total de 1637 casos.

Investigaciones anteriores denotan entonces la necesidad de explorar las actitudes hacia éste fenómeno en diversos grupos o sectores que conllevan al contagio de SIDA, dado que al no existir un modelo de prevención adecuado para estos sectores el índice de contagio parece ir en aumento. (Actitud ante el SIDA. Cruz Páez y Pelayo . UNAM, 1992)

De esta manera la pregunta de investigación es:

¿Influye la ocupación laboral en la actitud que se tiene hacia el SIDA?

4.2 HIPOTESIS

4.2.1 HIPOTESIS ESTADISTICA

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la actitud hacia el SIDA entre comerciantes, servidores administrativos y servidores públicos.

Hi: Si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la actitud hacia el SIDA entre comerciantes, servidores administrativos y servidores públicos.

4.2.2 HIPOTESIS CONCEPTUAL

El cambio de actitudes es una de las estrategias que se han planteado para la lucha contra el SIDA, su objetivo es conocer patrones de comportamiento de riesgo, rechazo, etc., y posteriormente modificarlos. Sin embargo se observa una importante carencia de actitudes preventivas a nivel nacional y en diversos grupos como: empleados, inmigrantes, usuarios de drogas (Ruiz B. Magis R.C. V Congreso Nacional de SIDA. pp 89)

4.3 VARIABLES.

Variable Independiente:

Ocupación (Comerciantes, Servidores Administrativos y Servidores Públicos)

Variable Dependiente:

Actitud ante el SIDA

4.3.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.

Ocupación: Respecto al individuo la ocupación se define por el trabajo que ejecuta y coincide por tanto con su actividad profesional.

Actitud: Es la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente con referencia a una situación, idea, valor, objeto, o clase de objetos materiales, o a una persona o a un grupo de personas. (Young, 1977)

4.3.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

Variable Independiente

- Ocupación: trabajo o actividad que realiza el individuo.
- Empleado administrativo: Es aquel que realiza actividades de tipo secretarial y que no tiene contacto directo con el público.
- Servidor público: Es aquella persona que da atención directa al cliente.
- Comerciante. Toda aquella persona que se dedica a la venta de productos de consumo.

Variable Dependiente

- Actitud: Calificación obtenida por la escala de actitud.

4.4 MUESTRA

Se requirió de la participación de 90 sujetos hombres y mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 25 y 35 años de edad y que además desarrollaran actividades de acuerdo a las requeridas para el presente estudio.

4.5 POBLACION

Se tomaron sujetos pertenecientes al TURISSSTE Reforma, los cuales se desempeñaban como servidores públicos y como empleados administrativos. Los otros sujetos laboraban en el Mercado de San Angel como vendedores.

4.6 TECNICA DE MUESTREO:

No probabilístico, por cuota.

Se considera no probabilístico, ya que no se conocen las probabilidades de cada individuo de ser incluido en la muestra.

Muestreo por cuota en el cual hay conocimiento de los estratos de la población (30 comerciantes, 30 servidores públicos y 30 servidores administrativos) es usada para seleccionar los miembros de la muestra que son representativos (tipicos y acordes con los propósitos de la investigación).

4.7 TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio comparativo de campo en donde los investigadores por lo general realizan la investigación en escenario natural y tienen que buscar a la muestra en su propio ambiente.

Fue una investigación de encuesta descriptiva porque tuvo como finalidad principal mostrar la distribución del o de los fenómenos estudiados, en una cierta población y/o en sub conjuntos de ella (Briones, 1987).

4.8 DISEÑO

Es un diseño cuasi experimental en donde simplemente se observa, mide, documenta y evalúa el comportamiento (actitud ante el SIDA en comerciantes, servidores públicos y servidores administrativos) (Zinser, 1992).

G1 - O - R

G2 - O - R

G3 - O - R

En donde:

G= Grupo

O= Aplicación de escala

R= Actitud a la respuesta

4.9 INSTRUMENTO.

Para llevar a cabo la investigación se utilizó una escala de actitud hacia el SIDA construida por Cruz Páez y Pelayo (UNAM, 1992) la cual mide seis factores:

