

149



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

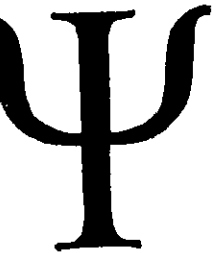
ACTITUD DE LOS DEPORTISTAS UNIVERSITARIOS
ANTE EL SIDA

295377

TESIS PROFESIONAL
QUE PRESENTAN:
MARTINEZ MARQUEZ VICTOR ÓSWALDO
NAVARRO ARIAS MARTHA
SUAREZ RAMOS VERONICA
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. ARTURO ALLENDE FRAUSTO

ASESORES TECNICOS: LIC. AURELIO RAMIREZ
LIC. FABIAN MARTINEZ
LIC. ENRIQUE BUZO



MEXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por darnos la oportunidad de ser parte de ella durante nuestra preparación profesional.

A la Jefatura de Actividades Deportivas, Recreativas y Competitivas de la UAM Xochimilco, por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

A los profesores : Melba, Edgar, Jesús, Miguel, Arnulfo, José, Jesús y a todos aquellas personas que con su entusiasmo nos apoyaron para lograr el sueño.

A nuestro director de tesis Arturo Allende, por sus sabias enseñanzas y sus acertados comentarios; a la Dra. Luisa Rosy, por sus valiosas observaciones; a Fabián Martínez y Enrique Busio por su asesoramiento en la parte estadística; a Aurelio Ramirez por todo su apoyo y asesoría; y a cada uno de nuestros sinodales, los cuales con sus valiosas aportaciones enriquecieron aun mas nuestro trabajo.

A todos y cada uno de nuestros profesores a lo largo de este trayecto , que día a día con sus enseñanzas forjaron en nosotros un espíritu de humanidad y de profesionalismo.

A Claudia, Jonalitan y Adrian, por ayudarnos a la realización de este trabajo .

Y a todas y cada unas de las personas que hicieron posible con su apoyo y enseñanza hiciéramos posible la meta de culminar una peldaño mas de nuestra vida profesional

A todos ¡GRACIAS!

Martha, Verónica y Víctor 2001

Esta tesis se la dedico especialmente a mis papas por haberme apoyado a lo largo de esta trayectoria, ya que gracias a su comprensión y apoyo económico pude lograr terminar mi carrera así como la titulación de la misma. Gracias desde el fondo de mi corazón por todas y cada una de sus sugerencias a lo largo de mi existencia académica.

Te agradezco a ti Adrián por haberme apoyado en toda la tesis, gracias por haberme impulsado cuando me desanimaba a seguir, por que gracias a ti en gran parte pude llegar a feliz termino mi proyecto de tesis.

Deseo dedicarte esta tesis a ti Héctor por haberme cuidado y ayudado a lograr mi meta, por haber compartido y ayudado a continuar a pesar de mis dudas e inseguridades, de seguir adelante. Te la dedico con todo mi cariño.

Gracias a todas y cada una de las personas que me ayudaron, así como especialmente a mi tío Marcos, Verónica y Víctor por haber aceptado trabajar juntos este tema y que a pesar de nuestros problemas personales y de grupo, siempre pudimos seguir adelante, por no solo nos unió esta tesis sino también el cariño que sentimos entre nosotros.

*Martha mejor conocida como TITA
Agosto del 2001.*

A quien debo de agradecer en primer lugar es a Dios , por darme cada día la oportunidad de cumplir cada uno de mis sueños y metas.

A mis papas Juan y Queta, por todo su apoyo ,cariño y comprensión, por compartir conmigo mis triunfos y mis fracasos, así como su ejemplo para salir siempre adelante. Este sueño es parte de ustedes también.

A Liby, Esther, Martha. A mis queridas hermanas, que me ayudaran y me apoyaron cuando las necesite he hicieron posible que lograra mi meta.

A Remy por compartir conmigo cada uno de los momentos de mi vida, por sus consejos, su apoyo cuando lo necesite y su cariño incondicional.

A Martha y a Victor por compartir un ideal y lograr que se volviera realidad

A Marcos y Quela por sus sabios consejos y enseñanzas para dar amor a la humanidad.

A todas mis amigos y todas aquellas personas que hicieron posible que mi meta se cristalizara.

A toda y cada una de las personas ; GRACIAS!

Verónica 2001

*El más grande y sincero agradecimiento a mis Padres,
ya que gracias a su apoyo, pude concluir toda mi carrera
y esta tesis*

Dedico este trabajo a ellos y a su esfuerzo

*Agradezco a Martha y a Verónica por haberme invitado
a formar parte de este gran trabajo y por su amistad*

*Gracias a ti Vero Saldaña, por estar aquí y compartirlo
conmigo.*

*Doy un agradecimiento especial a Arturo Allende,
por su paciencia y conocimientos aportados
a este trabajo y del cual he aprendido mucho*

*Son tantas las personas que han estado involucradas
en la realización de esta tesis con las cuales estoy
profundamente agradecido.
A todas y cada una de ellas, ¡Muchas Gracias!*

*VICTOR MTZ.
Agosto del 2001*

INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPITULO 1	
ACTITUD	
1.1. Definiciones de Actitud.....	8
1.2. Medición de la Actitud.....	11
1.3. Cambio de Actitud.....	14
1.3.1. Factores del mensaje en el cambio de Actitud.....	16
1.4. Actitudes hacia El Síndrome de Inmuno Deficiencia Humana (SIDA).....	18
1.5. Aspectos Psicosociales.....	20
1.6. Derechos Humanos y SIDA.....	21
CAPITULO 2	
SIDA	
2.1. Antecedentes.....	24
2.2. Definición de SIDA.....	25
2.3. Agente causal.....	26
2.4. Epidemiología.....	27
2.4.1. En el Mundo.....	27
2.4.2. En México.....	28
2.5. Medios de transmisión.....	28
2.5.1. Transmisión sanguínea.....	28
2.5.2. Transmisión perinatal.....	29
2.5.3. Transmisión sexual.....	30
2.6. Manifestaciones clínicas sobre el SIDA.....	31
2.7. Enfermedades relacionadas con la infección del SIDA.....	32
2.8. Aspectos psicológicos ante el SIDA.....	38
2.9. SIDA y Deporte.....	40
CAPITULO 3	
DEPORTE	
3.1. Antecedentes.....	43
3.2. Definición de Deporte.....	45
3.3. Clasificación de los deportes.....	47
3.3.1. Deportes Individuales.....	47
3.3.2. Deportes Colectivos.....	48
3.3.3. Deportes de Combate.....	48
3.3.4. Deportes al aire libre.....	48
3.4. Aspectos Psicosociales de los Deportes.....	49
3.5. Los Deportes y la Sociedad.....	50

CAPITULO 4

DESARROLLO DEL INDIVIDUO

4.1. La Adolescencia.....	53
4.2. Características biológicas, psíquicas, sociales y morales del Adolescente...	55
4.3. Adulto joven.....	57
4.4. El Adolescente, el Deporte y el SIDA.....	58
4.5. Deporte y sexualidad.....	59

CAPITULO 5

MÉTODO

5.1. Justificación y planteamiento del problema.....	61
5.2. Objetivo.....	61
5.3. Hipótesis.....	61
5.4. Variables.....	61
5.5. Definición conceptual de variables.....	62
5.6. Definición operacional de variables.....	62
5.7. Sujetos.....	62
5.8. Muestreo.....	62
5.9. Tipo de estudio.....	62
5.10. Diseño.....	63
5.11. Instrumental y/o materiales.....	63
5.12. Procedimientos.....	65
5.13. Escenarios.....	71
5.14. Diseño estadístico.....	71

CAPITULO 6

6.1. Resultados.....	72
6.2. Interpretación de Resultados.....	75
6.3. Discusión.....	75
6.4. Conclusiones.....	76
6.5. Limitaciones.....	77
6.6. Aportaciones y sugerencias.....	77

BIBLIOGRAFIA.....	78
-------------------	----

ANEXOS.....	80
-------------	----

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar si a partir de la información proporcionada mediante un taller sobre el SIDA, ocurría un cambio en la actitud de los deportistas universitarios hacia esta enfermedad. La información juega un papel fundamental en la forma en cómo las personas perciben el SIDA, por lo que se propuso manipular esta variable. Se aplicó un cuestionario a 100 deportistas universitarios (UAM Xochimilco), con edades comprendidas entre los 18 y 25 años. El cuestionario estuvo compuesto por dos partes, información (18 reactivos) y actitud (19 reactivos). Al término de la aplicación y pasados cinco días, se les dio un taller sobre información básica de la enfermedad llamada SIDA. Después de cinco días, se les volvió a aplicar a los mismos 100 deportistas sólo la parte de actitud; esto con el fin de conocer si existía una correlación entre la actitud de los deportistas antes y después del taller, dando como resultado que sí influye la información proporcionada en la actitud de los deportistas.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día muchas personas creen que la medicina moderna eventualmente será capaz de curar la mayoría de las enfermedades. Pero algunos de los males que amenazan la vida siguen siendo un misterio y despiertan cierto pavor en casi todas las personas. Las enfermedades que azotaron a las generaciones pasadas, tales como la lepra o la viruela, crearon una gran influencia en la imaginación de la humanidad entera, y esto provocó que se percibiera a la gente enferma como algo repugnante. La persona soportaba no solo la carga de la enfermedad sino también el estigma que se le atribuía.

Actualmente, las personas que sufren de cáncer se enfrentan a situaciones similares. Por muchos años, los temores de la gente a la polio y a la tuberculosis nacieron del desconocimiento de cómo se transmitían las enfermedades; la medicina moderna no tuvo ni vacuna ni cura por un breve periodo de tiempo.

El SIDA inspira un temor semejante: aunque no hay cura ni vacuna hasta el momento, se conocen bien las formas para evitar el contagio; no obstante, el estigma está combinado con la presencia del SIDA entre los homosexuales masculinos y femeninos, así como a las sexoservidoras y las personas que se inyectan drogas en las venas, grupos que evocan sentimientos negativos en muchos individuos. La sensación de horror en las personas aumenta debido a que el prolongado período del estado latente de la infección del VIH puede ser transmitido por personas que ni siquiera saben que son portadoras del virus, contribuyendo de esta manera a la percepción de que nadie está a salvo.

Un gran peligro por el que este virus se considera una de las peores epidemias humanas ha sido el hecho de puede pasar extremadamente inadvertido. Es por esta razón que las personas que se ha diagnosticado con la enfermedad SIDA representan solamente una porción de aquellas personas que están realmente infectadas. El virus causante de esta enfermedad es llamado virus de inmunodeficiencia humana (VIH), los individuos que lo contraen pueden permanecer aparentemente bien por 10 o más años; sin embargo, pueden experimentar un empeoramiento gradual de síntomas que van apareciendo como resultado de la destrucción progresiva de sus sistemas inmunológicos causados por el VIH (CONASIDA, 1994).

Así reconocer al SIDA como una enfermedad, tuvo relevancia tanto médica como social siendo en la sexualidad humana en la que reflejó una mayor incidencia, ya que se le relacionó directamente a prácticas de riesgo que conllevan la posibilidad de contraer o transmitir la infección. Esta razón llevó a las personas con práctica sexual activa a buscar alternativas de prevención por lo que se han limitado las vivencias sexuales provocando que se den una serie de actitudes hacia la enfermedad, mismas que van desde el rechazo a las personas infectadas por miedo de contraer la enfermedad hasta considerar a la enfermedad como exclusivo de un grupo determinado (homosexuales, sexoservidoras y personas que se inyectan drogas) llevando implícita la discriminación. Pero no todo es negativo ya que estas prácticas de prevención han influido en cierta medida para que se ejerza

una sexualidad responsable evitando los contactos sexuales sin protección lo que disminuye así mismo los riesgos de contraer otras infecciones de carácter sexual.

La psicología social preocupada por toda esta situación ha procurado realizar investigaciones con la finalidad de conocer las actitudes que provoca en la gente esta enfermedad, dando origen a las escalas de actitud, consideradas como medición objetiva de una predicción subyacente en la acción (Salazar, 1988).

Las actitudes han sido estudiadas por la psicología social que son definidas por Perlman y Cozby (1985) como sentimientos evaluadores (buenos o malos) hacia determinados blancos; las actitudes pueden ser afectivas y emocionales.

En general se considera que las actitudes son relativamente permanentes; esto es, que los sentimientos que la gente tiene hacia objetos y personas son probablemente estables a lo largo de su vida

Aunque las actitudes pueden cambiar (Perlman y Cozby, 1985) y así pasa, esto no ocurre al azar; algo sucede que ocasiona el cambio, debido a que son relativamente permanentes pueden ser estudiadas, medidas y empleadas para predecir acciones.

Se considera que la información juega un papel importante para lograr ese cambio de actitud, aunque esto no es una regla. De la misma forma se observa que la información juega un papel importante en la prevención.

El presente trabajo tiene como objetivo conocer el papel que juega la información sobre SIDA con relación al cambio de actitud de los deportistas universitarios ante la enfermedad.

El primer capítulo de este trabajo aborda las diferentes posturas de los autores tratando de definir a la actitud.

El segundo capítulo presenta los aspectos generales del SIDA: su origen, definición, agente causal, enfermedades oportunistas, sus fases de evolución y los aspectos psicosociales que giran en torno a la enfermedad.

El tercer capítulo se trata acerca de los antecedentes del deporte, sus características y como el SIDA a llegado a la comunidad deportiva.

Dentro del cuarto capítulo se describen brevemente las características físicas, psicológicas y sociales de los adolescentes de 18 años y del adulto joven hasta los 25 años.

El método realizado para la investigación se describe en el quinto capítulo.

Finalmente los principales hallazgos encontrados, así como las conclusiones de este trabajo son presentados en el capítulo seis, denominado resultados y conclusiones.

CAPITULO 1

ACTITUD

1.1. Definiciones de Actitud

McGuire (1968, citado en Reich, 1980), señaló que en la década de 1920, algunos teóricos juzgaban al concepto de actitud tan importante para la psicología social, que llegaron a equiparar a ésta con el estudio de las actitudes.

La psicología social (Salazar, 1988, citado en Hernández y Ramírez, 1996) aprovechando esta situación desarrolló una fuerte corriente que se dedicó a realizar investigaciones de laboratorio utilizando sujetos humanos los cuales respondían a cuestiones formuladas, la mayoría de las veces, de manera verbal, la cuantificación de estas respuestas dio origen a las escalas de actitud, consideradas como medición objetiva de una predicción subyacente en la acción.

Pearlman y Cozby (1985, citado en Galván y Gay, 1992), atribuyen la importancia de las actitudes a lo siguiente: "Las actitudes son relativamente permanentes: esto es, que los sentimientos de la gente hacia objetos y personas son probablemente estables. Las actitudes pueden cambiar, pero esto no ocurre al azar, algo sucede que ocasiona el cambio." Así mismo se afirma: "Las actitudes son aprendidas. El proceso de formación y cambio de actitudes puede ser estudiado, y es posible desarrollar programas que animen el cambio de las actitudes de acuerdo a los objetivos planteados en cada sociedad."

Turner y Conerson (1965, citado en Hernández y Ramírez, 1996), encontraron que las actitudes sociales dan un estado de predisposición en la persona hacia la acción, que al combinarse con una situación propicia, estas actitudes puedan ser consideradas como buenos elementos para la predisposición de la conducta.

El término actitud (Jones, 1980) como tal, no se encuentra como propiedad de ninguna escuela o corriente ya que es un término lo suficientemente basto para ser aplicado a individuos y grupos, a patrones individuales y a patrones sociales o culturales. Por esta razón, la definición de actitud se aborda desde una perspectiva más general. Al tener una actitud, los psicólogos lo consideran como que los sujetos tienen una disposición mental para sentir, pensar y comportarse de una manera positiva hacia determinado objeto o situación.

Las opiniones son expresiones verbales de disposiciones subyacentes. La actitud es una predisposición para acercarse o evitar cierta clase de objetos. Esto afirma que la actitud ocurre antes que las expresiones. Por lo tanto es de interés básico hablar sobre la actitud y su correspondiente estudio. También se afirma que: "Las actitudes tienen dos funciones básicas:

1) las actitudes promueven la economía de ajuste lo que proporciona al individuo una base pronta para tomar decisiones y son disposiciones hacia objetos que pertenecen a ciertas categorías cognoscitivas; 2) las actitudes confieren mayor estabilidad y predictibilidad social y hacen posible el intercambio preciso e intrincado que caracteriza a los seres humanos frente a los organismos inferiores. Saber que las personas tienden a responder de una manera consistente con sentimientos positivos, neutros o negativos hacia las diferentes clases de objetos, facilita que la persona pueda aprender las diferentes variables que influyen en el comportamiento de la otra persona. Por este medio podemos derivar un conjunto de funciones fijándonos en el individuo y en sus requisitos de ajuste, y deriva otro conjunto examinando las condiciones necesarias para que exista trato social y formación de grupos".

Summers (1988) define la actitud como una conducta que se necesita procesar. Se basa en los modos de conductas característicos, consistentes y selectivos, de lo que se infiere que la actitud se basa en normas y escalas características de comparación. Operacionalmente la actitud se define como el conjunto de categorías del individuo por las cuales evalúa un dominio de estímulos, que él mismo establece a medida que conoce dicho dominio a través de la interacción con otras personas y que lo relacionan con varios subconjuntos dentro de aquel dominio, con distintos grados de afecto positivo o negativo.

Arias Galicia (1980, citado en Galván y Gay, 1992) llama a este objeto, objeto psicológico y lo define como cualquier símbolo, persona, institución o cosa ante los cuales y tomándolos como referencia, la gente difiere en el grado y tipo de reacción; el objeto psicológico es sinónimo de estímulo.

Actitud es una predisposición (Summers, 1988) a responder a un objeto y no a la conducta efectiva hacia el objeto. La disposición de conducirse es una de las cualidades de la actitud.