1. Sensualidad. Sensaciones visuales, auditivas, olfativas, gustativas y de tacto que resulten placenteras. Los reactivos que pertenecen a esta área son: 13, 28, 40, 46, 51.
2. Mitos y creencias. Ideas formadas carentes de realidad, cerradas al mundo científico. Los reactivos de esta área son: 1, 4, 7, 10, 15, 21, 26, 30, 32, 34, 43.
3. Fidelidad. Dentro de la pareja el efecto constante y recíproco, entre dos personas exclusivamente que mantienen relaciones sexuales. Los reactivos son: 3, 12, 23, 36, 39, 45, 48.
4. Hábitos sexuales. Conductas constante y/o repetitivas. Los reactivos son: 9, 17, 19, 20, 24, 31, 37.
5. Temores. Manifestaciones de rechazo y recelo hacia situaciones sexuales. Los reactivos son: 5, 6, 14, 18, 22, 29, 35, 38, 41, 44, 49, 50.
6. Agresión. Acción que intenta atacar o destruir a personas que están o podrían estar infectadas por el VIH. Los reactivos son: 2, 8, 11, 16, 25, 27, 33, 42, 47.

El instrumento es una escala tipo Likert de 51 reactivos de elección y orden de cinco puntos. Para la presente investigación se decidió eliminar la opción "Indeciso" tomando en cuenta los siguientes fundamentos:

1. "En la medida en que una persona responde un reactivo redactado de manera absoluta, tiene un criterio para definir términos absolutos como 'con frecuencia', 'rara vez' o 'casi nunca', el juicio se vuelve parcialmente comparativo. En general los individuos tienen sentimientos acerca de su agrado absoluto por un objeto o actividad, pero dichos objetos o actividades son sentimientos influidos por el rango del objeto o actividad disponibles" (Nunnally, 1990).

Al pedirle a los sujetos que manifiesten su actitud hacia la sexualidad y el SIDA, es difícil que las personas contesten verazmente y más aun si en esta escala existe una opción como 'indeciso'. Como menciona Nunnally, "los sentimientos de agrado o desagrado se ven influidos por el rango o bien las opciones disponibles en la escala; de esta manera es más fácil para los sujetos escoger la opción 'indeciso' y evitar así dar a conocer su sentimiento y actitud real hacia el SIDA".

Este mismo autor indica: Otro argumento que puede sustentar la omisión de la opción "indeciso", es la siguiente:

2. "El método de categorías sucesivas, consiste en que el sujeto clasifique los estímulos en pilas o categorías distintas que están ordenadas con respecto a un atributo específico". (Nunnally, 1990).

De igual manera, dado que en la escala de actitud, el sujeto tiene que manifestar su agrado o desagrado hacia un atributo que en este caso se refieren a aspectos sobre el SIDA y actitud hacia la sensualidad, mitos, temor, agresión, fidelidad y hábitos sexuales que se derivan de la enfermedad; se verá más presionado a contestar verazmente si las opciones no incluyen 'indeciso' y de esta manera ordenar sus respuestas más confiablemente.

4.10 PROCEDIMIENTO

1. Se acudió al lugar de trabajo de los sujetos que participaron en la investigación: En el caso de los servidores públicos y empleados administrativos se realizó una entrevista previa con el jefe de personal del TURISSSTE Reforma para pedir su colaboración y permitimos así la entrada a las oficinas; se fijaron fechas y horas para llevar a cabo las aplicaciones. En el caso de los comerciantes, se les pidió su colaboración a cada uno conforme nos presentábamos y una vez que aceptaban se les aplicó el instrumento.
2. A cada sujeto se le entregó la escala en forma individual.
4. Se les dieron las instrucciones y en caso de dudas se les pidió que las manifestaran antes de responder

CAPITULO 5 RESULTADOS

CAPITULO 5

5.1 ANALISIS DE RESULTADOS

TABLA 1

| SECTOR OCUPACIONAL | F | % |
|----------------------------|----|------|
| Comerciantes | 30 | 33.3 |
| Servidores Administrativos | 30 | 33.3 |
| Servidores Públicos | 30 | 33.3 |

En la tabla 1 se observa la muestra total que participó en el estudio distribuida en tres sectores ocupacionales: Comerciantes, Servidores Administrativos y Servidores Públicos.

TABLA 2

| GRUPO | \bar{x} | |
|-------|-----------|------|
| 1 | 29.10 | 3.21 |
| 2 | 28.76 | 3.24 |
| 3 | 28.63 | 3.61 |

La tabla 2 muestra la edad por grupo, en donde el grupo de Servidores Administrativos presenta una media de 28.76 y una desviación estándar de 3.24.

TABLA 3

| SEXO | F | % |
|-----------|----|-------|
| Masculino | 51 | 56.7 |
| Femenino | 39 | 43.3 |
| TOTAL | 90 | 100.0 |

Como se puede observar en la tabla 3, la muestra se conformó de 51 hombres (56.7%) y 39 mujeres (43.3%).