Esta gran variedad de definiciones sobre actitud (Kench, 1962; Sherif, 1965; Kemball, 1967; Rodríguez, 1976, citado en Hernandez y Ramirez, 1996) pueden ser agrupadas de acuerdo al aspecto que resaltan, por ejemplo algunas manejan el aspecto afectivo, otras el aspecto conductual y otras, no menos importantes, el cognitivo.

Respecto a los componentes afectivos (Witting, 1990; Ríos, 1991, citado en Hernández y Ramírez, 1996), el elemento sentimental se refieren a todas aquellas reacciones emocionales ligadas al objeto de la actitud.

El aspecto cognitivo (Reich, 1980) indica que para que exista una actitud relacionada a un objeto es necesario que el sujeto tenga antes una representación cognoscitiva de dicho objeto, esto obviamente debe incluir las creencias de más componentes cognitivos que se tengan sobre el mismo.

Reich (1980), argumenta que cada actitud posee un componente afectivo, otro cognitivo y un tercero, conativo. Esto significaría que sí se tiene, por ejemplo, un sentimiento positivo hacia un objeto, también se tendrá ciertos conocimientos positivos acerca de éste. Esto indica que la conducta que se exhiba hacia dicho objeto, no forma parte de la actitud propiamente dicha; sólo

la "tendencia" a actuar (p.e. ayudar, buscar, etc.) es la que forma parte de ella. Por lo tanto, la acción en sí no puede ser un componente del concepto de actitud ya que ésta última es un fenómeno que no puede ser directamente observado.

De esta forma, el autor argumenta que si todas las actitudes tienen un componente afectivo, otro cognitivo y un tercero conativo, podría esperarse encontrar una elevada correlación entre los tres.

Kretch, Cruthfield y Ballachey (1962, citado en Reich, 1980), dan una definición de actitud más formal: "las actitudes son sistemas perdurables de evaluación positivas o negativas, sentimientos y técnicas de acción a favor o en contra de objetos sociales". Así, se menciona que, el concepto de actitud se considera como una predisposición o inclinación mental que implica que los sujetos tengan determinada tendencia, o motivación, para percibir al mundo social dentro de categorías de bondad o maldad.

En otras palabras, las actitudes provocan en el sujeto una respuesta evaluativa (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957, citado en Reich, 1980).

Summers (1976, citado en Hernández y Ramírez, 1996) nos dice que la actitud abarca lo siguiente:

- Es persistente pero no inmutable.
- Se refiere tanto a objetos concretos como abstractos (personas, grupos, instituciones) o a situaciones específicas.
- Conduce a una reacción o comportamiento preferencia ante un objeto o una situación. La respuesta puede ser positiva o negativa y estar determinada por componentes valorativos y afectivos. Una persona puede también valorar de una manera determinada la conservación o el abandono de una actitud.
- Tiene una cualidad direccional es decir posee una característica motivacional y connota preferencias.

Kneck (1962, citado en Summers, 1988), considera que las actitudes están conformadas por la parte cognitiva que integra a las creencias y la información, lo parte emocional que abarca lo emotivo y sentimental y la parte conductual que incluye a la acción con la que se responde.

Para otros autores conocidos como Fishbein y Ravel (1985, citado en Hernández y Ramírez, 1996), el componente afectivo lo definió como el sentimiento que se da a favor o en contra de un determinado objeto social y es lo único que realmente caracteriza a las actitudes sociales.

Las actitudes siempre tienen un objetivo (Rogers, 1975), pudiendo ser éste una persona, un grupo, una nación o un objeto, producto de cualquier cosa. Las actitudes pueden caracterizar algo como positivo o favorable a través de la neutralizada hasta lo negativo o desfavorable.

Se considera a la actitud como una evolución positiva o negativa de un objeto (Raven, 1981), pudiendo ser tanto una persona como un objeto.

Cook y Selltiz (citado en Summer, 1988) consideran a las actitudes como " una disposición fundamental que interviene junto con otras influencias en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objeto, las cuales incluyen creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación y evitación con respecto al objeto".

1.2. Medición de la Actitud

Las actitudes sólo pueden medirse de forma indirecta (Reich, 1980). Se necesita de una medida para comparar a los individuos ó grupos y también para registrar cambios dentro de un individuo cuando éste cambie de actitud. De esta forma se puede contar con pruebas, que al mismo tiempo que sean confiables y válidas, también deben ser sensibles al discriminar las diferencias tanto burdas como finas a lo largo de toda la dimensión examinada, aunque si bien, la mayoría de estas pruebas se basan en reportes verbales. A continuación se mencionan algunas de estas pruebas.

Escala de Thurstone:

Elaborada en 1929, fue una de las primeras técnicas creadas para medir la actitud. Diseñada a partir de oraciones descriptivas, que iban desde la actitud más favorable hasta la más desfavorable. Estas oraciones expresan posiciones separadas por intervalos iguales a lo largo de toda la escala, de la misma manera que la distancia entre dos y tres metros es la misma que entre tres y cuatro metros. La naturaleza objetiva de esta medida debería permitir distinguir entre las personas en cuanto al "grado" de que difieren con respecto a un factor determinado.

Así, se eligió un tema determinado y se reunieron oraciones extraídas de diferentes fuentes que representaban dimensiones tanto favorables como desfavorables. Estas oraciones fueron entregadas a un gran número de jueces quienes las ordenaron en diferentes categorías, teniendo una categoría central, la postura neutra, pero se les dijo a los jueces que se abstuvieran de expresar su propia actitud hacia las oraciones por lo que únicamente se señalaba el grado hasta donde cada oración indicaba una actitud desfavorable o favorable. De las oraciones se selecciona una cantidad menor que se incluían a la escala final. La selección se hizo basándose en la mayor coincidencia entre los jueces en cuanto a sus evaluaciones y a los valores escalares que formaron una escala total dividida en intervalos iguales. De esta forma, cada oración tenía un valor numérico correspondiente al promedio de las evaluaciones de todos los jueces. Posteriormente, la escala final se presentó al sujeto de evaluación como una lista que contenía oraciones presentadas al azar, en donde cada oración tiene un valor numérico correspondiente al promedio de las evaluaciones de los jueces y a la cual el sujeto debía indicar las oraciones con las que estaba de acuerdo. Finalmente, el experimentador podría obtener una medida de la actitud del sujeto, registrando los valores numéricos asociados a las oraciones.

Lo que queda claro es que la elaboración de una escala de este tipo requiere de mucho tiempo, siendo preciso invertir el mismo esfuerzo en cada actitud que se deseé medir, ya sean uno o mil los sujetos que respondan a la prueba.

Distancia Social:

Diseñada en 1925 por Bogardus como una escala de actitud, es de las que mejor mide el componente conativo de una actitud, o bien, lo que sería la tendencia a actuar. La intención original era crear una forma de medir el grado de aceptación o rechazo de unos forasteros por parte de los nativos de una comunidad. Utilizando siete oraciones que indicaban diferentes grados de intimidad, los respondientes tenían que señalar cual de las oraciones eran aceptables para ellos, tomando como referencia un individuo de alguna nacionalidad en específico.

Con esta prueba pudo medir las diferencias entre los individuos hacia un grupo en específico y las diferencias interpersonales hacia diferentes grupos.

Triandis (1971, citado en Reich, 1980) utilizó esta técnica extensamente, variando algunos factores como el de la religión o la raza. Trató de guiar sus observaciones por una perspectiva transcultural, intentando descubrir aquellas variables independientes que más influyen sobre la puntuación de distancia social de una persona.

Crespi (1945, citado en Reich, 1980) modificó la técnica para convertirla en una medida de la actitud de una persona hacia objetos de conciencia. La principal limitación de la técnica parece ser de que se trata de una prueba de "aceptación" de estímulos que suelen percibirse de una manera negativa (en el caso del autor, los forasteros son percibidos negativamente), aunque es un instrumento relativamente sencillo y muy útil.

La Sociometría:

Esta técnica se puede aplicar en miembros de un grupo natural, como por ejemplo un grupo escolar, los miembros de algún club ó de alguna organización laboral. Consiste en pedir a los sujetos del grupo que identifiquen al compañero predilecto para una actividad específica y posteriormente se clasifica al resto del grupo por orden de preferencia. Un ejemplo de alguna pregunta que se haga puede ser "¿junto a quién prefiere estar usted sentado?". Así, es posible descubrir dentro de cualquier grupo, la persona "sobreelegida" y a su contraparte, es decir, la persona a la que nadie elige para la actividad.

Ya que la prueba se concentra en preferencias con respecto a intenciones conductuales, se puede obtener información suplementaria agregando otra pregunta abierta a la anterior, como por ejemplo: "¿Junto a quien prefiere estar sentado y por qué?"; de esta forma se pueda obtener información acerca de los componentes afectivos y cognoscitivos de la actitud del respondiente.

A pesar de que esta técnica no ha sido ampliamente utilizada en investigaciones sobre actitud, puede proporcionar información de cómo crear una técnica variante. Un ejemplo puede ser el de Punshkin (1967, citado en Reich, 1980) examinó una muestra de niños de tres a siete años de edad para estudiar, a través del juego, las preferencias étnicas. Aunque las preferencias debían relacionarse con las actitudes de las propias madres de los niños, también influiría el tipo de contacto que los niños hubieran tenido con "forasteros". Así, se utilizaron tres pruebas, de las cuales, en las dos primeras se utilizaron muñecas "blancas" y "negras". Se diseñó la prueba de la

"fiesta de té", la primer prueba, donde el respondiente era representado por una muñeca blanca, siendo el anfitrión, encontrándose en una situación en la cual el niño tenía que sentar a las muñecas (diez en total) en sillas alrededor de una mesa de juguete. Como únicamente existía lugar para cinco sillas, se observaba las muñecas que iban a quedar fuera, permitiendo medir la preferencia y el rechazo. En la segunda prueba, el respondiente, que también se veía representado por una muñeca, se le sentaba en un columpio y se le veía decidir en que orden columpiaría a las demás muñecas con él. En la tercera prueba, "la prueba de las casas", se le enseñaba al niño retratos de familias, las cuales tenían facciones anglosajonas, negras, hindúes e italianas. Así, representando con una ilustración una hilera de casas, se pidió al niño imaginar que la del centro es la suya y que fuera colocando según su preferencia, los retratos familiares sobre las casas más cercanas a la de él, Punshkin encontró que los resultados de las tres pruebas se correlacionaban significativa entre sí, significando que cualquier niño con tendencia negativa hacia cualquier etnia marcaba puntuaciones altas en todas éstas.

Moreno (1953, citado en Reich, 1980) considera la sociometría como "otra medida en que el objeto estímulo queda indefinido y a discreción del respondiente.

Diferencial Semántico de Osgood:

Esta técnica fue publicada en 1957 por Osgood, Suci y Tannenbaum (citado en Reich, 1980). Originalmente se intentaba medir el significado que las personas atribuyen a las palabras. En referencia a conceptos, como las actitudes, la técnica consiste en presentar a unos sujetos una serie de escalas semánticas basadas en adjetivos bipolares, (bueno-malo, fuerte-debil, etc.). Osgood, empleando un mínimo de nueve adjetivos bipolares, indicaba a los sujetos que marcaran con una X su propia posición sobre la escala, la cual es numérica y puede ser de +3 a -3, con una posición central neutra ó la respuesta "no lo sé". En algunos casos, la puntuación puede ir de 1 a 7, siendo el número 4 la posición neutral. Además, Osgood descubrió que el significado de un concepto contiene tres importantes factores, a saber, el evaluativo (p.e. bueno-malo); de potencia (p.e. fuerte-debil); y de actividad (p.e. activo-pasivo). Un ejemplo abreviado podría ser lo siguiente:

				PADRE				
	+3	+2	+1	neutral	-1	-2	-3	
bueno								malo
fuerte								débil
activo								pasivo

La puntuación de un sujeto corresponde a su puntuación total en todas las escalas que miden el concepto en cuestión. Así, se encontró que el factor más cercano al componente afectivo de la actitud es el evaluativo, ya que es el que tiene más del 70% de la varianza observada. No es sorprendente que su medida destaque el factor emocional que se asocia a un objeto actitudinal.

La prueba es de fácil diseño y el adjetivo suele designarse sobre una base intuitiva, quedando claro que se usan palabras aisladas en vez de oraciones. Este aspecto difiere de las pruebas precedentes.

Escala Likert:

Diseñada por Likert en 1932 (citado en Reich, 1980) se hizo muy popular por considerarla diferente. Aquí, el sujeto indica su grado de acuerdo, el cual viene asignado con su valor numérico. Un ejemplo sería:

"La abolición de la pena capital ha incrementado la frecuencia de toda clase de actos violentos" a lo cual al sujeto se le indicaría que contestara según estuviera de acuerdo con alguna de las siguientes evaluaciones:

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| (1)estoy muy de acuerdo | (2)estoy de acuerdo |
| (3) indeciso | |
| (4) estoy en desacuerdo | (5) estoy muy en desacuerdo. |

El número al frente de las respuestas representa los pesos relativos asociados con la respuesta. Aquí, el sujeto es quien indica su grado de acuerdo, que ya tiene asignado un valor numérico, a diferencia de la escala de Thurstone, donde el experimentador es quien asigna los pesos relativos. De esta forma se pueden crear muchas oraciones de este tipo, donde un individuo pueda recibir una puntuación basada en el valor de todas aquellas que haya elegido. La puntuación total del sujeto equivale a la suma de los valores por él atribuidos a todos los reactivos presentados.

Así mismo, Likert inició la elaboración de la escala con un gran número de ítems relacionados con un tema determinado, donde también se pidió a un grupo de jueces que indicara sus propias actitudes, respondiendo de la misma manera a la escala de cinco puntos. El principal criterio para la inclusión de un reactivo en la prueba fue la consistencia interna. Cuando la puntuación alcanzada para un solo ítem llega a discriminar entre jueces con puntuación total alta y jueces con puntuación total baja, mayor es la consistencia entre la puntuación de una persona para ese ítem y todos los demás.

Siendo una prueba mucho más sencilla que la de Thurstone, se considera que su confiabilidad es, por lo menos, tan alta como esta última. Estas dos pruebas se componen de oraciones que exploran el componente cognoscitivo de las actitudes.

1.3. Cambio de Actitud

Aunque las actitudes pueden cambiar y de hecho sucede (Pearlman y Cozby, 1985; citado en Galvan y Gay, 1992), esto no ocurre al azar; algo ocurre que ocasiona el cambio; debido a que son relativamente permanentes pueden ser estudiadas, medidas y empleadas para predecir acciones.

Si se intenta modificar (Reich, 1980) tan solo uno de los componentes que conforman la actitud, con el fin de observar, y de hecho sucede, los demás componentes se ven modificados, esto se ve mediante la facilitación de evaluaciones afectivas y cognoscitivas de algún sujeto sobre un tema determinado. Cuando se afirma haber modificado el afecto de una persona por determinado

objeto o situación y se observa qué efecto ejerció sobre su cognición, es muy probable que, en el intento de modificar el afecto, se tiende "al mismo tiempo" a inculcar nuevas cogniciones. Aunque esto no siempre se aplique a todos los sujetos ya que algunos sujetos pueden diferir del resto de la población en el aspecto de su sugestionabilidad.

La actitud es persistente y contribuye notablemente a la consistencia de la conducta (Summers, 1988) que viene a constituir la concordancia. La actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales, como variable latente da origen a la consistencia de sus mismas manifestaciones que pueden tomar la forma de verbalización, expresión de sentimientos, de aproximación o evitación.

Al intentar observar como se modifican las actitudes utilizando alguna escala de medición, se pueden obtener respuestas que no siempre son las adecuadas. Así, se puede observar que al tratarse de actitudes socialmente indeseables, las respuestas de los sujetos pueden verse influidas por el intento de no parecer desviados. Algunas escalas tomaron medidas para evitar esta situación, como la escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (1953, citado en Reich, 1980), que requiere que los respondientes contesten "falso", "verdadero", ó "no sé", a las preguntas diseñadas para medir su ansiedad crónica. Pero las escalas de actitud, en general, no prevén este tipo de situaciones, ya que entre más delicado sea el tema en cuestión, mayores posibilidades existen de obtener respuestas inválidas.

Las técnicas que miden actitud, únicamente proporcionan medidas y no indican porque una persona sustenta determinada actitud, lo que puede ser valioso para quienes están interesados en mantener y modificar actitudes.

Al administrar la misma medida de actitud antes y después de la intervención experimental, no se sabe hasta que punto influye las respuestas dadas por los sujetos en la primera ocasión sobre los resultados de la segunda aplicación del instrumento de medición, ya que el hecho de haberse comprometido en la primera ocasión puede afectar de varias formas la segunda respuesta de una persona.

A esto, los especialistas en psicodinámica (Reich, 1980) sostendrían que algunas actitudes, sobre todo las que implican conflictos o ambivalencia, pueden ser, en parte, inconscientes. En una prueba para medir actitud, después de aplicada, se podría hacer una extensa entrevista, con preguntas cuidadosamente planeadas, ó recurrir a técnicas encubiertas acerca de problemas relacionados en forma sutil e indirecta con el objeto en cuestión. Sin embargo, no es legítimo comparar las respuestas obtenidas de diferentes entrevistas, ya que pueden existir diferencias entre los entrevistadores en lo referente a como hacen las preguntas y como refuerzan las respuestas de los respondientes. Un ejemplo de medida encubierta es la técnica proyectiva, donde se presenta al sujeto una ilustración muda, como por ejemplo, una mujer negra sentada en una mesa y un hombre de raza blanca entrando en la habitación. A continuación se pide al sujeto que examine la ilustración por veinte segundos, otorgándole posteriormente un lapso de cinco minutos para redactar una anécdota acerca de dicha ilustración. A esto es necesario elaborar un sistema de calificación que registre el número de elementos positivos o negativos en la "narración". Pero, aunque se pida a la

persona imaginar lo que sucede en la ilustración, se entiende que los sujetos proyectarán sus propias actitudes hacia esta última y que reflejaran incluso sus actitudes inconscientes porque no tienen conciencia de estarse autodescubriendo.

1.3.1. Factores del mensaje en el Cambio de Actitud

Confianza e incertidumbre: el mensaje o la argumentación que se utilizan para persuadir o modificar la conducta de alguien, es la esencia del problema a investigar. Pero la pregunta podría consistir en ¿cómo se transmitió el mensaje?. En una investigación dirigida por Maslow, Yoselson y London (1971, citado en Reich, 1980) se reportan dos experimentos donde se intenta esclarecer el que si la manera en que se transmite un mensaje representa o no un factor crítico en el cambio de actitud. En un documento que se dio a leer a un grupo, donde se introdujeron expresiones intercaladas en el texto como "obviamente", "yo opino", "estoy convencido", etc., se observó que el número de sujetos que fueron convencidos por lo que el documento contenía, resultó significativamente más alto, en comparación con otro grupo al cual se le dio a leer el mismo documento, pero con la diferencia de que éste documento contenía palabras intercaladas como "yo no sé", "no estoy convencido", "estoy indeciso", etc. Esto indica que el documento que fue escrito en tono verbal confiado influyó más en los sujetos.

En el segundo experimento se grabaron en una cinta magnetofónica, vocalizado por un actor, tres mensajes; uno en tono confiado; otro en tono neutral; y el último en tono titubeante. Después de que varios grupos de personas escucharon las diferentes grabaciones, el número de sujetos convencidos por el contenido del mensaje fue más alto en la condición "confiada", inferior al mensaje impartido en tono "neutral" y siendo mínimo en la condición "titubeante".

Lo que quisieron demostrar los autores del experimento es que la fuente de información se hace cada vez más persuasiva a medida que crece el tono de confianza del mensaje, ya sea expresado por medios lingüísticos o cinéticos. Además, se sabe por intuición que la auto confianza es un factor importante, ya sea en la persona de un padre, educador o terapeuta, para la modificación de la conducta de un individuo.

Provocación de miedo y persuasión: una de las variables inherentes al mensaje es el que si un llamado racional es más efectivo que otro, de tono más emocional, o a la inversa. La principal razón de esta contradicción radica probablemente en lo difícil que resulta decir lo que es un llamado emocional o un llamado racional. Probablemente sea esta la razón por la que las investigaciones se limitaron en su mayor parte a examinar los efectos de la provocación del miedo. De esta forma, se manipula el grado de miedo que los sujetos van a experimentar durante un experimento, el cual se refiere a posibles peligros en que incurrirá e individuo en el caso de no modificar su actitud y conducta. El experimento clásico en esta área es el realizado por Janis y Freshbach (1953, citado en Reich, 1980), donde eligieron un tema, el de la higiene dental y el cómo y cuándo practicarla. La variable manipulada por los experimentadores entre tres grupos fue el grado de miedo que podía suscitarse en el caso de no ser acatadas las recomendaciones de higiene. Así, en la condición identificada como de provocación de mucho miedo, en relación con las condiciones de miedo moderado o leve, se destacó en mucho mayor medida el dolor resultante de

las caries dental, la necesidad de dolorosas curaciones dentales y posibles afecciones secundarias, entre ellas, la ceguera y el cáncer. También se utilizó a un grupo control que escuchó una ponencia sobre otro tema. Los autores observaron la existencia de una correlación positiva entre el grado de incitación de miedo y el grado de preocupación por los dientes, resultantes de la comunicación. Pero sólo el grupo sujeto a la condición mínima de miedo manifestó una "conformidad" significativamente mayor que el grupo control. El grupo sujeto a la condición de mucho miedo no difirió en modo alguno del grupo control, que no había escuchado ninguna ponencia relacionada al tema. La conclusión de los autores fue que "la evidencia sugiere fuertemente que, a medida que aumenta en intensidad el miedo suscitado, tiende a disminuir la conformidad con las medidas (preventivas) recomendadas".

Efectos de primacía o de inmediatez: cuando los individuos se encuentran expuestos a dos argumentos enfrentados, surge la duda de si el orden en que éstos fueron presentados, tendrá algún efecto sobre el poder de persuasión. Si el primer argumento o mensaje es el que ejerció el efecto más importante, se le llama efecto "de primacía", pero si el segundo resultó ser el más persuasivo, se habla de un efecto de "inmediatez". Por un lado se sabe cuanto influyen las primeras impresiones en la percepción y por otro lado se sabe de los mensajes más recientes deberían recordarse mejor, ya que los eventos más alejados en el tiempo suelen recordarse menos.

Hovland (1957, citado en Reich, 1980) propuso una ley de primacía en el caso de la persuasión, en donde propone que "La primera comunicación tiene mayores posibilidades de ser la más efectiva si los aspectos positivos y negativos de argumentos son presentados por la misma persona y siempre y cuando los sujetos no hayan estado previamente enterados que iban a presentar argumentos conflictivos.

La teoría de juicio social, postulada por Sherif y Hovland (1961, citado en Reich, 1980) menciona que la posición de una persona que sea examinada por una escala de actitud, utilizará esta misma posición como punto de anclaje para recibir y evaluar otras posiciones. Así, si el comunicador del mensaje expresa posición alguna, esa posición se percibirá como más cercana de lo que en realidad lo es, un fenómeno llamado asimilación. De la misma forma, si la posición defendida se encuentra bastante alejada del punto de anclaje, se la percibirá como más alejada aún, fenómeno llamado contraste. Lo que tiene importancia, de acuerdo con esta teoría, es la amplitud de los márgenes de la persona para la actitud en cuestión.

Aunque el cambio social modela y remodela las actitudes humanas (Bettelherm, 1975) debido a las tendencias al prejuicio, se considera generalmente que las tendencias de la industrialización avanzada implican un cambio social en la dirección de un menor prejuicio por tres conjuntos de variables: más altos niveles de educación; crecimiento de ocupaciones y profesiones de medio ingreso; y mayor urbanización

1.4. Actitudes hacia el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)

La epidemia del SIDA (Manual de Recursos para el SIDA, 1997) pone en relieve muchos temores humanos básicos e inhibiciones asociadas con la enfermedad. Hoy en día muchas personas creen que la medicina moderna eventualmente será capaz de curar la mayoría de las enfermedades, pero los males que amenazan la vida siguen siendo un misterio y despiertan cierto tipo de pavor en casi todas las personas. Las enfermedades que azotaron a las generaciones pasadas, tales como la lepra o la plaga, influenciaron la imaginación humana de esa manera.

Mucha gente percibía a la enfermedad y al enfermo como algo repugnante. La persona soportaba la carga de la enfermedad junto con el estigma que se le atribuía. Actualmente, las personas que sufren de cáncer se enfrentan a asociaciones similares. Por muchos años, los temores de la gente a la polio y a la tuberculosis nacieron del desconocimiento de cómo se transmitían esas enfermedades; la medicina moderna no tuvo ni vacuna ni cura por un período.

El SIDA inspira un temor similar. Aunque no hay cura o vacuna para la enfermedad, sus medios de contagio primordiales son conocidos; no obstante, el estigma está combinado con la presencia del SIDA entre los homosexuales, así como a las sexoservidoras y las personas que se inyectan drogas en las venas, grupos que evocan sentimientos negativos en muchos individuos. La sensación de horror en las personas aumenta debido a que el prolongado período del estado latente de la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) significa que el VIH puede ser transmitido por personas que ni siquiera saben que son portadoras del virus, contribuyendo de esta manera a la percepción de que nadie está a salvo. Este temor a veces ha conducido a los trabajadores de la salud y a otros individuos a tomar precauciones durante contactos casuales de rutina con sujetos infectados de VIH.

Al investigar como el SIDA influye en la actitud de las personas se han realizado desde hace tiempo investigaciones sobre el tema, de las más recientes se pueden citar a Anthony, et. al. (1998) quienes realizaron un estudio comparativo entre estudiantes universitarios de Australia y Sudáfrica, con el objetivo de conocer las actitudes, conocimientos, y comportamientos acerca del SIDA. Utilizaron la escala Moore y Rosenthal (1991, citado en Smith, Richard de Visser, Akande, Rosenthal, Moore, 1998) nombrada "Escala de actitudes y prevención ante el SIDA" que consta de 24 oraciones las cuales se responden utilizando una escala de cuatro puntos, midiendo negación a la prevención, indiferencia al riesgo, negación de la responsabilidad, fatalidad ante el contagio.

La parte de conocimientos consta de 16 ítems que se responden en una escala de cierto - falso, no sé, constando de tres partes: comportamiento sexual, frecuencia en el uso del condón y percepción del uso del condón.

Utilizando dos análisis de varianza se obtuvieron entre los resultados más importantes, que los australianos fueron menos propensos que los sudafricanos a responder a las actitudes que conllevan los cuatro puntos anteriormente expresados. Estos análisis también revelaron una diferencia significativa por género. Las mujeres jóvenes fueron menos propensas a calificar alto en la escala de negación de la prevención, así como la indiferencia al riesgo aunque, fueron menos

propensas a expresar actitudes de fatalismo ante la infección del V.I.H. Hubo una diferencia significativa entre hombres jóvenes sudafricanos y australianos en cuanto a negación a la prevención.

Los resultados obtenidos en la escala de conocimientos mostraron que los australianos tuvieron más respuestas correctas, siendo el género femenino el que dio el mayor número de éstas. Se observó también que los estudiantes sudafricanos fueron significativamente más propensos a responder con " no sé".

A través del análisis de regresión logística se concluyó que los estudiantes sudafricanos eran más propensos a tener sexo vaginal y anal con parejas regulares o casuales, aunque se reportó que era más común con parejas casuales. Los hombres respondieron significativamente más que las mujeres a tener sexo anal y vaginal con parejas regulares y casuales. Hubo diferencias significativas entre género y país en cuanto a tener sexo vaginal con parejas casuales y practicar el coito interrumpido con parejas casuales. En ambos casos la práctica fue más común en hombres que en mujeres australianas pero más común en mujeres que en hombres sudafricanos. En cuanto al uso del condón los australianos fueron más propensos a usar el condón la mayoría de las veces no hubo diferencias entre género en cuanto a la percepción del uso del condón.

En cuanto al rechazo a las personas posiblemente infectados al V.I.H., los sudafricanos mostraron tener mayor evitación a los grupos mencionados. Para cada grupo, al menos un cuarto de los sudafricanos respondieron que evitarían a ese segmento de la sociedad, incluyendo a los heterosexuales. Es interesante hacer notar que los australianos respondieron en mucho menor proporción que los sudafricanos aunque el 22.5 % de los australianos usaban drogas inyectadas. Para todos los grupos mencionados los hombres respondieron mucho más que las mujeres en el hecho de que evitarían a miembros de su grupo a causa de que estén infectados con V.I.H.

Los autores concluyeron que las diferencias entre los países son muy grandes ya que difiere marcadamente en cuanto a su historia, cultura y su procedencia étnica racial. Aunque hay que reconocer que los estudiantes no son representativos de la población, los primeros proveen una muestra que parece ser estable a través del tiempo y por lo tanto es particularmente importante para detectar cambios en lo relativo a los conocimientos, actitudes y comportamientos sobre el VIH. Los sudafricanos tuvieron mayor tendencia a conocer gente de varios grupos que fueran cero positivo, sin embargo mientras una extensión de los grupos sociales africanos responden alto a esta tendencia esto se puede deber al hecho de que una vez que la epidemia alcanza cierta magnitud, el concepto de grupo de riesgo deja de tener importancia en el ámbito de salud pública, ya que cualquiera es percibida como seropositivo potencial.

Así en los grupos australianos y sudafricanos se consideran otros factores que contengan modelos de conocimientos, actitudes y comportamientos, de la misma forma que se consideran los factores interpersonales y el contexto de los encuentros sexuales si se desea entender e incrementar el uso del condón. Estudios realizados en los Estados Unidos han revelado que las intervenciones que incluyen entrenamiento educativo con habilidades conductuales son más

efectivas en producir cambios finales en los riesgos hacia el SIDA, que aquellas que consisten únicamente en educar.

1.5. Aspectos Psicosociales

Las enfermedades siempre han provocado temor en la humanidad (Consejo Nacional para la lucha contra el SIDA, 1998), este miedo es aun mayor ante enfermedades que son o que parecen nuevas ya que nadie sabe como enfrentarlas, protegerse de ellas y curarse de ellas.

En la antigüedad este temor se presenta sobretodo con las epidemias cuando una enfermedad afectaba a un gran número de personas en una región o país. Así sucedió con la peste, el cólera, la viruela, la fiebre amarilla, la lepra, enfermedades a las que se les llamaban de manera genérica "pestes".

Por ignorancia y miedo al contagio muchas personas que sufrían estas enfermedades eran maltratadas, haciéndolas sentir culpables con su enfermedad, ya que se les relacionaba a los malos espíritus, la posesión del demonio, o como un castigo divino por su mal comportamiento razón por la cual se les torturaba, despreciaba, marginaba, rechazaba, aislaba, siendo sujetos a exorcismos, remedios secretos, brujerías, etc.

El SIDA no es una excepción, ya que puede haber una conciencia intelectual del SIDA, particularmente en las clases medias, el comportamiento sexual de las personas no parece haberse modificado, es poco común encontrar a alguien fuera de la clase media y alta que tenga siquiera un conocimiento mínimo de la enfermedad en términos de las prácticas sexuales peligrosas relacionadas con el SIDA, tratamientos médicos, y sobretodo dadas las condiciones de la muerte al final.

Las actitudes ante la muerte (Lumsden, 1991, citado en Galván y Gay, 1992) en la cultura tradicional mexicana son especiales; un ejemplo de ello, es el día de fiesta nacional para celebrar a la muerte y a los muertos. Estas actitudes han llevado algunos autores a considerar que los mexicanos pueden asimilar la muerte por SIDA de la misma manera que han aceptado muchas privaciones personales, enfermedades y pérdidas de la vida. A diferencia de los norteamericanos que lo ven como una gran preocupación ya que ellos temen el solo pensar en el envejecimiento y en la muerte, procesos que tratan de evitar a toda costa.

Las expresiones populares "de algo me he de morir" y "al que le toca, le toca", tipifican las actitudes de muchos mexicanos hacia la muerte: algunas de estas actitudes son compartidas con el resto de Latinoamérica.

Aunado al carácter y la forma de ver la vida y la muerte de los mexicanos, la deficiencia de la información, es un factor decisivo que incide en que muchos homosexuales y heterosexuales no modifiquen su conducta de riesgo.

Hasta el momento y pese a otros sectores involucrados la repercusión social del SIDA en México se ha centrado en el medio homosexual, en donde el miedo se profundiza al irse difundiendo informe sobre la suerte de amigos y conocidos ya fallecidos a causa del SIDA así como las condiciones humillantes que pasaron antes de morir.

Se ha observado que los hospitales del sector salud (Galván, 1988) en donde se atienden a personas que padecen SIDA, se encuentran a su máxima capacidad, siendo insuficientes los servicios que se les puede proporcionar, además se encuentran "que no pueden recibir ningún otro servicio en otras áreas"; no hay suficiente cantidad de servicio que podrían prolongar su vida, aumentando de esta manera el gasto que se tiene para obtener los fármacos. Aunado a esto, un gran número de trabajadores de la salud, desde enfermeras hasta cirujanos, así como en general las unidades de atención primaria de hospitales de segundo nivel, no quieren ver a pacientes con SIDA, pidiendo una compensación económica por tratar con pacientes infecto-contagiosos que son enviados a otros hospitales de tercer nivel.

Se observa de este modo que en México no ha habido medidas para asegurara un trato médico adecuado a los enfermos de SIDA, ya que pese al escaso número de médicos y enfermeras contagiadas por manejo de agujas hipodérmicas, el personal de salud continúa con una actitud de rechazo irracional hacia los enfermos.

Para 1994, contrariamente a lo esperado, el personal médico y paramédico no ha modificado su actitud discriminatoria. Al inicio de la epidemia se señalaba al desconocimiento de los mecanismos de transmisión, explicaban esta actitud, pues existía temor al contagio por contacto casual; sin embargo hoy este argumento ya no tiene cabida.

Lo anterior (Rico, Uribe-Zuñiga, Panebianco-Labbé, Río-Chiriboga, 1995) significa reconocer que siguen jugando un papel relevante la intolerancia y los prejuicios, fundamentalmente hacia los que adquirieron la infección por vía sexual, particularmente homosexuales. La negación de la atención médica, la atención médica inadecuada y el maltrato implican que las personas con SIDA, en general, no puedan depositar su confianza en sus médicos, quienes "los juzgan y condenan".

1.6. Derechos Humanos y SIDA

Mientras que la discriminación, la estigmatización y la violación de los derechos humanos continúen, la idea que los infectados forman parte de grupos especiales no dejará de existir y la percepción de riesgo de quienes no se considera parte de este grupo, será nula o casi nula, aumentando la posibilidad de que se infecten. Por su parte los afectados se alejaran cada vez más de las medidas de prevención que se adopten y se volverán cada vez más renuentes a acudir a los sitios donde se les pueda brindar ayuda por miedo a ser discriminados.

Tindall y Tillett (1990, citado en Rico et al., 1995) definen a la discriminación en un sentido amplio como "el trato a una persona de forma menos favorable que a otra, debido a alguna característica o supuesta característica que no es relevante en el contexto determinado", siendo las características más frecuentes la raza, el género, la religión y la preferencia sexual.

La postura de la Secretaría de Salud de México en relación con los derechos humanos consiste en oponerse firmemente a la obligatoriedad de las pruebas masivas de la detección de VIH, a la discriminación, la negación de empleos, servicios de salud o educación a las personas infectadas, siendo su postura clara:

Una persona infectada por el VIH y asintomático (Rico et al., 1995), deberá ser tratada como cualquier otra persona, una persona enferma de SIDA debe ser tratada como cualquier otro enfermo.