TABLA 4

| SEXO | F | | % | |
|-------|----|----|------|------|
| | M | F | M | F |
| GRUPO | | | | |
| 1 | 20 | 10 | 66.7 | 33.3 |
| 2 | 15 | 15 | 50 | 50 |
| 3 | 16 | 14 | 53.3 | 46.3 |

En la tabla 4 se muestra el sexo de pertenencia de los sujetos para cada grupo, encontrándose en los comerciantes que la participación de hombres (66.7%) es más alta en comparación con las mujeres (33.3%), mientras que en los otros dos grupos, la frecuencia tanto de hombres como de mujeres es aproximadamente igual.

TABLA 5

| ESCOLARIDAD | F | | | % | | |
|--------------|-------|----|----|-------|------|------|
| | Grupo | | | Grupo | | |
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Primaria | 3 | 0 | 2 | 10.0 | 0 | 6.7 |
| Secundaria | 13 | 0 | 8 | 43.3 | 0 | 27.7 |
| Bachillerato | 8 | 7 | 3 | 26.7 | 23.3 | 10.0 |
| Profesional | 4 | 14 | 12 | 13.3 | 46.7 | 40.0 |
| Otro | 2 | 9 | 5 | 6.7 | 30.0 | 16.7 |

La tabla 5 muestra la escolaridad por grupo. Se observa que los comerciantes tienen un nivel máximo de estudios de secundaria (43.4%), mientras que los servidores administrativos y públicos rebasan este nivel de estudios y se ubican como profesionistas (46.7% y 40.0% , respectivamente).

TABLA 6

| PUESTO | F | | | % | | |
|----------------------------------|-------|---|----|-------|------|------|
| | Grupo | | | Grupo | | |
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Comerciantes | 19 | 0 | 0 | 63.3 | 0 | 0 |
| Vendedor ambulante | 11 | 0 | 0 | 36.7 | 0 | 0 |
| Secretaria | 0 | 6 | 0 | 0 | 20.0 | 0 |
| Supervisor | 0 | 7 | 0 | 0 | 23.3 | 0 |
| Asistente admto. o Aux. contable | 0 | 9 | 0 | 0 | 30.0 | 0 |
| Especialista | 0 | 7 | 0 | 0 | 23.3 | 0 |
| Empleado de mostrador | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 40.0 |
| Anfitrión o Edecan | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 30.0 |
| Profesionista | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 30.0 |

En la tabla 6 se muestran los puestos que se derivan de cada grupo ocupacional y en tanto que el grupo de comerciantes sólo permite dos variantes, entre comerciantes establecidos y comerciantes ambulantes; los grupos de servidores administrativos y públicos se distribuyen en puestos diversos. En el caso de profesionistas, estos se encuentran ya desarrollando actividades relativas a su carrera.

TABLA 7

| FACTORES | x | |
|------------------|-------|------|
| Sensualidad | 13.34 | 3.14 |
| Temor | 24.45 | 4.67 |
| Agresión | 15.05 | 4.13 |
| Mitos | 18.68 | 4.96 |
| Fidelidad | 17.76 | 2.78 |
| Hábitos Sexuales | 15.23 | 3.30 |

En la tabla 7 se observa la media y desviación estándar para los tres grupos en respuesta a cada uno de los seis factores que miden Actitud hacia el SIDA. Como se puede ver, la media más alta corresponde al factor Temor (24.45) y la más baja a Sensualidad (13.34). Esto nos indica que el temor al presentar una media más elevada se debe a la información distorsionada o nula acerca de la enfermedad, lo que implica que las personas inhiban sus manifestaciones de afecto y amor expresando así su Sensualidad en niveles más bajos.

TABLA 8

| FACTOR | x | | | | | |
|------------------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| | Grupo | | | Grupo | | |
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Sensualidad | 12.56 | 13.20 | 14.26 | 3.42 | 2.56 | 3.24 |
| Temor | 25.23 | 23.56 | 24.56 | 5.36 | 4.50 | 4.07 |
| Agresión | 16.16 | 14.23 | 14.76 | 5.36 | 3.44 | 4.54 |
| Mitos | 20.36 | 17.80 | 17.90 | 5.64 | 3.59 | 5.14 |
| Fidelidad | 17.46 | 17.80 | 18.03 | 2.70 | 2.60 | 3.09 |
| Hábitos Sexuales | 15.56 | 15.40 | 14.73 | 3.66 | 3.15 | 3.10 |

En la tabla 8 se muestran las medias y desviaciones estándar que proporcionó cada grupo a los seis factores del instrumento. Se observa que los comerciantes reflejan las medias más altas en el factor Temor (25.23) y Mitos (20.36); y de igual manera, la media más baja en el factor Sensualidad (12.56).