Los derechos humanos (Somerville, 1989, citado en Rico et al., 1995) se clasifican según su origen histórico por generaciones. La primera generación (1948) son los políticos y civiles: libertad, seguridad, igualdad. Los de la segunda generación (1976) comprenden derechos de tipo económico, social y cultural: seguridad social, laboral, salud, educación, vivienda, etc.; y la tercera generación está constituida por aquellos llamados (derechos de solidaridad) que permiten la creación de condiciones, la vigencia de los derechos anteriores: el derecho al desarrollo a la paz, a la libre determinación de los pueblos a la información, etc.

Dentro del gran ámbito que es la sociedad (Consejo Nacional para la lucha contra el SIDA, [CONASIDA], 1998) se requiere de un cambio de actitud que permita una mayor tolerancia frente a las diferencias de pensamiento, creencias y comportamientos; mayor tolerancia a las minorías o los grupos marginados, como son las personas dedicadas a la prostitución y los homosexuales. Solo de esta manera el SIDA se podrá ver con mayor sensibilidad, sin estigmas ni prejuicios que impidan la solidaridad entre los seres humanos, sin embargo, la mayoría de las sociedades manejan a la sexualidad con una notoria falta de comunicación, la ven como algo sucio, de lo cual no se puede hablar; lo tildan de pecado, algo que pertenece al mundo "de los indecentes". Existe intolerancia en todas aquellas expresiones que no estén de acuerdo con lo establecido. Todo esto dificulta su manejo por parte de la familia. Una familia que vive en una sociedad en la cual sólo se acepta las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, tendrá mayores dificultades para manejar el caso de alguien que haya adquirido el SIDA por practicas homosexuales, bisexuales, o por ejercer la prostitución.

Los valores de la familia dependen del momento, la cultura, las tradiciones, las normas y los valores establecidos por la sociedad. En este sentido, el SIDA tiene que ver con la sexualidad de las personas, por lo que la respuesta que de la familia dependerá del manejo que se le dé en la sociedad.

En un estudio realizado por Castro, Eroza, Orozco, Manca y Hernández (1997), en un conjunto de familias de Ciudad Netzhuacoyotl, Estado de México, con algún miembro de la familia con VIH-SIDA, se encontró, que las familias también son víctimas de procesos de estigmatización que se asocian directamente con la forma en que manejan este problema de salud. Además de que tiene que pasar por un conjunto de presiones sociales externas, las familias de personas VIH positivos o con SIDA, tiene que pasar también por un proceso de adaptación que incluye no solamente la

negociación de la identidad familiar hacia el exterior, sino también la delimitación de responsabilidades con la atención al paciente con SIDA entre la familia y los servicios de salud.

Por las condiciones de género, las mujeres en particular, son destinadas a actividades de servicio y apoyo a los demás, orientación que resulta decisiva para explicar el manejo de SIDA al interior de la familia. En los hombres se promueve la sexualidad y en las mujeres se reprime. El complemento de la cultura que promueve estos roles es el rechazo abierto a la homosexualidad y a toda práctica sexual que no se ajuste a este modelo.

Se observó también, que la experiencia de la enfermedad, entre los habitantes de Netza, desde su perspectiva es que todo ocurre por voluntad divina.

Hacer del conocimiento de la familia el que se es portador del virus, es una decisión que se prolonga, en algunos casos hasta que se manifiesta los primeros signos de la enfermedad por algún pariente cercano que es el encargado de preparar a la familia para recibir la noticia. Una vez que se ha hecho del conocimiento de la familia la presencia de un enfermo en casa, comienzan a surgir actitudes de solidaridad o de absoluto rechazo, aunque en ambos extremos existen conductas ambiguas mismas que no se presentan por separado sino que juegan una interacción dando patrones característicos por ejemplo a quienes se solidarizan en el ámbito económico pero no en el área moral y de atención al enfermo.

La mujer juega un papel importante ya que por su género, se le designa la tarea de cuidar al enfermo, en tanto el hombre se encarga de la parte económica de la familia aunque esto se ve influenciado por factores relacionados a los bienes del enfermo.

Durante el proceso de la enfermedad, esta es un detonante ante los conflictos preexistentes, motivo por el cual surge el rechazo de saber de quien es la obligación de atender al enfermo, surgiendo el temor al contagio por contacto casual.

Una vez que la enfermedad ha llegado a su fin y la muerte es inevitable, la familia comienza a enfrentar nuevos conflictos con el mundo, donde se ponen en manifiesto los afectos emocionales, el miedo al estigma, el endeudamiento y la preocupación por quien le sobrevive al enfermo.

CAPITULO 2

SIDA

A diferencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas (Galván y Gay, 1992), en que la enfermedad aparece días o semanas después del contagio, el SIDA puede presentarse años después de la infección inicial. Es por este motivo que la enfermedad representa un gran peligro y se le considera una de las peores epidemias humanas. Por esta razón las personas que se les ha diagnosticado con la enfermedad SIDA representan solamente una porción de aquellas personas que están realmente infectadas con el VIH. El virus causante de esta enfermedad es llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), este virus se adquiere a través de contagio, no se hereda de los padres genéticamente.

Los individuos que contraen el VIH pueden permanecer aparentemente bien (sin síntomas) por 10 ó más años. Pero pueden experimentar empeoramiento gradual de síntomas que van apareciendo como resultado de la destrucción progresiva de sus sistemas inmunológicos causada por el VIH.

2.1. Antecedentes:

El origen del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que provoca la enfermedad conocida como SIDA no esta muy claro (CONASIDA, 1994), por lo que existen varias teorías entre las que destacan las siguientes:

1-. Se cree que el VIH fue creado por el hombre probablemente en un laboratorio militar como parte de una guerra bacteriológica.

2-. Otra teoría es que el virus se escapó de un laboratorio experimental en donde se estudiaba un tratamiento para el paludismo.

3. - Según otra teoría se cree que el VIH existió hace mucho tiempo permaneciendo inocuo y que recientemente se transformó en un agente activo y mortal. Se cree que habitantes de algunas comunidades tropicales humildes como Nueva Guinea, Amazonas y África Central, contrajeron el virus de los animales en los cuales el virus está presente y no causa enfermedad. Por lo que se plantea la hipótesis de que quizás algunas personas de estos grupos sólo fueron portadoras, permaneciendo inmunes al virus contagiando a otras personas en movimientos migratorios y contactos humanos casuales.

Esta teoría se ve reforzada al afirmarse que el virus es muy semejante al del mono verde de África. Al parecer en este espécimen tiene pocos efectos perjudiciales y se cree que se transmitió de una mordedura del mono al ser humano, aunque algunos creen que pasó hace 40 - 100 años al ser humano modificándose hasta volverse un agente patógeno nocivo.

Esta teoría se considera como la más acertada acerca del origen del virus por tres razones:

- Primera, la semejanza estructural entre el virus del mono verde y el VIH, que afecta al hombre.
- Segunda, las cepas más antiguas del virus se encuentran en las mismas zonas en que habita el mono verde.
- Tercera, los casos más antiguos de la enfermedad se encontraron en África.

2.2. Definición de SIDA

El SIDA (Manual de Recursos para el SIDA, 1997) es definido como un Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. Se considera como síndrome a un conjunto de enfermedades que van atacando al organismo, en este caso, producto de la adquisición del VIH, que va debilitando el sistema inmunológico. Esta infección es considerada como adquirida ya que no es heredada.

El SIDA a lo largo de su desarrollo ha variado en su definición, para diciembre de 1991 en el Instituto de SIDA del Departamento de New York, EUA, lo definió basándose en la definición de las normas para el cuidado de los individuos infectados por el VIH SIDA ampliando su definición funcional de la enfermedad para incluir indicadores clínicos como una amplia variedad de enfermedades relacionadas al VIH.

La infección del VIH se puede identificar por la presencia de enfermedades oportunistas que caracterizan al SIDA, a través de pruebas de detección positiva de anticuerpos contra el VIH o por cultivo. Para 1993 el nuevo sistema de clasificación enfatiza la importancia de un tipo particular de glóbulo blanco, el linfocito T CD4+, el cual es el predilecto del virus para atacar. Esto se basa en el recuento del linfocito, sirviendo como parámetro para determinar la relación al VIH en personas infectadas.

Al mismo tiempo, el Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) también expandió la definición de lo que constituye un caso del SIDA, en base de las observaciones de los síntomas de la enfermedad, para incluir a todas las personas que están infectadas con el VIH y que tienen menos de 200 linfocitos T CD4+ por microlitro de sangre, o un porcentaje de linfocitos T CD4+ de menos del 14 por ciento en comparación al total de los glóbulos blancos de la sangre, considerando a la persona en fase de SIDA.

Esta expansión también incluye tres condiciones clínicas tuberculosis pulmonar, neumonía recurrente y cáncer cervical invasivo a las 23 condiciones ya indicadas en la definición establecida para los casos del SIDA en 1987.

El objetivo de la definición revisada (Morbidity and Mortality Weekly Report, 1992, citado en Manual de Recursos para el SIDA, 1997) es reflejar con más certeza la seriedad de la enfermedad del VIH en mujeres y en personas que se inyectan drogas. Cuando se presenta en mujeres y en usuarios de drogas, puede que se manifieste diferentemente que en los hombres que contraen la infección del VIH a través de un contacto sexual con otro hombre, categoría base a la cual se

establecieron definiciones anteriores de los casos del SIDA. La nueva definición de lo que constituye un caso del SIDA también provee criterios que son uniformes y simples para categorizar condiciones entre los adolescentes y adultos con la infección del VIH. Esta nueva definición debería facilitar esfuerzos para evaluar las actuales y futuras necesidades para el cuidado de la salud y las necesidades relativas a la provisión de referencias para las personas infectadas con el VIH.

2.3. Agente causal

En busca del agente patógeno (Manual de Recursos para el SIDA, 1997) que generaba esta nueva enfermedad, en 1983 un equipo de científicos franceses que se encontraban a cargo del Dr. Montagnier habían aislado e identificado al virus, virtualmente al mismo tiempo que el equipo norteamericano a cargo del Dr. Gallo. En los EE.UU., se le dio el nombre de virus T-linfotrópico humano III (human T- lymphotropic virus III, HTLV-III) y en Francia fue denominado virus linfadenopático asociado (lymphadenopathy associated virus ó LAV). Para evitar confusiones, los científicos de todo el mundo optaron por llamarlo VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

Este virus, el VIH, no es muy diferente a otros virus por lo que se restringe a las mismas condiciones que otros, tales como el que causan un espectro amplio de enfermedades; no pueden vivir o reproducirse sin la ayuda de las células humanas o animales; ellos se albergan en una célula anfitriona y la mayoría de los virus la debilitan o destruyen. En muchos casos el sistema inmune humano está capacitado para combatir y destruir al virus invasor; debido a esto, por dar un ejemplo, la única "cura" para un resfriado común es el descanso y la buena nutrición para ayudar a fortalecer las defensas naturales del sistema inmune. Los virus se pueden transmitir de muchas maneras, al igual que los virus transportados por la sangre, el VIH invade el cuerpo atravesando las primeras barreras defensivas del cuerpo, tales como la piel o las membranas mucosas, y entrando directamente en la corriente sanguínea. Pero el VIH también como todos los virus es único y una de sus características particulares es que se vincula con una molécula conocida como CD4, la cual forma parte de muchas células del cuerpo, tanto como las células que se encuentran en el cerebro y en el sistema nervioso. La molécula CD4 se haya principalmente en la corriente sanguínea, en las células llamadas linfocitos T4 y en los glóbulos blancos (o células T-auxiliares) que sirven de control principal para el sistema inmune del cuerpo. Esto es importante debido a que los linfocitos T4 son "el primer sistema de alerta" del cuerpo que informa a otras partes del sistema inmune que se está siendo invadido por un virus o bacteria. Por intermedio de mensajes químicos, las células T4 envían la información a las células B del cuerpo, ordenándoles que comiencen a producir anticuerpos contra el virus o bacteria invasor. Cuando las células T4 se destruyen, la reacción inmunológica del cuerpo deja de funcionar; por esto las personas infectadas con el VIH sufren de una amplia gama de enfermedades llamadas oportunistas.

El VIH invade y destruye las células T4 al unirse fácilmente a la molécula CD4 en la superficie o pared de estas primeras. Una vez que el virus y la célula se unen, el virus introduce una de sus partes dentro de la célula. La parte que entra en la célula es el núcleo del virus, que incluye su material genético, un filamento individual de ácido ribonucleico (RNA). El VIH es conocido como retrovirus, lo cual significa que, una vez en la célula, el RNA del virus se transforma por sí mismo en

ácido desoxirribonucleico (DNA), el cual se convierte en parte del DNA de la célula T4. El VIH está entonces capacitado para reproducirse a sí mismo.

Debido a que el virus se ha apoderado de la maquinaria interior de la célula anfitriona la célula T4 no puede continuar funcionando. Esta no puede desempeñar su función de "primer sistema de alerta" cuando otros agentes infecciosos entran en el cuerpo, y no pueden reproducirse por sí misma luchan contra el virus invasor. Dentro de la célula T4, el material genético del VIH puede producir nuevas partículas de virus que emergen de la célula anfitriona T4 para infectar a nuevas células.

El VIH puede permanecer inactivo dentro de la célula T4 infectada durante semanas, meses o años antes de comenzar a duplicarse en la célula, destruyéndola y buscando invadir a otras. Los investigadores no saben qué factor impulsa al VIH para que comience a reproducirse ó que lo mantenga inactivo. Hay muchos factores posibles que podrían influir en la lenta o rápida progresión de los síntomas o de la enfermedad, dependiendo del individuo infectado.

La diferencia del VIH con otros radica en que:

1. El VIH no puede sobrevivir en el aire, los alimentos o el agua.
2. El VIH no puede sobrevivir más que en los líquidos del cuerpo que contienen glóbulos blancos; este es el caso de la sangre, el semen ó secreciones vaginales.
3. Una vez que el VIH, invade las células del cuerpo, permanece ahí de por vida.

2.4. Epidemiología

2.4.1. En el Mundo

A escala mundial (Galván y Gay, 1992), el primer caso de SIDA fue diagnosticado el cinco de Junio de 1981; sin embargo fue hasta 1982 que se aisló el nuevo virus y se le denominó Virus de Inmunodeficiencia Humana ó VIH. En 1984 se desarrolló una prueba para detectar este virus en la sangre de los seres humanos.

Para el año de 1994 (CONASIDA, 1994) se consideraba que se infectaban en el mundo aproximadamente 5,000 personas al día, estimándose que existían de 10 a 15 millones de personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y un millón de personas más que desarrollarían la enfermedad llamada SIDA provocada por este virus.

En 1997 (Magis-Rodríguez, Bravo-García, Anaya-López, Uribe-Zúñiga, 1998), según estimaciones del programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), había 30,600,000 personas viviendo con el virus de VIH en todo el mundo; 11,700,000 ya han fallecido de SIDA y se calcula que existen 8,200,000 de huérfanos a causa de esta enfermedad. Así mismo, se estima que un promedio de 16,000 personas por día se infectan con el virus, de las cuales 10% corresponden a menores de quince años y 42% a mujeres.

2.4.2. En México

En México, el primer caso de SIDA (Magis-Rodríguez et al., 1998) fue diagnosticado en 1983 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sin embargo, mediante las técnicas de interrogatorio y análisis retrospectivo, se ha documentado que el inicio del padecimiento ocurrió, en realidad, en 1981.

A raíz de la detección (CONASIDA, 1994) de los primeros casos de SIDA en México, se crearon medios de control para evitar la creciente propagación del virus. Así se creó en el año de 1986 el Consejo para el Control de Prevención del SIDA (CONASIDA), integrada por un grupo multidisciplinario. Este organismo calcula que para el año 2000 el número total de casos ascenderá a la cantidad de entre 30 y 40 millones de personas infectadas con el VIH y otros 10 a 15 millones de enfermos de SIDA, esperando el mayor número de éstos en África, Asia y Latinoamérica, así como un mayor crecimiento de la epidemia.

De este modo, desde el inicio de la epidemia hasta el primero de Octubre de 1998 se han registrado de manera acumulada 37,381 casos en nuestro país. Sin embargo, esta cifra constituye sólo una aproximación a la magnitud real de la epidemia, debido a los fenómenos conocidos como retraso en la notificación y subdiagnóstico.

En lo que se refiere al retraso en las notificaciones, los casos de SIDA ocurridos en un año determinado, son notificados a las autoridades sanitarias después de varios meses, e incluso años después de la fecha en que fueron diagnosticados; mientras que el subdiagnóstico está determinado por el número de casos que no son objeto de reporte epidemiológico. Así, en el retraso en la notificación existe un retraso del 33 % de los casos de SIDA, mientras en el subdiagnóstico se ubica en 18.5%, por lo que en realidad existen en nuestro país alrededor de 59,000 casos acumulados.

Hasta la fecha (Magis-Rodríguez et al., 1998), se han registrado 32,139 casos en hombre y 5,242 en mujeres, lo cual implica que existe un caso femenino por cada seis casos masculinos. El grupo de edad más afectado es el de los 25 a 44 años de edad, que concentran 78% de los casos en varones, 73% en las mujeres.

2.5. Medios de transmisión

El VIH, como todos los virus, necesita de un organismo vivo para sobrevivir, albergándose principalmente en los linfocitos, mismos que se encuentran en grandes concentraciones en los líquidos como sangre, líquido preeyaculatorio, semen, fluidos vaginales y leche materna, por lo que las vías de transmisión se consideran:

2.5.1. Transmisión sanguínea

Esta vía de transmisión (Galván y Gay, 1992) es por medio de la sangre ya sea por transfusiones con sangre contaminada o sus hemoderivados, transplante de órganos cuyos donadores portaban el

virus del VIH, el uso de jeringas y agujas no esterilizadas (él compartirlas al inyectarse drogas intravenosas) o el inyectar con la misma aguja a varios pacientes a la vez, compartir objetos punzo cortantes contaminados.

En México a partir de 1986 (Secretaría de Salud, 1986) se rige el control sanguíneo, por lo que ha bajado la incidencia de casos de VIH por esta vía.

En una investigación realizada por Curran, Lawrence y Jaffe (1987, citado en Galván, 1988) se señala que la aparición de casos de SIDA en receptores de productos sanguíneos y la incidencia de la infección en donantes, fue uno de los primeros indicadores de la naturaleza infecciosa de la enfermedad. Este tipo de transmisión puede ocurrir en las siguientes situaciones:

- a) En la recepción de sangre o cualquier hemoderivado.
- b) En la utilización de agujas y jeringas inadecuadamente esterilizadas, como es el caso de la drogadicción intravenosa, la automedicación y la punción accidental del personal que aplica la inyección.

2.5.2. Transmisión perinatal

Los mecanismos de contagio por esta vía (Sepúlveda, 1989) pueden ocurrir en tres momentos distintos:

1. - Vía placentaria: Durante la gestación del feto en el vientre materno puede ocurrir el contagio a través de la placenta, el cordón umbilical, del líquido amniótico, ya que en los estudios que se han realizado se han aislado virus en los tejidos del feto a partir de quince semanas de gestación.

2. - Durante el parto: Sucede al existir contacto de la sangre materna con la del niño, o con los fluidos vaginales y cervicales de la madre infectada, por lo que el producto contrae el virus. Este mecanismo es difícil de comprobar ya que la transmisión pudo haber ocurrido anteriormente a través de la placenta.

3. - Por la lactancia: Ocurre cuando una madre infectada amamanta a su hijo. Esto es por que la leche materna se considera como uno de los líquidos altamente contaminantes. Aunque se han aislado virus de la fracción celular de la leche, el riesgo de transmisión parece ser bajo comparado con las anteriores.

Se ha propuesto cambiar el término de transmisión perinatal por el de transmisión vertical, el cual abarca la transmisión en cualquier momento del embarazo, el parto o posteriormente al nacimiento.

Esto depende entre otros factores de la evolución de la infección en la madre y el estado de maduración del sistema inmunológico del niño en el momento en que ocurre la transmisión.

2.5.3. Transmisión sexual

El mayor índice de contagio del virus (CONASIDA, 1994) se presenta por esta vía ya que existe contacto con fluidos llamados altamente contaminantes como el semen, líquido preeyaculatorio, fluidos vaginales y probablemente el sangrado menstrual, considerados así porque poseen una gran concentración de virus y porque las formas de transmisión pueden darse de contactos con parejas cualesquiera, como: "Heterosexuales (hombre-mujer, mujer-hombre), homosexuales (hombre-hombre, mujer-mujer) o relaciones bisexuales (hombre-mujer-hombre, mujer-hombre-mujer)".

El VIH puede ser transmitido sexualmente por vía directa mediante:

- a) Coito anal ó rectal: Esta práctica (Carrillo, 1990) es considerada de alto riesgo ya que en la penetración existe una laceración de la mucosa rectal, lo que facilita la transmisión del virus. La penetración pene-ano se convierte por esto en un acto peligroso en cuanto a la transmisión del VIH.
- b) Coito vaginal: En esta práctica (Richardson, 1990, citado en Galván y Gay, 1992) existen menos riesgos de contagio, pero no por eso menos peligrosos, debido a las características anatomofisiológicas de la mucosa vaginal, que puede deberse a que se han encontrado en las mucosas vaginales de mujeres infectadas por VIH anticuerpos que dificultan su transmisión de mujer a hombre. Es probable que el riesgo de infección aumente durante la menstruación ya que la composición de la secreción vaginal cambia durante el sangrado.

Además de la presencia de pequeñas heridas (Carrillo, 1990) que favorecen su acceso, las paredes vaginales presentan células que permiten la entrada del virus. En el hombre la mucosa del glande y uretra facilitan la entrada del virus al torrente sanguíneo.

Los doctores Forest y O'Hagan (1991, citado en Galván y Gay, 1992) realizaron varias investigaciones sobre esto y enfatizan la necesidad de investigar ampliamente sobre la inmunidad existente en las mucosas vaginales infectadas por VIH.

- c) Coito oral: Se considera ésta práctica (Carrillo, 1990) como de bajo riesgo ya que la mucosa bucal no es receptora del virus, pero la existencia de heridas en la boca, con frecuencia en las encías, pueden ser vías de entrada o salida del virus. La saliva no se considera un fluido contaminante ya que contiene enzimas que inactiva el virus.

En una publicación de 1987 de la revista "The Lancet" (Monzón y Capellán, 1987, citado en Galván y Gay, 1992), se comenta el caso de una bailarina de 24 años, nacida en Filipinas, quien fue sometida a una prueba de detección del VIH al entrar a un país mediterráneo. Al comunicársele que la prueba era positiva, se le pidió que regresara a su país donde se le realizó otro estudio de detección que también resultó positivo. Esta mujer era homosexual, había tenido una compañera estable y relaciones sexuales con un gran número de mujeres de diferentes nacionalidades, practicando el contacto oro-genital, entre otros. Negó cualquier tipo de contacto heterosexual, así como el

consumo de drogas intravenosas y no tenía antecedentes de transfusión sanguínea. La explicación más probable de la infección por VIH en este caso, es una transmisión entre mujeres.

2.6. Manifestaciones clínicas sobre el SIDA

Al comprender con más claridad (Sepúlveda, 1989) el alcance de la epidemia del VIH, los investigadores están realizando estudios más profundos de las personas afectadas por esta infección. Los estudios incluyen a mujeres, niños y usuarios de drogas que se inyectan, además de hombres homosexuales y bisexuales. Como resultado, los científicos y los profesionales en el campo de la medicina han ampliado su perspectiva sobre la enfermedad del VIH para incorporar una variedad más comprensiva de síntomas que comúnmente experimentan los individuos infectados por el VIH.

Sepúlveda (1989) proporciona la clasificación de las manifestaciones de la infección por VIH según la CDC:

FASE I: INFECCION AGUDA:

Es el período comprendido desde que el VIH ingresa al organismo hasta la formación de anticuerpos específicos contra el VIH. Esta etapa es por lo regular de 8 a 12 semanas y aproximadamente entre el 10% y 15% de los pacientes presentan síntomas unas semanas después de adquirir la infección (malestar general, fiebre, dolor articular, erupción cutánea generalizada). Al conjunto de estos síntomas se les denomina "Infección Aguda por VIH" y pueden presentarse otros síntomas como el crecimiento de ganglios y falta de apetito. En pocos de los casos el cuadro puede ser severo, con manifestaciones a nivel del sistema nervioso, con pérdida del estado de alerta y desorientación ó inclusive un cuadro de meningitis.

Habitualmente la sintomatología sede espontáneamente dos a cuatro semanas después de haber iniciado, sin dejar secuelas, salvo en algunos casos donde se seguirá manifestando el crecimiento ganglionar.

FASE II: INFECCION ASINTOMATICA (LATENCIA):

Esta fase es considerada asintomático ya que independientemente de haber pasado por la fase aguda, los pacientes infectados no presentan síntomas clínicos y solo se puede detectar a través de una prueba serológica. De no practicarse, los primeros signos y síntomas de la inmunodeficiencia tardan en aparecer en promedio de 7 a 10 de años.

FASE III: LINFADENOPATIA GENERALIZADA

El término de 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. En esta fase hay perdida de peso, fiebre persistente, diarrea y dificultad para concentrarse.

FASE IV: SIDA

Esta es la última etapa de la infección por VIH. Se relaciona con la presencia de enfermedades sistémicas y una serie de enfermedades oportunistas que son aquellas producidas por agentes extraños al organismo las cuales ante un sistema inmunocompetente no producen enfermedad alguna, pero ante un sistema inmunosuprimido sí. Estas enfermedades pueden ser tan graves que ocasionan la muerte del individuo en la etapa de SIDA.

2.7. Enfermedades relacionadas con la infección del SIDA

En el entorno que nos rodea (Infored SIDA Nuevo México, 1998), existe una gran cantidad de bacterias, virus, hongos y organismos protozoarios, de los cuales una gran cantidad de éstos vive en nuestros cuerpos. Cuando un sistema inmunológico no funciona adecuadamente, la capacidad para regular y controlar a éstos organismo se pierde, lo que en la mayoría de las veces puede provocar problemas de salud llegando a desarrollar infecciones. Las infecciones que aparecen a causa de la debilidad del sistema inmunológico son llamadas "enfermedades oportunistas". Estas no son exclusivas de las personas que desarrollan el SIDA, ya que se pueden presentar en un sistema debilitado por otros padecimientos o por algunos medicamentos ó tratamientos, pero aparecen más frecuentemente en estas personas debido a que el daño que provoca ésta enfermedad y el tiempo tan prolongado que puede durar la misma.

A continuación se mencionan las enfermedades que se presentan más frecuentemente en personas que padecen SIDA:

- Bacterias recurrentes por salmonella: la presencia de este tipo de bacteria (Galván y Gay, 1992) se manifiesta por escalofríos intensos, fiebre, diarrea persistente y pérdida de peso.
- Candidiasis: es una infección provocada por un hongo común y aunque se encuentra en casi cualquier persona, un sistema inmunológico saludable lo mantiene bajo control. Esta infección oportunista es común en personas cuyos sistemas inmunológicos no funcionan adecuadamente a causa de la infección por VIH y ataca normalmente la boca, garganta ó vagina. Cuando se presenta en la boca, aparecen áreas blancas o manchas rojas, que pueden causar dolor al tragar, náuseas y pérdida del apetito. Cuando se extiende más profundamente en la garganta, recibe el nombre de eso-faringitis. También, la candidiasis es una infección vaginal común, que conlleva a tener una sensación de picazón o quemazón y una secreción espesa blanquecina. El tratamiento contra la candidiasis no lleva a librarse de ésta, ya que se encuentra normalmente en el cuerpo, sino de controlarla. Algunas bacterias que se encuentran en el cuerpo ayudan a controlar a la candidiasis, sin embargo, al tomar antibióticos, se eliminan estas bacterias que podrían ayudar a mantener un equilibrio. Los médicos utilizan tratamientos locales (donde la infección se encuentra) y sistémicos, entre los que se encuentran cremas, óvulos, soluciones y pastillas que se disuelven en la boca. Los tratamientos locales rara vez ocasionan efectos secundarios, no así los sistémicos, que provocan efectos secundarios a un 20% de los pacientes. Estos tratamientos se prescriben a largo plazo, ya que la infección tiende a reactivarse, a lo que el hongo reacciona formando resistencia al medicamento. Existen

terapias naturales que parecen mejorar la candidiasis pero ninguna de éstas se ha estudiado cuidadosamente para demostrar su efectividad.

- **Citomegalovirus (CMV):** este virus ocasiona una infección que afecta alrededor del 50% de la población en general, pero a las personas que viven con el VIH las afecta hasta en un 90%. El riesgo es más alto cuando el conteo de células T ó CD4 cae por debajo de 100. Aunque un sistema inmunológico saludable controla el virus, en las personas con deficiencias en sus sistemas, el virus puede atacar varias partes del cuerpo. La enfermedad más común es la retinitis (lesión en la retina), que puede provocar ceguera rápidamente, siendo las primeras señales los problemas de la visión en donde se perciben manchitas negras. El tratamiento consistía hasta el año pasado en administrar diariamente infusiones intravenosas de **Cytovene®** (ganciclovir) ó **Foscavir®** (foscarnet). Ya que estos medicamentos únicamente controlan al virus y no lo eliminan, se debe estar bajo revisión médica continua y como el CMV puede presentarse en otras partes del cuerpo, se necesita una terapia sistémica (por todo el cuerpo). Pero los medicamentos intravenosos prescritos para controlar al virus pueden dañar la médula o riñones, lo que puede requerir de medicamentos adicionales. A esto se adiciona que no ha quedado claro a que pacientes se les debe administrar para prevenir el CMV, aunque las pruebas de carga viral de CMV podrían aclararlo.
- **Complejo Microbacteriano Avium (MAC):** es una enfermedad seria, causada por un bacteria encontrada en el agua, el suelo, polvo y la comida. Puede limitarse a una parte del cuerpo o diseminarse a través de éste y ocurre a menudo en los pulmones, los intestinos, la médula ósea, el hígado y el bazo. Por ser una bacteria muy común, únicamente las personas con sistemas inmunológicos debilitados desarrollaran MAC. Esto ocurre con las personas enfermas de SIDA, de las cuales, el 50% por ciento desarrollan la enfermedad, aunque casi nunca causa la muerte en personas que tiene un conteo de células T por arriba de 100. Los síntomas pueden incluir altas fiebres, sensación de frío, diarrea, pérdida de peso, dolores de estómago, fatiga y anemia, pero cuando se extiende por el cuerpo, causa infecciones en la sangre, hepatitis, pulmonía y otros problemas serios. El diagnóstico puede consistir en un cultivo de la bacteria tomada de orina, sangre o saliva. Ya que la bacteria puede desarrollar resistencia a los medicamentos, es necesario usar una combinación de antibióticos. Por lo menos se usan dos medicamentos, como azitromicina o claritromicina y debe continuar de por vida, ya que de lo contrario, la enfermedad regresará nuevamente. Estos mismos medicamentos pueden ser utilizados para prevenir el desarrollo de MAC, hasta en un 50% de las personas, aunque no son del todo eficaces ya que la bacteria que causa MAC es tan común, que es imposible evitar la exposición. Azitromicina y claritromicina, junto con rifabutina, se prescriben en personas con conteo menor a 75 células T.
- **Criptosporidiosis (cripto):** es una infección que afecta aproximadamente del 15% al 20% de las personas con SIDA (sobre todo si tienen un conteo de células T inferior a 300) y es provocada por el parásito protozoo llamado *Cryptosporidium parvum*, que afecta principalmente los intestinos y puede presentar síntomas como diarrea, náuseas, vómito y calambres en el estómago. Esta infección se extiende fácilmente a través del agua ó comida contaminada; por contacto directo con una persona ó animal infectados. En personas con

sistemas inmunológicos sanos, los síntomas causados por el parásito no duran más de una semana, lo que no ocurre en personas con un sistema inmunológico deficiente, en las cuales, el cripto puede continuar durante mucho más tiempo. No existe ningún medicamento que puede proteger contra la infección por cripto, por lo que la única manera de prevenir la infección es la limpieza, evitando contacto con basura humana o animal; lavando las manos después de usar el baño, cultivar un huerto o jardín, tocar ropa sucia ó animales y cambiar pañales. También, en algunas ciudades, el suministro de agua público se puede contaminar con cripto, por lo que es necesario: hervir el agua para beber ó cocinar durante unos minutos, beber agua filtrada que cumpla con la especificación "1-micron", beber agua purificada. Aunque existen medicamentos a prueba para controlar la infección por cripto, no hay ninguno medicamento probado. Únicamente existen medidas par controlar la diarrea causada por padecimiento, que es muy importante para evitar en el paciente el síndrome de desgaste.

- Demencia y Problemas del Sistema Nervioso Central: las personas con VIH pueden tener complicaciones en lo que se refiere al sistema nervioso central, en los que se incluyen dolor de los nervios y músculos sobre todo en pies, piernas y manos (neuropatía periférica); depresión; problemas al dormir, balancearse, caminar, pensamiento y memoria. Los médicos comprendieron que hay un rango desde problemas menores, como los antes mencionados, hasta lo que ahora se llama Demencia del SIDA. Esta, se manifiesta por problemas prolongados con el pensamiento y la memoria (dificultad al hablar, recordar palabras, concentrarse o prestar atención), también para controlar los brazos y las piernas (perdida de equilibrio), así como problemas de visión. Aunque se puede diagnosticar los problemas neurológicos, no se hace tan sencillamente con lo que los causa, ya que algunos pueden ser causados por deficiencia vitamínica, infecciones oportunistas o por los mismos medicamentos que ayudan a los pacientes con VIH, de la misma forma, cuando el VIH infecta el cerebro ó la médula ósea. Los problemas neurológicos normalmente no se observan sino hasta las fases tardías de la enfermedad por VIH (SIDA). Si la persona tiene un conteo de células T alto, desarrollan un problema de este tipo, se buscaran otras causas al padecimiento, entre los que se podrían incluir la depresión u otros problemas psiquiátricos o el proceso de envejecimiento. Algunos problemas neurológicos requieren de atención médica urgente, sobre todo cuando existen dolores de cabeza muy intensos, aunado con fiebre, cuello tieso, vómito ó problemas de la visión, por lo que se deben atender inmediatamente. Los problemas del sistema nervioso central pueden dividirse en dos grupos: los causados por inflamación y los causados por infección directa por VIH. El primer tipo se trata eficazmente con antibióticos, mientras que el segundo tipo se trata con medicamentos que controlan al VIH, desgraciadamente, los medicamentos contra el VIH no son muy eficaces contra la infección del sistema nerviosos central, ya que la red de vasos sanguíneos que protege al cerebro y a la médula espinal deja fuera a la mayoría de los gérmenes y también a la mayoría de los medicamentos, no así con el VIH, que puede traspasar esta barrera. Únicamente se tienen medicamentos como AZT y Viramune® (nevirapina), que pueden acceder fácilmente al cerebro, por lo que parece ser que las combinaciones de medicamentos pueden prevenir problemas del sistema nervioso central.