Al revisar los factores, se podría decir que las creencias e ideas existentes en cada persona aumentan por el temor hacia la enfermedad, ya sea por falta de información o bien por información distorsionada, creando a su vez falsos mitos que dan pie a que las manifestaciones de afecto y acto sexual sean llevadas a cabo con temor y poco contacto sensual.

TABLA 9

| VARIABLE | x | t | Significancia |
|-------------|---------------|------|---------------|
| Agresión | Grupo 1 16.16 | 1.94 | .05 |
| | Grupo 2 14.23 | | |
| Mitos | Grupo 1 20.36 | 2.10 | .04 |
| | Grupo 2 17.80 | | |
| Sensualidad | Grupo 1 12.56 | 1.97 | .05 |
| | Grupo 3 14.26 | | |

En la tabla 9 se observa que al realizar la comparación de los tres grupos en relación a los seis factores que miden actitud hacia el SIDA, se encontraron diferencias significativas en:

- Agresión mayor en el grupo de comerciantes en comparación con los servidores administrativos (Significancia al .05).
- Mitos más arraigados en los comerciantes en comparación con los servidores administrativos (Significancia al .04).
- Sensualidad baja en los comerciantes en comparación con los servidores públicos (Significancia al .05).

5.2 DISCUSION DE RESULTADOS

El SIDA ha sido catalogado desde sus inicios como una enfermedad asociada a la sexualidad y básicamente a grupos específicos como son homosexuales y prostitutas. Mucha gente piensa que por ser estos grupos los que se asocian con la enfermedad, ellos no están expuestos a contraerla.

Sin duda esta percepción ha entorpecido los mensajes de prevención que diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han manejado para disminuir el contagio.

La actitud que manifiesta la población ante el SIDA depende de la información que se tiene de esta, desafortunadamente existe poco interés hacia la enfermedad a pesar de ser incurable y mortal, lo que ha disminuido la posibilidad de poder prevenirla. Hasta el momento no podemos abatir la enfermedad, pero sí podemos alterar su curso por medio de la prevención y disminuir así el índice de contagio.

Por lo tanto, conocer la actitud hacia el SIDA es el objetivo principal de la presente investigación y básicamente conocer la actitud en tres sectores ocupacionales: Comerciantes, Servidores Administrativos y Servidores Públicos, que hasta 1995 presentaban el índice más alto de contagio según las estadísticas de CONASIDA.

Para conocer la actitud de los tres sectores ocupacionales hacia el SIDA, se utilizó una Escala de Actitud que mide seis factores. En la Tabla 7 se puede observar que el factor Temor presenta el puntaje más alto.

Esto coincide con lo expuesto por Sherkovin (1985), quien menciona que el temor se produce por falta de información sobre situaciones que aterrizan y por lo tanto, la actitud que se toma y las acciones hacia cierta situación son equivocadas. A medida que el desconocimiento favorezca, los prejuicios se incrementan y más difícil resulta entender el dolor emocional, propiciando principalmente un aspecto psicológico que se ha manifestado en el ocultamiento y auto discriminación de las personas que han sido contagiadas. Por otro lado, la familia y la sociedad nos han enseñado a etiquetar a las personas y situaciones generando estereotipos o ideas fundadas en datos no precisos, y estose ve influido también por el momento histórico y por el lugar que ocupemos en el seno de una cultura. Aspectos que limitan el conocimiento razonado de fenómenos como el SIDA, niegan la gravedad con sólo poner a distancia la posibilidad del contagio.

Sin duda ésta situación se ha mantenido a pesar de los esfuerzos que se hacen llegar al público en general y hasta en ocasiones el personal médico cae en negligencias a pesar de la información con que cuenta, asumiendo así actitudes negativas como lo menciona López, M. (1990) en un estudio realizado sobre la actitud médica hacia el paciente infectado de VIH, quien encontró conductas que reflejaban temor al contagio, tales como: evitar tener contacto con objetos tocados por pacientes y el no existir contacto corporal con estos.

Generalmente la actitud de temor hacia el contagio manifestaba como rechazo y recelo hacia situaciones sexuales, trae como consecuencia una baja en las manifestaciones de afecto y amor hacia los demás; en este caso hacia la pareja.

Y a este respecto, la sensualidad que se manifiesta como sensaciones visuales, auditivas, olfativas, gustativas y de tacto que resulten placenteras, es el otro factor que se ve disminuido (Tabla 7), y que se podría explicar por el temor de contraer el SIDA en la relación sexual. Sin embargo, es posible que estas manifestaciones sean mostradas en relaciones extra maritales o con parejas casuales entre las que pudieran estar prostitutas, o bien, sin mostrar su sensualidad busquen contacto estrictamente sexual con otras personas, lo que los pondría en riesgo.

Además coincide con lo que menciona Sheriff (1985) acerca de las actitudes valorativas que se recrean hacia un objeto o situación, y que hacen que el individuo resuma sus experiencias del pasado, o bien sus creencias y las ponga en práctica en sus acciones diarias.

Al realizar la comparación entre los grupos en los seis factores se puede observar (Tabla 8) que el factor agresión (acción que intenta atacar o destruir a personas que están o podrían estar infectadas por el VIH), mitos (ideas formadas carentes de realidad, cerradas al mundo científico), sensualidad (sensaciones visuales, auditivas, olfativas, gustativas y de tacto que resulten placenteras) y fidelidad (dentro de la pareja el efecto constante y recíproco, entre dos personas exclusivamente que mantienen relaciones sexuales) se ubican en un puntaje mayor que los otros, siendo estos factores sobresalientes los que generan las diferencias estadísticas detectadas en la prueba.

Es importante observar también, que los comerciantes son los que manifiestan las diferencias significativas y los que presentan puntaje más alto en el factor agresión y mitos, y un puntaje menor en la sensualidad. Esto se debe posiblemente a su baja escolaridad, ya que el mayoría de los comerciantes, el grado máximo de estudios es a nivel secundaria (Tabla 5). En el caso de la agresión podría explicarse por la actitud que este grupo tiene de rechazo a esta enfermedad o personas que lo padecen y que se observa aun más que en los servidores administrativos. Con respecto a la fidelidad, son los servidores públicos los que presentan el índice más elevado y, aunque no fue un factor significativo, si genera diferencias ya que este grupo presenta un nivel mayor de estudios (licenciatura) y quizá podría referir esto que: A mayor escolaridad mayor fidelidad. Esto debido a que mientras mayor escolaridad se tiene, se le da mayor importancia a las medidas preventivas y se piensa más en una pareja estable, actitud que en los comerciantes no es tan racionalizada ya que, como se mencionó anteriormente, estos buscan parejas ocasionales con la finalidad única de satisfacerse sexualmente.

Recordemos además que para los comerciantes, la influencia de la moral ha creado lo que se denomina "homofobia" y que se presenta como uno de los mayores prejuicios que han conllevado a acciones de linchamiento y agresión física hacia los homosexuales,

generalizando así las conductas en base a juicios de valor bueno – malo respecto a las personas.

Tales acciones en ocasiones han conllevado a la violación de los derechos humanos de los afectados e incluso de los familiares, a pesar de que la Ley protege a todos por igual (CNDH).

García (1986) menciona que “el trato discriminatorio con expresiones de desprecio que resulten ofensivas para quienes lo reciban les causa incomodidad y humillación, por lo tanto se consideran agresiones de acción repetida y no deseada”.

Por otro lado, los mitos que se manifiestan también en un puntaje alto en los comerciantes en comparación con los servidores administrativos, podrían encontrar una explicación en el hecho de que cada sociedad integra en su cultura elementos contradictorios que obstaculizan la labor de prevención. En este caso, los comerciantes mantienen arraigadas sus creencias e ideas que son carentes de realidad y las sostienen sistemáticamente ante todo aquello que consideren diferentes, confundiendo diversidad con anormalidad (Morales, 1995), buscando también en esas ideas irreales una justificación a su propio comportamiento.

El temor a una enfermedad mortal y estigmatizada como el SIDA, crea conductas de defensa y negación que conlleva además a una serie de prejuicios.

Esto coincide con Jarvalois (1990) quien menciona que el prejuicio es una de las actitudes sin fundamento suficiente en la experiencia, que suele apoyarse en una generalización excesiva, manifestando una resistencia emocional al cambio.

Esto ha derivado efectos tales como:

Una reacción moralista que ha causado graves daños a los enfermos de SIDA, incomprensión e intolerancia, por lo que la sociedad se ha mostrado rencorosa, mezquina y además con un temor irracional que ha sido sin duda la mejor forma de difundir el SIDA.

Es por ello que el mensaje preventivo debe reforzarse sin apelar al miedo, la idea de que todos podemos infectarnos cambiaría conductas tan arraigadas.