- **Dermatitis seborrética:** es una enfermedad cutánea (Galván, 1988) que procede de la hipertrofia de las glándulas sebáceas. Se caracteriza por caída del cabello, erupciones, comezón y sensación de quemaduras.
- **Hepatitis:** la hepatitis (inflamación del hígado) puede ser causada (Infored SIDA Nuevo México, 1998) por virus, alcohol, drogas, venenos, incluso medicamentos prescritos. Otras causas pueden ser el Complejo Microbacteriano Avium (MAC) y el Citomegalovirus (CMV). Afecta a personas aún cuando sus sistemas inmunes son saludables, siendo una enfermedad muy común. Los síntomas más comunes son la pérdida del apetito, fatiga, fiebre, dolores en el cuerpo, náuseas, vómito y dolor de estómago. En casos serios, las personas pueden tener orina oscura, evacuaciones descoloridas y la piel u ojos de color amarillento (ictericia). Se conocen cinco tipos de virus que causan la hepatitis, los que se llaman hepatitis A, B, C, D y E. La mejor manera de prevenir hepatitis viral es la limpieza y evitar contacto íntimo con personas infectadas y su sangre. Los condones pueden ayudar a prevenir el contagio de Hepatitis B, aunque también existen vacunas. No existe ningún tratamiento eficaz para la Hepatitis A y E una vez que se han contraído, aunque la enfermedad dura unas cuantas semanas. Para la Hepatitis B, C y D los únicos medicamentos que parecen funcionar son interferón-alfa y la lamivudina (3CT). La Hepatitis no causada por virus, sino por alguna sustancia, se mejora al evitar suspender el uso de dicha sustancia y no deja daño al hígado (cirrosis) como ocurre con la viral. La administración de medicamentos es delicada, ya que el hígado se encarga de sintetizar todas las sustancia que entran al cuerpo, labor que no realizara adecuadamente si esta inflamado, incluyendo a los medicamentos. Si la Hepatitis ocurre como infección oportunista, se debe de controlar para que el hígado pueda sanar.
- **Herpes zoster multifocal:** se caracteriza (Galván, 1988) por una erupción vesiculosa que forma cúmulos de 5 a 10 vesículas rodeadas de un reborde rojizo y localizadas a nivel de los filetes nerviosos de la piel. El dolor es persistente con periodos de exacerbación a menudo nocturnos. También puede ser oftálmico, localizado a nivel del quinto par craneal caracterizado por dolores del trigémino y lesiones de la cornea.
- **Linfoma:** se refiere (Infored SIDA Nuevo México, 1998) a una docena de cánceres que involucran un tipo de glóbulo sanguíneo blanco (linfocitos B). Las células se vuelven anormales y se multiplican rápidamente formando tumores. La enfermedad de Hodgkin, otro tipo de linfoma, es raro en personas con VIH, por lo que el linfoma relacionado al SIDA se le llama Linfoma no de Hodgkin (LNH), por lo que fue agregado a la lista de las enfermedades que definen a SIDA en personas con infección por VIH en 1985. Los primeros signos de linfoma incluyen glándulas linfáticas hinchadas, fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso corporal en más del 10%. Pero si el linfoma se encuentra en el sistema nervioso central, los síntomas pueden incluir confusión, dificultad al hablar, pérdida de memoria, dificultad al controlar las piernas o los brazos y dolor de cabeza. Como estos signos también ocurren en varias enfermedades relacionadas al SIDA, es necesario un diagnóstico que se basa en un examen al microscopio. La causa de los linfomas no esta clara, pero se investigan algunos factores como por ejemplo la infección por virus Epstein-Barr, mutaciones de las células B y desequilibrios en el sistema inmunológico. Es por esta razón que no se conoce ninguna forma de prevenir la

enfermedad. La mayoría de los cánceres se tratan por una combinación de medicamentos (quimioterápias) que se dan por ciclos y pueden eliminar el linfoma en casi 50% de los pacientes. De estos, casi el 25% tendrá de nuevo linfomas en aproximadamente siete meses. Los medicamentos adicionales que se prescriben pueden ser Zofran® (ondansetron) y Neupogen® (factor G-CSF), entre otros. La mayoría de las personas que desarrollan linfoma tienen SIDA en su etapa avanzada y pueden estar teniendo otras enfermedades oportunistas a la vez.

- **Meningitis aséptica:** inflamación de las meninges (Galván, 1988) denominándose aséptica cuando los cultivos para bacterias son negativos. El principal síntoma es dolor persistente de cabeza.
- **Meningitis Criptocócica:** la enfermedad (Infored SIDA Nuevo México, 1998) más común causada por un criptococo es la meningitis, una infección de los tejidos que linean la médula espinal y el cerebro. El criptococo es un hongo, muy común en excremento de pájaro y en la tierra, por lo que se puede adquirir al respirar el polvo, aunque no parece transmitirse de persona a persona. Puede infectar otras partes del cuerpo, incluso la piel y los pulmones y el riesgo de que el hongo se desarrolle es más alto cuando el conteo de células T es inferior a 100. Las primeras señales de meningitis incluyen la fiebre, fatiga, cuello tieso, dolor de cabeza, náuseas, vómito, confusión y problemas de visión, aunque esta enfermedad se diagnostica por medio de exámenes del fluido de la espina dorsal, ya que los síntomas descritos son bastantes comunes en personas con SIDA. La meningitis se trata con los medicamentos antihongos, como fluconazole, que resulta ser muy eficaz. Estos medicamentos se deben administrar continuamente ya que la meningitis criptocócica tiende a volver después del primer episodio. Incluso, después del tratamiento con amfotericina B, el fluconazole es continuo y se toma de por vida, ya que la meningitis puede volver. La prevención puede realizarse en personas con conteo de células T bajo, pero puede provocar problemas como candidiasis o vaginitis, que se trata con otra clase de medicamentos.
- **Mielopatía por VIH:** éste término (Galván, 1988) se refiere al daño al nivel de la médula espinal. Cuanto más cerca del cráneo ocurre el daño, mayor será la zona comprometida.
- **Nefropatía por VIH:** la nefropatía se refiere a enfermedades del riñón y de otras partes relacionadas con el aparato urinario. Este tipo de alteraciones es frecuente en los pacientes con SIDA.
- **Neumonía Neumocitis Carinii (PCP):** llamado PCP por sus siglas en inglés (Infored SIDA Nuevo México, 1998), es la infección oportunista más común en personas con VIH, las cuales, sin la terapia preventiva, más del 50% desarrollaría PCP. Esta enfermedad ha sido la causa de muerte de la mayoría de las personas con VIH, aunque actualmente se puede casi completamente evitarse y tratarse. El agente infeccioso es un hongo, que al igual que la candidiasis, todos tenemos en el cuerpo y el sistema inmunológico lo mantiene bajo control. Aquellas personas con conteo de células T inferior a 200, tienen el riesgo más alto de desarrollar PCP, que afecta principalmente a los pulmones. Las primeras señales son dificultad para respirar, fiebre, tos seca, debilidad, pérdida de peso y a pesar de que en la actualidad se

usan antibióticos para prevenir la enfermedad, siempre esta la amenaza de que la infección se desarrolle o en su caso, regrese. PCP era la primera enfermedad indicativa del SIDA para solamente el 32% de pacientes en 1993, comparado con el 63% en 1987. De los medicamentos para prevenir y tratar la PCP, Bactrim® o Septra® resulta ser de los más efectivos y de los más económicos. De las personas que lo toman, casi la mitad sufren de reacciones alérgicas, que normalmente es un salpullido o fiebre, lo cual puede remediarse con procedimientos de insensibilización. Nuevas investigaciones han mostrado la posibilidad de tomar aún menos medicamentos para tratar la PCP, lo que reduce, así mismo, los problemas de alergias.

- **Neuropatía periférica:** existe (Galván, 1988) daño únicamente al nivel de las terminaciones nerviosas. Se pueden dañar a los nervios sensoriales produciendo adormecimiento, hormigueo y dolor; también se pueden ver afectados los nervios autónomos que regulan los órganos que no se pueden controlar a voluntad, como el corazón, los pulmones y el intestino.
- **Nocardiosis:** micosis debida a un hongo de la familia de las oosporas llamada *Ianocardia*.
- **Papiloma Virus Humano (PVH), Verrugas Genitales y Displasia de la Cerviz:** el PVH (Infored SIDA Nuevo México, 1998) es una familia de virus. Son muy comunes, como por ejemplo en mujeres VIH-positivas de un estudio, se detectaron en el 77%. Se transmiten fácilmente durante actividad sexual y los condones no son eficaces, ya que el virus puede transmitirse de persona a persona por contacto directo con áreas de la piel infectadas y es asintomática al principio. La infección es incurable y el diagnostico no es sencillo. Dos de estos virus causan verrugas genitales (*condyloma acuminata*) y se pueden presentar en pene, vagina o el recto. Otros tipos de PVH pueden causar el crecimiento anormal de células, conocido como displasia. La displasia puede desarrollarse en varios tipos de cánceres, incluyendo cáncer en el pene, ano y especialmente en las mujeres cáncer cervical. Para diagnosticar un PVH, los doctores buscan los síntomas que causan como displasia o verrugas genitales y consideran que la revisión debe ser parte del examen anual para las personas con VIH o aquellas con menos de 500 células T, ya que las verrugas pueden aparecer desde unas semanas hasta unos meses después del contagio. A pesar de que la infección por PVH es permanente, las displasias y las verrugas pueden eliminarse por medio de agujas eléctricas para quemarlas, congelándolas con nitrógeno líquido, recortándolas ó con algunos químicos. Existen también medicamentos como Aldara® como tratamiento para las verrugas genitales. Dado que la infección por PVH es permanente, los síntomas pueden volver, los cuales deben tratarse oportunamente para evitar que se extiendan.
- **Púrpuras Trombocitopenica:** él término púrpura (Galván, 1988) se aplica a un grupo de enfermedades caracterizada por deficiente coagulación, debida a su vez a la disminución en el numero total de plaquetas (trombocitopenía) que son las células sanguíneas responsables de la coagulación a disfunción de estas células o a excesiva fragilidad de los vasos sanguíneos.
- **Sarcoma de Kaposi (KS):** es una enfermedad (Infored SIDA Nuevo México, 1998) parecida al cáncer, causada por un virus llamado HHV8, de la familia del herpes. Puede presentarse en piel ó boca, nariz o los ojos, aunque también se extiende a los pulmones, hígado, estómago,

intestinos y glándulas linfáticas. Esta enfermedad afecta aproximadamente al 20% de las personas con SIDA, principalmente a los hombres en un rango de 8 a 1 comparados con las mujeres. Se presentan como manchas en la piel, rojas o moradas, azuladas, pardas o negras, a menudo en cara, brazos y piernas. Es una enfermedad seria sobre todo si se extiende a otros lugares del cuerpo. Se puede diagnosticar observando las lesiones superficiales, que son normalmente planas, sin dolor, no provocan escozor ni secretan líquidos. No existe forma de prevenir el KS y dura de por vida con periodos de actividad e inactividad. El tratamiento difiere a sí se presentan sólo en la piel o si se ha extendido el virus. Aunque normalmente, las lesiones vuelven después de ser tratadas, estas se pueden tratar congelándolas con nitrógeno líquido, con radiación, recortándolas quirúrgicamente ó inyectándoles medicamentos. Cuando la enfermedad se ha extendido a los órganos interiores, se utilizan tratamientos sistémicos, con una combinación de medicamentos anticáncer, los cuales existen en formas más eficaces con menos efectos secundarios.

- **Tuberculosis (TB):** esta es una enfermedad contagiosa y potencialmente mortal, causada por una bacteria conocida como "micobacterium tuberculosis", ocasionada por el bacilo de Koch (Manual de Recursos para el SIDA, 1997), que comúnmente afecta a los pulmones pero que puede extenderse a otros órganos. A nivel mundial, la TB es un padecimiento muy serio, que infecta a casi la tercera parte de las personas en el mundo, que no desarrollaran la forma activa de la enfermedad, si cuentan con un sistema inmunológico saludable. Si se desarrolla la forma activa se pueden presentar síntomas como, pérdida de peso, fatiga constante, sudores nocturnos y fiebres. La enfermedad se puede transmitir a través del aire cuando alguien estornuda o tose. Las personas que sufren de VIH avanzado, pueden infectarse con TB a cualquier nivel de células T. Por esta razón, las personas infectadas por VIH presentan 40 veces más casos de TB, que las personas que no están infectadas por VIH. La TB puede hacer que el VIH se multiplique más rápidamente y empeore la enfermedad. Para detectar si alguien ha sido contagiado por TB, se utiliza una sencilla prueba que consiste en una inyección cutánea, que indica si existe la forma activa de la enfermedad, por lo que el médico explora los pulmones a través de radiografías. Para tratar la enfermedad, se utilizan medicamentos como Isoniazida durante nueve meses por lo menos. Para las formas activas, se utilizan una combinación de antibióticos para evitar que la bacteria forme resistencia y por lo menos durante un lapso de seis meses. De esta forma, se pueden controlar mas del 90% de los casos de TB. Los tratamientos para TB toman un tiempo largo y puede ser difícil combinarlos con medicamentos para controlar el VIH.

2.8. Aspectos Psicológicos ante el SIDA

Enfoque psicológico: Ardila (1989, citado en Galván y Gay, 1992) afirma que la propagación del SIDA, se debe básicamente a la promiscuidad. Las personas que se han enfermado de SIDA, son altamente promiscuas y poseen un número muy grande de compañeros sexuales. Aunque esto se consideraba permisible en la época de la Revolución Sexual, en la época del SIDA parece ser totalmente inaceptable, lo que ocasiona que se vuelva a pensar en la fidelidad y en la monogamia como alternativas de conducta sexual.

Desde el momento en que se contó con métodos eficaces para la detección del VIH, se han observado una diversidad de manifestaciones psicológicas ante la posibilidad de realizarse este tipo de pruebas y de cómo manejar el resultado que se obtenga. Así se pueden encontrar diferentes actitudes en las personas que no se han realizado una prueba del VIH, como las siguientes:

El grupo de las personas que se encuentran tranquilas debido a que no han tenido conductas de alto riesgo.

El grupo de las personas que se encuentran tranquilas aún cuando hayan tenido conductas de alto riesgo.

El grupo de las personas que tiene miedo de haber sido infectadas porque han tenido conductas de alto riesgo.

Existe un común entre todas las personas anteriormente mencionadas, que es que presentan dos tipos de actitud hacia el hecho de realizarse una prueba: de aceptación o de rechazo. Esta actitud varía mucho dependiendo de la condición en la que se encuentren (conductas de alto o bajo riesgo) y de muchos otros factores que todavía no se esclarecen en su totalidad.

En México, uno de los factores que necesitan de más estudio, es la desinformación, que en este caso puede ser por ejemplo: conocimiento acerca del medio efectivo de detectar el VIH. Según la encuesta de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP) respecto al SIDA, llevada a cabo en 1987 en zonas urbanas de diferentes ciudades de éste país entre personas de 15 a 60 años, cuando se les preguntó cuáles eran las formas de saber si una persona está infectada por el virus del SIDA, el 50% respondió que a través de una prueba de sangre; el 37% que a través de una prueba de orina; y un 13% que a través de radiografías (se menciona como referencia únicamente un número 4). Además, el 60% de los entrevistados conceptualizó al SIDA como enfermedad de homosexuales y prostitutas, lo que puede ser otro factor por el cual la gente no se realiza una prueba de SIDA, ya sea porque se consideran susceptibles o no a contraer la enfermedad.

Pero qué ocurre (McKusick, 1988, citado en Galván y Gay, 1992) cuando alguien se realiza una prueba y se obtiene un resultado positivo. Se han observado distintas reacciones psicológicas algunas de ellas más o menos uniformes en personas VIH positivas, que abarcan un espectro tan amplio como los siguientes: ansiedad, miedo, depresión, fatalismo, sentimiento de alienación y despersonalización; interés en tratamientos alternativos; aumento de las preocupaciones espirituales y disminución de las preocupaciones materiales; pérdida de la libido y disfunciones sexuales; aumento de la responsabilidad así como aislamiento social; culpa en relación con la conducta sexual previa; reevaluación de la familia nuclear; cambio de actitud hacia los médicos y hacia la psicoterapia.

Es este ámbito, la doctora Kübler Ross (1987) ha señalado un proceso que ocurre en la mayoría de los pacientes cuando son informados del diagnóstico de una enfermedad incurable y mortal, que consta de las siguientes fases:

- I. **Negación:** se trata de evitar el dolor psíquico de saberse enfermo; la mayoría de las personas responden con impacto cuando están próximas a morir y en lo primero que piensan es que no les puede estar ocurriendo a ellos.
- II. **Ira:** después de darse cuenta de la enfermedad, las personas se ponen iracundas, se vuelven envidiosas con los que están a su alrededor, que son en su caso, jóvenes y sanos.
- III. **Negociación:** después de sentir ira, las personas tienden a querer negociar su tiempo (rezándole a Dios), a hacer pactos que representan el conocimiento de que el tiempo es limitado y la vida es finita.
- IV. **Depresión:** en ésta etapa, las personas necesitan llorar, afligirse, por la pérdida de su propia vida; sino la vivieran así, se sentirían presionados y no podrían sobrellevar su depresión.
- V. **Aceptación:** finalmente, las personas pueden reconocer que su enfermedad es inminente; no es necesariamente una época feliz, pero al trabajar con su ansiedad y su cólera podrán nuevamente, dependiendo de su historia personal hacer cambios estructurales en su aparato psíquico que le permitan incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentándose a los desafíos del mundo exterior

En todas estas fases descritas (Galván y Gay, 1992), se encuentran frecuentemente las quejas y las preocupaciones exageradas sobre el estado de salud, el futuro y la irremediable incertidumbre de desarrollar síntomas y por ende ser desahuciados.

Así mismo (McKusick, 1988, citado en Galván y Gay, 1992), los sujetos cuyo examen de VIH resultó negativo, pueden presentar, entre otras, las siguientes reacciones psicológicas: alivio; necesidad de centrarse en otras preocupaciones vitales; represión sexual; desenfreno sexual; preocupación acerca del estado de salud de la pareja; miedo al contagio; interés en involucrarse más en los problemas asociados con la epidemia.