En cuanto a la sensualidad que también es otro factor que presentó diferencias significativas entre los comerciantes y los servidores públicos (Tabla 9), podría explicarse con el hecho de que los comerciantes mantienen manifestaciones afectivas de manera precaria o en ocasiones nulas evitando así un contacto estrecho en donde no se permite la comunicación con la pareja durante la relación sexual. Esto los conlleva a percibir la sexualidad como una oportunidad de descarga biológica más que un acto placentero. De esta manera, únicamente piensan en su satisfacción y rara vez en la satisfacción de la pareja y estereotípicamente realizan el acto sexual (cópula) sólo como una obligación sin manifestar placer más allá del acto mismo.

Es importante mencionar que en muchas ocasiones estas personas no cuentan con un hogar funcional y que por lo tanto las manifestaciones de amor, aprecio, agrado, gusto, etc., no son enseñadas por la familia y crecen sin demostrar estas emociones como tal a los demás.

Por otra parte, debido a sus ideas o creencias arraigadas y prejuicios, los comerciantes es el sector ocupacional que sin tomar en cuenta las medidas preventivas, atribuye el contagio únicamente a los homosexuales y prostitutas considerados como los grupos de riesgo, y manejando de esta manera una estigmatización hacia dichos grupos y suponiéndose éstos por ende exentos de peligro de contagio.

La falta de educación y baja escolaridad, así como las creencias y prejuicios tan arraigados en ese sector, hace que se muestren indiferentes hacia los mensajes preventivos.

Es entonces que se puede concluir que de los tres sectores ocupacionales, es el de los comerciantes el que mantiene una actitud negativa hacia el SIDA y todo aquello que se desprenda de esta enfermedad.

Esto nos da pauta a pensar que la información sola no basta para modificar la actitud, es necesario diseñar campañas preventivas dirigidas a sectores específicos de la población, que respondan a las necesidades e intereses de estos grupos y que hablen su mismo lenguaje en su lugar de trabajo o reunión. De esta manera el mensaje preventivo influirá en un grado mayor, evitando así que la epidemia del SIDA se propague aún más.

5.3 LIMITACIONES

1. Una de las limitaciones más grande con la que nos encontramos fue el rechazo para colaborar en esta investigación, sobre todo en la aplicación de la escala, ya que en muchas instituciones, por el simple hecho de comentar que el instrumento era sobre el SIDA, nos decían que no tenían tiempo para contestarlo sin siquiera leer el contenido.
2. Pérdida de tiempo en instituciones como TV Azteca, Televisa, Gigante, entre otras, pues nos decían que ellos nos llamarían para darnos una cita y aplicar la escala, lo cual nunca ocurrió.
3. La falta de información sobre esta enfermedad crea un temor irracional y en instituciones como la Comisión Nacional de Derechos Humanos nos dijeron que si nos permitían el acceso podría perjudicar a la institución en el sentido de crearles conflictos tales como la sustracción de información confidencial o bien la introducción de objetos que dañarían su salud.
4. Otra limitante fue el número de reactivos, ya que manifestaban que eran demasiados y que les llevaría mucho tiempo contestarlo.
5. Aunque existiera confusión en alguna de las preguntas, los sujetos no pedían la ayuda al investigador, y más aún si se toma en cuenta que las personas que aplicaron la escala pertenecían al sexo femenino.

5.4 SUGERENCIAS

1. Es necesario crear campañas preventivas que estén dirigidas a los diferentes grupos; esto es, que manejen un lenguaje adecuado para cada uno considerando nivel de educación y edad.
2. Realizar campañas preventivas también a nivel de primarias y secundarias, ya que estos grupos son olvidados y por lo tanto debe darseles también atención.
3. Diseñar cursos y talleres estructurados, objetivos y atractivos con el fin de venderlos a las diversas instituciones para que los integren en su plan de capacitación y de esta manera brinde a los trabajadores la información necesaria sobre lo que es el SIDA. El objetivo sería también formar facilitadores entre los mismos empleados que logren a su vez llevar la información a los demás.
4. Para futuras investigaciones sería conveniente hacer un análisis tomando en cuenta el sexo y edad de los sujetos.
5. Realizar una discriminación de los reactivos y según la población a investigar, considerar el instrumento de este trabajo en donde se elimino la opción indeciso.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Bayes, R. (1991). *Psicología y Sida*. Universidad Autónoma de Barcelona.
2. Beltrán, J. *Pobreza y SIDA*. Grupo Voluntarios Cd. Neza.
3. Benitez, L. (1989) *El Sida, dogmas e incertidumbres*. Revista Medica del IMSS.
4. *Boletín mensual SIDA/ETS*. Año 9 No.3 Marzo, 1995.
5. Caguam, J. (1987) *Sexualidad y cultura*. Edit. Pax México.
6. Cruz Paez., Martínez Lozada. *Actitud sexual ante el Sida*. Tesis Psicología. UNAM, 1991.
7. Díaz-Loving, R., Rivera, S. *Prevención de contagio de VIH: Aplicación de la teoría de acción razonada a la predicción de uso de condón*. UNAM, 1994.
8. Díaz-Loving, R. *Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el sida*.
9. *Fundación R.E.D. Manual de prevención del sida*. Edit. Colihue. Buenos Aires, Argentina 1992.
10. *Folleto informativo de CONASIDA y Comisión Nacional de Derechos Humanos*. 1995.
11. *Folleto A través del espejo. Guía de consejería*. CONASIDA, 1991.
12. Galván - Díaz, F., González, R., Morales, S. (1991) *Del SIDA en México: aspectos del gobierno y la sociedad*. Enil Lumsden. *Homosexualidad, sociedad y estado en México*. Sol ediciones Canadian Gay Archives. 1a. edición.
13. *Guía de Orientación para informadores VIH/SIDA*. CONASIDA. México, 1990.
14. *Guía para la atención psicológica de personas que viven con VIH/SIDA*. CONASIDA, México, 1994.
15. González Kurí, T. *Estrategia Educativa de CONASIDA*. Mayo-Junio 1989. Año 11. Num. 1.
16. Goffman, L. (1986). *La identidad deteriorada*. Edit. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
17. Gordon, Gill y Klouda. (1990) *La prevención del Sida y la planificación familiar*. Edit. Presencia. Bogotá, Colombia.

18. La Psicología social hacia el siglo XXI . AMEPSO. IV Congreso Mexicano de Psicología Social. Septiembre, 1992.
19. Lerbinger, O. (1979) Diseño para una comunicación persuasiva. Edit. El Manual Moderno. México.
20. López, A. La Sexualidad desde el Sida. Tesina 1990 Fac. Psicología
21. Mc. Cary, J. (1983) Sexualidad Humana de Mc Cary. Edit. El Manual Moderno. México.
22. Miller, D. (1989). Viviendo con SIDA/VIH. Edit. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México.
23. Memorias del V Congreso Nacional sobre Sida. Noviembre-Diciembre 1995 CONASIDA.
24. Moctezuma Barragan. El SIDA y los Derechos Humanos. Revista Examen. Vol. 2. Núm. 14. Julio 1990.
25. Olaiz, G. (1988). Sida la epidemia que a todos afecta. Edit. Diana. México.
26. Orellano, G., González, M. Representación social del SIDA en adolescentes (Bases para el diseño de una campaña de prevención). Tesis Psicología, UNAM. México, 1991.
27. Piña, J.; Duarte, L. y Guzmán, A. (1994) El comportamiento como categoría psicológica frente al Sida. Universidad de Sonora.
28. Ruiz López, Y. Conductas y actitudes del sida en una muestra universitaria. Tesis UNAM, 1991.
29. Rosenbaum, V. (1987) Sida, realidades y fantasías. Edit. Katum. México.
30. Sánchez Alpizar. Encuesta de opinión a la comunidad universitaria sobre la aparición y propagación del Sida. Tesis UNAM, 1991.
31. Sandner, O. (1990). Sida la pandemia del siglo. Monte Avila Editores, Venezuela.
32. Sida: Manual de trabajo para capacitadores. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. México, 1990.
33. Sepúlveda, J., Brofman, M., Rico, B. SIDA y Derechos Humanos. Secretaria de Salud y CONASIDA. México, 1992.

34. Sepúlveda, J. (1989) Sida, Ciencia y Sociedad en México. Edit. Fondo de Cultura Económica. México.
35. Suplemento Letra "S". ONG y SIDA. El Nacional. Agosto, 1995.
36. Suplemento Letra "S". Servicios y SIDA. El Nacional. Octubre, 1995.
37. Suplemento Letra "S". Contra el SIDA. El Nacional. Diciembre, 1995.
38. Suplemento Letra "S". Religiones y SIDA. El Nacional. Enero, 1996.
39. Suplemento Letra "S". Género, Mujer y SIDA. El Nacional. Marzo, 1996.
40. Zincer, O. Psicología experimental. Edit. Mc.Graw Hill.

ANEXO

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de afirmaciones en relación al SIDA y queremos que conteste marcando con una "X" el espacio que mejor describa su forma de pensar. Recuerde que no existen respuestas BUENAS o MALAS, puesto que cada persona piensa de forma diferente.

Como usted verá este es un cuestionario anónimo, pero queremos que nos proporcione algunos datos suyos.