Miller, Green, Farmer y Carrol en 1985 (citado en Galván y Gay, 1992) reportan casos de personas "angustiadas sin motivo", que no estaban infectadas, pero que están padeciendo emocionalmente, y pueden llegar a estar tan angustiados que pueden desarrollar alguna enfermedad física. Algunas otras personas "angustiadas sin motivo" entran en la categoría de conductas de bajo riesgo, pero viven con el temor infundado de que serán infectadas por medio de cualquier contacto cotidiano e insignificante.

2.9. SIDA y Deporte

En 1996 (Manual de Recursos para el SIDA, 1997), el jugador de basketball, Magic Johnson volvió a jugar en los Angeles Lakers después de una ausencia de cuatro años debido a un test positivo de VIH.

El boxeador profesional Tomy Morrison fue diagnosticado VIH positivo antes de competir en una lucha programado en las Vegas.

El regreso durante tres meses al circuito profesional de Johnson demostró que los individuos VIH positivo pueden tener vidas sanas y activas. La bienvenida que tuvieron por parte de los jugadores arrojó datos de cómo había cambiado en los cuatro años previos las actitudes hacia el SIDA. En comparación con el test positivo de Morrison que reactivó los temores de que un individuo podía infectarse durante una competencia.

Mientras éstos hechos han llamado la atención acerca de la creciente necesidad de educar tanto a atletas profesionales como amateurs sobre los riesgos de transmisión del VIH, también aumentó el temor acerca del contagio en el campo de juego.

Las posibilidades de contraer la enfermedad en el campo de juego son remotas, salvo en el ring de boxeo, donde los boxeadores pueden tener heridas y hemorragias conjuntas.

En 1995 (Manual de Recursos para el SIDA, 1997) el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, afirmó que las posibilidades de contraer el VIH durante una competencia deportiva, salvo el box, no supera a una en un millón. Enfatizaron que el riesgo potencial de infección durante una competencia es extremadamente bajo y que los principales riesgos que enfrentan los deportistas se relacionan más con las actividades fuera de su actividad deportiva. No existen casos documentados de infección por VIH adquirida a través de la actividad deportiva. Sin embargo, según datos de la Organización Mundial de la Salud de 1995, existe un riesgo leve de transmisión cuando un atleta infectado tiene una herida sangrante y el otro atleta presente una herida con sangrado y haya un intercambio de fluidos, existe el riesgo de contraer la infección. No hay que olvidar el riesgo teórico de transmisión por contacto sanguíneo durante la actividad deportiva tomándose en cuenta los lineamientos universales de prevención.

En 1989 un jugador de fútbol contrajo, en Italia, el VIH después de un choque sangriento con un jugador infectado. Los expertos coinciden que este caso no es concluyente ya que no pudo confirmarse que la actividad atlética hubiera sido la causa de la infección.

El uso de sustancias dentro del deporte facilita el manejo e intercambio de agujas y jeringas en los deportistas, que pueden incrementar el riesgo de contraer la infección. Se han reportado dos casos de físico culturistas los cuales se contagiaron con el virus por el compartir agujas utilizadas para inyectarse esteroides. Detalles de su vida personal revelaron que los individuos no habían tenido conductas de riesgo. A pesar de conocer el riesgo que implican las agujas en el contagio del virus, en 1993 en la Universidad Estatal de Michigan se demostró que los atletas de edad universitaria a pesar de estar informados el riesgo del contagio por jeringas continuaban teniendo conductas de riesgo. Los individuos infectados pueden participar en el deporte. De hecho el ejercicio suele ser recomendado. Cada caso de infección de un atleta debería ser juzgado individualmente de acuerdo al estado físico y mental del deportista.

A pesar de la magnitud que ha alcanzado la epidemia a nivel mundial (Michigan State University, 1993, citado en Manual de Recursos para el SIDA), el Comité Olímpico Internacional manifestó que no pensaban cambiar las normativas existentes acerca de no hacer obligatorio un test de VIH a todos los atletas, teniendo como ejemplo el caso de Greg Louganis que participó en la olimpiada de

1988 siendo VIH positivo. Al contrario podemos observar que algunas otras asociaciones consideran que es importante apoyar reglamentos para restringir la competencia a deportistas infectados en deportes de contacto, aunque más de la mitad de los atletas que participan en deportes de no contacto, estuvieron de acuerdo en alejar a las personas infectadas.

Esta situación ha llevado a lineamientos específicos como hacer obligatorios el test de VIH a los boxeadores que compitan en algunos estados de la Unión Americana y en la Gran Bretaña desde 1988, con lo que la Federación de Box llegó en 1993 a la norma de pedir a todos los boxeadores evidencias de que no estén infectados cuando compitan por un título.

La situación sobre el deporte y el SIDA desata muchas discusiones con respecto al tema de un test obligatorio para todos los deportistas. Un test de rutina para todos los atletas es innecesario, poco práctico e inmanejable, como también costoso. El deporte no genera fuente de riesgo que se considere importante dentro de la epidemiología de la enfermedad ya que el riesgo primario para los atletas de contraer la infección son los mismos que enfrentan los que no son atletas.

CAPITULO 3

DEPORTE

3.1. Antecedentes

Le Floc'Hmoan, (1963) indicó lo siguiente en relación con las competencias deportivas: "Siempre los hombres han deseado medir su fuerza, su agilidad, su rapidez, su habilidad. Son numerosos los que a través de los siglos, han querido demostrar que son los mejores, sea para obtener una medalla o un puesto de honor, sea por dinero a por fama o sencillamente por amor propio".

Cuando las familias se agruparon para formar comunidades agrícolas, algunos intereses colectivos, fueron confiados a algunos individuos determinados. Para designar al hombre que iba a ser investido de un cargo, como el de juzgar en las discordias, el de reprimir las deshonestidades, la comunidad debía basarse en la prudencia y en la fuerza física. De esta forma, se puede imaginar un concurso en que los candidatos probaban su fuerza, levantando o lanzando una piedra enorme.

Por la vecindad de las comunidades, se originaron las guerras en las que sobresalía el manejo de las mazas y después de las lanzas y de las jabalinas, naciendo una nueva sociedad. Los esclavos trabajaron para alimentar, vestir y proporcionar habitación a sus vencedores, y estos pudieron contar con tiempo y comodidad para mejorar su fuerza física y sabiduría.

En Egipto, 2500 años antes de la era cristiana, el ejército practicaba ejercicios de lucha y combate con palos. Los Cretenses, 1500 años antes de nuestra era, la tomaron gusta a la danza, la carrera pedestre, a una lucha parecida al pugilato y a la lucha contra los toros. Creta fue saqueada, y dejó paso a Grecia a los saqueos venidos del norte de Europa, se establecieron en el Peloponeso 2000 a. de C. Estos hombres rubios emprendedores y fuertemente organizados que veneraban un Dios llamado Zeus, fueron el origen del movimiento gímnico.

En el siglo XI antes de la era cristiana, la peste asolaba el Peloponeso. El rey de Elida, Ifito, tuvo que decidirse a consultar a Pitia, sacerdotisa que consultaba a los oráculos en Delfos, Ifito quería saber como librar a su país de la calamidad tan grande, a lo que respondió Pitia que los dioses intervendrían si se restablecían los Juegos Olímpicos en su honor.

Esparta aplastaba con su poder a las demás ciudades, por lo que Ifito tuvo que firmar con el rey de los lacedemonios, Licurgo, un tratado en cuyas cláusulas se declararon que Olimpia sería inviolable durante los juegos sagrados. Elis recibió la dirección de los juegos olímpicos, en adelante cada cuatro años, tuvo que respetarse la tregua. Algunos decían que los juegos Olímpicos habían venido desde Creta, traídos por un cúrete (o dactilo, sacerdote de Cibeles) llamado Mercúles o Heracles, quince siglos antes de nuestra era, en donde se hizo disputar la primera carrera; aunque otros aseguran que el padre de los Juegos Olímpicos, fue Heracles después de

haber matado al rey de Elida, motivo por el cual había organizado una fiesta en Olimpia para dar gracias a Zeus.

Algunos historiadores de la antigüedad dieron a Pélopo la paternidad de los Juegos Olímpicos después de matarse el rey Enómao de Pisa y casarse con su hija Hipodamia, se dice que Pélopo para celebrar estos acontecimientos decidió organizar los juegos ateniense en Olimpia.

El año de la fundación de los Juegos Olímpicos por el rey Ifito habría sido el año 884 a. de C, pero oficialmente a partir de 776, empezó su registro público en el que inscribieron los nombres de los vencedores. A partir de 708 a. de C. Los juegos comprendieron tres carreras y el pentatlón, que comprendió en cinco pruebas, carrera, lanzamiento de disco, jabalina, salto de longitud, y lucha.

Para los XIV Juego Olímpicos (724 a. de C.) apareció la primera modificación de la carrera (dromas) de un estadio, se le añadió la del doble estadio "diaulo". Después en los juegos siguientes XV 720 a de. C. añadieron la carrera de fondo o "dolico".

Después de la fundación de Esparta Liturgo en el siglo IX instituyó las leyes de la ciudad, donde todo ciudadano libre debió de ser soldado, desde los 12 años, el joven espartano entraba al internado en donde se impartía la educación de guerra, siendo los ejercicios físicos los que ocupaban el primer lugar, día tras día se entrenaban en el gimnasio.

Esparta no quiso que las mujeres lacedemonias quedasen confinadas al gineceo donde las mujeres esperaban a su futuro marido hilando lana, bordando o cocinando. Licurgo había decidido que "las muchachas como los muchachos disputaran entre sí su rapidez y su fuerza, pues la misión esencial de las mujeres libres consiste en engendrar hijos vigorosos". Así pues los espartanos no se opusieron al atletismo femenino, llevándose acabo estos en Olimpia, mismos que se disputaban en Septiembre, después de los Juegos Olímpicos masculinos. Su creación se atribuyó a Hipodamia (hija de Enómao). Estos juegos consistían en una prueba de carrera a pie, reservada a las muchachas, donde participaban todas las edades. La ganadora recibía una corona de olivo y un trozo de vaca sacrificada a Hera " las campeonas antiguas corrían, sobre una distancia de 160 metros"

Para el año 520 a. de C. el programa de los Juego Olímpicos incluía en su cierre la carrera de las armas, quedando el programa completo. Durante los XXXIII Juegos Olímpicos en 688 habían hecho su aparición el pugilato, ocho años mas tarde la primera carrera de carros, después en los XXXIV Juegos Olímpicos los aléanos autorizaron el pancracio y la carrera de caballos. Para el año 632 (XXXVII Juegos Olímpicos.), aparecieron dos categorías de competidores mas, a las pruebas de adultos se le añadieron la carrera en un estadio y la lucha para menores de 18 años, el pentatlón para junior, se incorporó en 628, desapareciendo a partir de los siguiente juegos. Las mujeres quedaban excluida de los juegos y solo podían obtener una corona por medio de los caballos. Las pausianas cuentan que una dama de la Macedonia marítima (Belistieue) gana una carrera con dos potros uncidos en los CXXVIII Juegos Olímpicos, en el año de 268.

En Atenas, durante el siglo VIII, Solón traza los rasgos generales de un método de educación cuyo principio era "los muchachos antes que nada, deben de aprender a nadar y a leer, los pobres deben de ejercitarse en la agricultura o en cualquier industria, los ricos deben dedicarse a la música, a la equitación, a los ejercicios de gimnasia, a la caza y a la filosofía". Solón, siguiendo lo que dijo Luciano de Somasata en "Anacharsis" decía la juventud ateniense debiera de ser educada "tanto para hacer la paz como para hacer la guerra". En el siglo V o de Pericles, Atenas dio a sus ciudadanos una formación igual en lo atlético, pero más en lo intelectual, pero menos extensivo en lo referente a la guerra. Desde la edad de los siete años, el padre dejaba en manos de un pedagogo a su hijo, cuya misión era formarle el carácter llevarlo a la casa del citarista, del gramático que era el encargado de enseñarle a leer, contar y a la palestra (de pale, lucha). El pedotriba o profesor de gimnasia, era el director de esta palestra, lugar donde se practicaban los rudimentos del salto, la lucha y la carrera. La palestra al principio fue una cerca alrededor de un espacio libre, en el que había sitios preparados para diversos ejercicios, posteriormente se pusieron bancas, algunas estatuas de cultura física, además de contar con un "eoterion" lugar donde se untaban de aceite y una "conistra" un arenario, el aceite servía para los masajes y la arena fina de Egipto era para espolvorear y proteger de las radiaciones del sol; además de contar con una fuente y baños.

A los 18 años, se ingresaba al gimnasio (gymne, desnudo) en Atenas en donde se encontraba además la Academia, el Liceo y el Cinosorgo, siendo este lugar el punto de reunión de intelectuales y campeones de la época. Como las pruebas hípicas y el pentatlón duraban mucho, a partir de los LXXVIII Juegos Olímpicos en 472 a. de C., las ceremonias y las pruebas duraban cinco días. Se consideraban a los Juegos Olímpicos una fiesta religiosa. La primera jornada se desarrollaba en Altis, lugar sagrado donde se celebraban los sacrificios. Después de estas se iniciaban los juegos a la llegada del Cortejo Oficial, los Helanodices, vestidos con trajes escarlata, se colocaban en su tribuna de mármol; seguidos de los representantes de las ciudades y por último los participantes. En el segundo y tercer día se realizaban las pruebas atléticas del programa: competiciones entre los menores de 18 años (lucha y carrera), "diaulos y dolicos", lucha, pugilato, pancracio. Generalmente la hípica, (caballos, carros) se empezaba el tercer día y continuaba hasta el cuarto, en el que se realizaban el pentatlón y la carrera con armas, siendo esta última la prueba de cierre, en el quinto día era el día de las recompensas. La influencia griega se dio también en Roma durante el siglo I a. de C., para los romanos no se trataba de hacer entrar todos estos ejercicios en un sistema de educación; solo querían divertirse, por lo que los ciudadanos romanos solo miraban más que practicarlo, ya que él que lo practicaba era un hombre que tenía ese oficio.

3.2. Definición de deporte

Las características esenciales del deporte (Durand, 1976) son: participación física, búsqueda del máximo rendimiento, gratuidad, reglamentación.

Se consideran las siguientes definiciones de deporte: Diccionario de la real Academia Francesa: "toda clase de ejercicios físicos, de juego y destreza y fuerza, carreras de caballo, competiciones en el agua, caza, esgrima, gimnasias, automóviles, etc."; reglamento de la antigua escuela militar de Joinville: "ejercicios físicos artificiales donde la dificultad se hace progresiva y prácticamente

ilimitada y que ponen en juego las superiores cualidades físicas de los individuos gracias a una preparación intensiva que permite desarrollar estas cualidades hasta el límite extremo."

George Hébert (citado en Durand, 1976) señaló que el deporte es: Todo género de ejercicio o actividad física que tiene por objetivo la realización de una performance, cuya ejecución se basa esencialmente en la idea de lucha contra un elemento definido, una distancia, una duración, un obstáculo, una dificultad material, un peligro, un animal, un adversario y por extensión uno mismo."

Etimológicamente (Lawther, 1987) la palabra deporte deriva de disporte (dis y portate), que significa sustraerse al trabajo. Esta derivación de la palabra implica que el deporte es diversión, no una tarea pesada.

Así mismo, Pierre de Coubertin (1922, citado en Brohm, 1982), padre del olimpismo moderno, "es el culto voluntario y habitual del esfuerzo muscular intenso apoyado en el deseo de progreso y pudiendo a veces llegar hasta el riesgo".

J. Ullmann (citado en Brohm, 1982) da una definición sumaria del deporte: "presenta tres rasgos principales: es un juego, una competencia y una formación".

Dr. Pierre Nadal indica que, "El deporte se caracteriza por:

- El ejercicio realizado sobre esquemas bien definidos de actividades naturales o codificadas.
- La posibilidad de medidas y comparaciones fundadas en referencias precisas y que tienen una sanción y una clasificación.
- La preocupación de ser siempre mejor llevada hasta el máximo".

H. Van Blijenburgh (citado en Durand, 1976) indicó que: " todo esfuerzo corporal individual o colectivo practicado con el fin de afirmar victoriosamente la superioridad del individuo o del equipo sobre si mismo o sobre un adversario inerte (tiempo, espacio, cualquier resistencia) o animado (opositor animal o humano)".

J. Dauven (citado en Durand, 1976) indicó lo siguiente: " Diversión de origen incierto que pone a prueba, según reglas fijas las cualidades del cuerpo y del espíritu con el fin de situar el valor físico de quien o quienes a ellas se entrega".

Para Uwe Schultz (citado en Brohm Jean, 1982), el deporte es: "el límite entre el deporte y el juego no solo es fluido, sino inexistente. El deporte no es un juego; el juego no es una forma superior del deporte. En otras palabras, el deporte es un ser híbrido, mixto entre el juego y la actividad seria. Para resolver la contradicción habla del *juego deportivo*".

En el diccionario Robert (1966, pag. 8, citado en Brohm, 1982) aparece esta definición: "actividad física ejercida en el sentido del juego de la lucha y del esfuerzo y cuya práctica supone un entrenamiento metódico y el respeto de ciertas reglas y disciplinas".

En Nouveau petit Larousse Illustré (1952, pag. 970, citado en Brohm, 1982), el deporte se define como: "Práctica metódica de los ejercicios físicos no sólo con vistas al perfeccionamiento del cuerpo humano, sino también del espíritu y de ciertas cualidades, como la lealtad, energía, la perseverancia y la decisión".

Gulick, (1920, citado en Lawther, 1987) mencionó que la única diferencia entre trabajo y juego, reside en la distinta actitud que se adopta. En el deporte, la actitud es de juego y la satisfacción reside no tanto en los resultados, como en la misma experiencia, si bien los resultados placenteros aumentan casi siempre el deleite de participar.