GRACIAS

Edad _____

Sexo _____

Escolaridad: Primaria _____
 Secundaria _____
 Bachillerato _____
 Profesional _____
 Otro _____

Puesto que desempeña _____

9.- El que yo tenga varias parejas no es riesgo para que adquiera el SIDA.

TA A D TD

10.- Un heterosexual no puede contraer el SIDA.

TA A D TD

11.- Abandonaría a mi pareja si la supiera infectada.

TA A D TD

12.- Rechazaría una relación casual, por cuidar mi salud y la de mi pareja.

TA A D TD

13.- Manifestaría abiertamente mi ternura, cariño y amor a mi pareja aún sabiéndola infectada.

TA A D TD

14.- Debo suspender mis relaciones sexuales con mi pareja.

TA A D TD

15.- Las personas infectadas deben suspender su actividad sexual.

TA A D TD

16.- Si me infectara por culpa de mi pareja jamás se lo perdonaría.

TA A D TD

17.- Es responsabilidad de mi pareja y mía el que nos contagiemos de SIDA.

TA A D TD

18.- He dejado de acariciar a mi pareja.

TA A D TD

19.- He dejado de tragar semen de mi compañero.

TA A D TD

20.- No me atrevería a tener relaciones sexuales con alguien que no conozco.

TA A D TD

21.- El SIDA es una enfermedad exclusiva de los homosexuales.

TA A D TD

22.- Me daría vergüenza comentarles a mis amigos que mi pareja está infectada.

TA A D TD

23.- Si mi pareja me confesara que estando conmigo ha tenido relaciones sexuales con otras personas, me deprimiría.

TA A D TD

24.- Mis prácticas sexuales han disminuido a partir de la información obtenida sobre el SIDA.

TA A D TD

25.- Si me enterara que alguno de mis amigos esta infectado me alejaría de él.

TA A D TD

26.- Al saludar a una persona infectada correría el riesgo de infectarme.

TA A D TD

27.- Si mi pareja estuviera infectada estaría de acuerdo en que se le aplicara la eutanasia.

TA A D TD

28.- Se disfruta la relación sexual con condón.

TA A D TD

29.- En los besos con mi pareja ya no hay intercambio de saliva.

TA A D TD

30.- El SIDA se puede contraer por usar los mismos utensilios de cocina de una persona infectada.

TA A D TD

31.- Por ningún motivo le permitiría eyacular dentro de mi cuerpo a mi pareja.

TA A D TD

32.- El intercambio de ropa sudada de una persona infectada me transmitiría el virus.

TA A D TD

33.- Si estuviera infectado eyacularía dentro de mi pareja (ano, vagina, boca).

TA A D TD

34.- La picadura del mosquito puede transmitir el virus del SIDA.

TA A D TD

35.- Si dudara de la salud de mi pareja, la obligaría hacerse la prueba del SIDA.

TA A D TD

36.- El cortejar a otras personas sin llevar a cabo la relación sexual no lo considero como traición a mi pareja.

TA A D TD

37.- El llevar a cabo prácticas sexuales orales, no implica posibilidad de contraer el SIDA.

TA A D TD

38.- Al besar en la boca a una persona infectada, adquiriría el virus.

TA A D TD

39.- La información que tengo sobre el SIDA me ha llevado a pensar que mi pareja me engaña

TA A D TD

40.- Me es placentero eyacular sobre el cuerpo de mi pareja.

TA A D TD

41.- Si mi pareja me propusiera que nos hicieramos la prueba del SIDA pensaría que me engaña.

TA A D TD

42.- Se que aunque estuviera infectado sentiría placentero eyacular sobre el cuerpo de mi pareja.

TA A D TD

43.- A través de la orina de una persona infectada se puede adquirir el virus del SIDA.

TA A D TD

44.- Nuestras relaciones sexuales han disminuido a partir de la aparición del SIDA.

TA A D TD

45.- Si le encontrara preservativos a mi pareja sería un indicio de que me engaña.

TA A D TD

46.- El que mi pareja y yo estuviéramos infectados no sería motivo para dejar de expresar nuestro afecto.

TA A D TD

47.- Si me infectara sería por culpa de mi pareja.

TA A D TD

48.- Aun sabiendo del SIDA no me preocupa serle fiel a mi pareja.

TA A D TD

49.- Lo peor que me podría pasar es saberme infectado.

TA A D TD

50.- Me he preocupado tanto por el SIDA que he decidido dejar de relacionarme sexualmente con mi pareja.

TA A D TD

51.- Algunas de las posiciones más estimulantes son: por delante, mujer de rodillas y penetración por detrás.

TA A D TD