La Comisión Nacional del Deporte (CONADE) (1992), definió al deporte como: "Expresión concreta de la cultura, fenómeno social al que trasciende la esfera de la individualidad en la medida que propicia la integración social e incide en el estilo y la calidad de la vida de la población. El deporte es una opción para el uso del tiempo libre hacia actividades socialmente legítimas y de valor probado en los ámbitos de la salud, el desarrollo pleno de las capacidades humanas y la integración del proceso formativo y educativo de los individuos". Además, la CONADE definió a la actividad física como: "Actividad específica de la estimulación en la cual se valoran intensamente las formas de practicar los ejercicios físicos para que el individuo o el colectivo llegue al perfeccionamiento de las posibilidades morfofuncionales y psíquicos, concretadas en un récord, en la superación de sí mismo y de un contrincante".

El deporte es un sistema institucionalizado (Lawther, 1987) de práctica competitivas con predominio del aspecto físico: delimitadas, reguladas, codificadas y reglamentadas convencionalmente, cuyo objetivo confesado es, sobre la base de una comparación de pruebas, de marcas, de demostraciones, de prestaciones físicas, designar al mejor concurrente o de registrar la mejor actuación. Deduciéndose que el hombre necesita probar su capacidad máxima y a veces llegar hasta el límite del esfuerzo humano, además de que el placer intenso no solamente reside en el récord o marca obtenida sino también en el máximo esfuerzo físico.

3.3. Clasificación de los deportes

Los deportes se pueden clasificar (Durand, 1976) en varias categorías como son:

Deporte individuales.

Deportes colectivos.

Deportes de combate.

Deportes al aire libre.

3.3.1. Deportes individuales

Como su nombre lo indica estos deportes se caracterizan por el hecho de colocar a un ejercitante solo frente al obstáculo que ha de vencer (aparato, elemento o adversario). Aquí el criterio es de orden psicológico. Así, se tienen como ejemplo los siguientes deportes que se consideran dentro de esta clasificación:

El atletismo
Natación
Gimnasia con aparatos
Halterofilia
Ciclismo
Tenis de mesa o ping-pong.

3.3.2. Deportes colectivos

En estos deportes la situación psicológica del jugador se caracteriza por la necesidad de integrarse a una acción de grupo. En todos ellos se encuentran puntos comunes: oposición de dos equipos, interés centrado en un balón o en otros objetivos que se deben de arrebatarse a los adversarios y llevar a un lugar determinado (cesto, superficie, meta), reglas precisas de acción sancionadas, por la presencia en el terreno, de un arbitro o juez que debe de intervenir de manera directa en la competencia que se esta desarrollando. Por ejemplo algunos de estos deportes son:

Baloncesto
Fútbol
Balonmano
Rugby
Remo
Canotaje
Béisbol

3.3.3. Deportes de combate

Las técnicas son diversas pero todas permiten el contraataque entre dos hombres de manera mas o menos directa. Los deportes que se ubican dentro de esta categoría, son:

Lucha
Boxeo
Judo
Esgrima.
Karate-Do

3.3.4. Deportes al aire libre

Algunos de los deportes se realizan al aire libre. Por lo anterior se debe de considerar el lugar a donde se practica la actividad, teniendo como escenario lugares naturales, donde las principales diferencias radican en que el adversario a vencer son elementos naturales como: montaña, nieve, agua, viento, etc. Estos deportes al aire libre son:

Alpinismo

Escalada

Espeleología (descenso en cavernas y conductos naturales)

Esquí

Náutica (deportes de vela, en el mar, río, en solitario o en equipo).

3.4. Aspectos psicosociales de los deportes

En la cultura norteamericana (Cozens y Stumpf, 1960, citado en Lawther, 1987) los deportes forman parte de los patrones de relación social y representan modalidades grupales de las necesidades de encuentro que experimentan nuestras sociedades. Stumpf y Cozens llegaron a la siguiente conclusión: "La ejercitación de las destrezas físicas de la agudeza mental y de la intrepidez espiritual, en el campo de los deportes y de los juegos, es una parte antigua y tan propia de la cultura de la humanidad como lo son las expresiones de esas mismas capacidades del hombre en el campo de la música y del arte. La rica y colorida herencias en este aspecto de las experiencias humana forma parte de los derechos naturales de los niños de la tierra como de las canciones que se han cantado y los cuadros que se han pintado."

Bouet, (1968, citado en Lawther, 1987) consideró al deporte en particular con normas, reglamentos, tradiciones y técnicas. El deporte implica competencia, que puede tener lugar con otra persona o personas, con una marca establecida previamente, con el propio nivel de realización anterior, con riesgos tales como escalar una montaña o cruzar a nado un río, competir es luchar por sobresalir, por superarse y para alcanzar la perfección.

Las sociedades primitivas también llevan a cabo prácticas deportivas, Stumpf y Cozens (citado en Lawther, 1987) realizaron varios estudios para reconocer el papel que desempeñan los juegos, los deportes y las actividades recreativas dentro de un contexto cultural. Informaron, que para los Maoríes de Nueva Zelanda, los deportes y las actividades recreativas constituyen un fin en sí mismos, conteniendo valores educativos, económicos y llenaban las necesidades fisiológicas y artísticas.

Los investigadores llegaron a la conclusión de que entre las mayorías el bienestar físico radica en la base de toda actividad, tanto en la educativa como en la naturaleza, el autocontrol y la confianza en sí mismo estaban reconocidos como metas de los deportes, en este pueblo se necesita de la actividad de sus miembros de manera imperiosa.

Las metas reconocidas por los autores son las siguientes:

1. Entrenamiento para la guerra.
2. Adquisición de habilidades y gracia.
3. Contribución a la eficacia económica.
4. Cubrir las necesidades de su vida recreativa.
5. Promover la lealtad y solidaridad tribales.
6. Proporcionar escapes para las necesidades competitivas dentro de la estructura organizada de manera cooperativa

En un estudio de los habitantes de la isla Fidji, Stumpf y Cozens (citado en Lawther, 1987) informaron que los deportes sirven para preservar y estimular el gusto por la vida, la salud mental y física, la confianza en uno mismo y la adaptación a la cultura.

Los deportes en los Fidji son los medios para buscar la aceptación, dominio o superioridad. Las actividades deportivas contribuyen a estrechar los lazos sociales, ayudan a los individuos a que lleguen a formar parte de un grupo y a compartir la responsabilidad grupal.

Todos los miembros de la sociedad primitiva compartían una actividad muscular vigorosa que servía como medio para estimular el crecimiento y el desarrollo, proporcionar bienestar físico y formas socialmente sancionadas de expresión: educar a los jóvenes, dar ajuste general a la sociedad y mejoramiento de la moral.

Helen Dunlap (1951, citada en Lawther, 1987) estudió a los samoanos para determinar el lugar en que esta cultura ocupan las actividades físicas vigorosas (deportes, juegos, danzas, recreación física). Su hipótesis era que estas actividades constituyen un elemento universal y fundamental de la cultura humana. Sus investigaciones le permiten comprobar que en todas las grandes reuniones de los samoanos se incluían actividades físicas vigorosas. También figuraban las de carácter comunitario, con ocasión de nacimientos, muertes, ceremonias de entrada a la pubertad, casamientos y otras de carácter político o social.

Los deportes entre los primitivos fueron una parte fundamental de la educación de los niños y también medios para el entrenamiento militar. En las conclusiones de los estudios sobre los samoanos, Dunlap (citado en Lawther, 1987) menciona lo siguiente:

1. Facilitan la intercomunicación y la unidad grupal
2. Proporcionan escapes socialmente aprobados para las rivalidades extremas
3. Dan la oportunidad a las personas para adquirir prestigio y honor
4. Sirven como expresión de las emociones intensas que nacen a raíz de un nacimiento, de una muerte, de un casamiento o de alguna celebración religiosa.

3.5. Los deportes y la Sociedad

Al estudiar (Lawther John, 1987) las manifestaciones deportivas entre los pueblos primitivos se llega a la conclusión de que los ritos y las ceremonias acompañan a las competiciones deportivas. Parece ser herencia cultural, por ejemplo, la llama olímpica, el acto de izar banderas, la ejecución de los himnos patrios, los desfiles, etc. Las distintas sociedades del mundo, en alguna medida, parecen variar en sus gustos, preferencias y opiniones acerca de los valores instrumentales, de ahí que pongan el acento en la práctica de diferentes deportes. Las tradiciones culturales son uno de los factores que intervienen en la selección, lo mismo que la riqueza e incluso el clima. Los ejercicios gimnásticos han tenido menos aceptación en los Estados Unidos que en los países europeos o en Japón, aunque la situación ha cambiado.

Kenyon, (1968, citado en Lawther John, 1987) dirigió un estudio sobre el deporte, como fenómeno socio psicológico, tratando de determinar subcategorías o subgrupos que representaban la opinión popular acerca del valor instrumental de la actividad física.

De sus investigaciones llegó al siguiente modelo conceptual de los subgrupos que caracterizan la actividad física:

1. Una experiencia social; un medio para encontrarse con personas nuevas y de reafirmar las relaciones existentes.
2. Una contribución a la salud y al mantenimiento de la forma
3. Una búsqueda del vértigo, es decir, del riesgo, de la velocidad de la aceleración, de la exposición a situaciones de peligro, por lo general controladas por el participante (esquí, patinaje, etc.)
4. Una experiencias estética, por la gracia y la belleza que pueden lograrse para recreo de la vista
5. Una catarsis, como producto de un relajamiento de la tensión producida por la frustración
6. Una experiencia ascética, ya que comporta dura disciplina, autogobierno, fatigas, largas practicas y privaciones

No sólo se han hecho distinciones generales de las clases sociales en los deportes, adjudicando la práctica de algunos de estos a las clases altas y otros a la clase baja o a la gente en común, y en ocasiones, el pueblo ha sido a menudo excluido totalmente de los juegos de la nobleza o del poder político. Por ejemplo en algunos países hay deportes considerados de las clases altas, como en Estados Unidos, donde el golf y el tenis eran considerados de la clase aristócrata hace algunas décadas.

El hombre siente la necesidad de poseer la destreza y conocer los deportes de su sociedad y del grupo de pares a los cuales pertenece, como medios de participación social, desarrollo social y comprensión humana.

Las actividades deportivas se han desarrollado con un carácter de actividad apropiada para la vida familiar y para una participación compartida con los propios hijos; este fenómeno cultural parece favorecer el desarrollo de los niños y la integración y felicidad de la familia.

Numerosos estudios (Lawther John, 1987) han probado que los atletas escolares de cualquier nivel obtienen aceptación social, prestigio y status superior a los de sus pares no atletas. La imagen pública del atleta dice mucho acerca del lugar que ocupan los deportes en la cultura moderna. La masa estudiantil, por lo general, tiene en gran estima las proezas del atleta y sus realizaciones y le otorga un destacado status y prestigio social. El público en general hace héroes de los atletas cuando ganan, pero los ignora y aún los critican cuando pierden. El hombre necesita los deportes como catarsis mental y emocional, como un medio de asegurar la evidencia tangible y visibles de su fuerza y vigor y como manera de intentar demostrar su superioridad.

Las actitudes sociales hacia la participación deportiva difieren de acuerdo con el sexo de quienes toman parte en las competiciones. Un viejo estereotipo social, considera que las mujeres atletas son proclives a ver disminuida su feminidad, a ser dominantes, agresivas, musculosas y carentes

de éxito en la sociedad. La actitud más común hacia las mujeres que practican deporte no difiere mucho de la que mantenían hacia la participación deportiva de los aristócratas de los siglos XVIII y XIX.

Los hombres de nuestra época no se sienten repelidos por un despliegue de fuerza, rapidez, resistencia, y destreza femenina, siempre que las actuaciones resulten atractivas desde un punto de vista estético y el cuerpo femenino exhiba una forma armoniosa, artística y grácil.

CAPITULO 4

DESARROLLO DEL INDIVIDUO

4.1. La Adolescencia

Un periodo de transición (Papalia y Olds, 1990) de la niñez a la edad adulta es la adolescencia. Comienza con la preadolescencia, la cual dura aproximadamente dos años y finaliza con la pubertad. La preadolescencia se caracteriza por el crecimiento y maduración de los órganos reproductores así como también se observa un desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias. Cuando esta finaliza se da entonces lo que conocemos como pubertad, que es cuando se ha completado la maduración sexual y la capacidad reproductiva.

Etimológicamente (Torres, 1986) la palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolescere* que significa crecer o crecer hacia la madurez.

Para Hurlock (1980, citado en Torres 1986) la adolescencia es un período de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la edad de adulto. Por lo que Ballesteros (1972, citado en Torres, 1986) considera que la adolescencia se halla comprendida entre el final de la niñez y el comienzo de la juventud. Cronológicamente la adolescencia comienza entre los 10 y 12 años, concluyendo entre los 18 y 21 años. Siendo la madurez sexual uno de los aspectos básicos en la adolescencia, no puede dejar de mencionarse a la pubertad como precisamente el período en que ocurre este fenómeno (maduración sexual), a tal grado de importancia que con frecuencia se confunde la pubertad con la adolescencia.

Se considera (Hurlock, 1980, citado en Torres, 1986) que la pubertad es el inicio de la adolescencia, y que ésta "forma parte de la adolescencia pero no equivale a ésta; que comprende todas las fases de la madurez y no solo la sexual".

La adolescencia va más allá de la pubertad (Torres, 1986), porque además de los cambios anatómicos y fisiológicos, involucra factores sociales, psicológicos e ideológicos que implican modificación de conducta y status social. La adolescencia gesta la conciencia del individuo ante el mundo; hay desenvolvimiento rápido y violentos cambios de interés; cuestionamiento de valores y sobre todo de búsqueda de identidad; todo ello enmarca un período crítico que es necesario tratar con cautela, porque pueden fincarse las bases para una edad adulta plena, productiva y feliz o generar situaciones inconvenientes que el individuo materializara en conductas negativas de evidente desadaptación social.

Existen cambios fisiológicos (Papalia y Olds, 1990) que caracterizan a la adolescencia como son la presencia de la menarca en la mujer y el hombre experimenta los llamados sueños húmedos, en ambos sexos se da un aumento de estatura y peso así como también de un desarrollo muscular y esquelético.

Bandura (1964, citado en Craig, 1988) apoya la hipótesis de que el condicionamiento social es el causante del estrés que el adolescente sufre y que este periodo no provoca el mismo estrés entre todos los jóvenes.

Otros autores (Torres, 1986) consideran que es un periodo de tensión tolerable y todavía algunos más piensan que la adolescencia está exenta de conflictos.

Se considera que (Craig, 1988) los procesos fundamentales del adolescente son el logro de la autonomía y la formación de la identidad. Para lograr su autonomía el adolescente se sirve de reglas, valores y límites ya asimilados de sus padres.

En la adolescencia el desarrollo cognoscitivo permite analizar todos los diferentes roles como son hermano, hijo, estudiante, etc.; reparar en incongruencias y conflictos y poderlos reestructurar para poder construir una nueva identidad. Para Erickson (1968, citado en Craig, 1988) el problema fundamental que los adolescentes han de resolver para lograr una adecuada transición a la adultez.

Una importante fuente de identidad (Craig, 1988) es el grupo de referencia, éste lo conforma todas aquellas personas importantes para el sujeto, las cuales pueden servir de modelos en la formación de actitudes y valores.

James Marcia (1980, citado en Craig, 1988) formuló cuatro modos de enfrentamiento y los llamó status de identidad, siendo los siguientes: 1) Logro de la identidad; 2) Exclusión; 3) Difusión de identidad; 4) Aplazamiento.

Estos puntos se crean a partir de tres factores; la presencia o ausencia de una crisis o periodo de toma de decisiones; la elección de una ocupación, la aceptación de valores e ideología escogida libremente. Para este autor aquellos que logran una identidad son los que han pasado por una crisis, por lo mismo, escogen un trabajo y tratan de vivir conforme a un código moral formulado en forma individual.

Este código moral se desarrolla a través de la inhibición basada en la ansiedad que caracteriza a los niños pequeños, según Hoffman (1980, citado en Craig, 1988). La empatía de los niños mayores basada en el interés por los demás y en el juicio guiado por el pensamiento de las operaciones formales.

La teoría de Kohlberg (1966, citado en Craig, 1988) nos habla de un modelo del desarrollo moral en el cual las dos últimas etapas requieren procesos del pensamiento en el adolescente. Se ha observado que los valores que adopta el adolescente y los movimientos sociales en que participan dependen del periodo histórico.

En el periodo transicional (Craig, 1988) de la adolescencia, los adolescentes tienen contacto con diversos comportamientos y estilos de vida. Adoptan ciertas conductas y evitan otras. En esta etapa se toma una decisión muy importante como es el de ingerir alcohol, uso y abuso de drogas,

el uso de nicotina, etc. El uso de la cocaína entre adolescentes se ha elevado considerablemente en los últimos años; en cambio, ha descendido el consumo de alucinógenos e inhalantes.

La influencia de los padres sigue afectando el comportamiento del adolescente, el tipo de efecto depende del estilo de la crianza. Las familias han de hacer ajustes a medida que el adolescente va volviéndose más independiente y se prepara para abandonar el hogar. No se trata de una tarea fácil en absoluto. Los padres e hijos deben modular los papeles.

Finalmente, la adolescencia es el período en que los jóvenes desarrollan el amor propio y la confianza en sí mismos. Construir una imagen positiva de uno mismo es vital para convertirse en un adulto autónomo capaz de tomar decisiones con madurez, aclarar los valores que rigen esas decisiones y convertirse en una persona independiente.

4.2. Características Biológicas, Psíquicas, Sociales y Morales del Adolescente.

Biológicamente (Torres, 1986), el adolescente experimenta severos cambios estructurales, morfológicos y fisiológicos. En lo referente a su morfología, el aumento de talla, es más acelerado en las mujeres que en los varones. A medida que se aproxima la madurez, el ritmo de crecimiento se torna más lento.

Sin embargo cabe reconocer que el crecimiento está influido por la herencia, alimentación, ambiente, posibles enfermedades, etc.

En lo referente al peso (Farfan, 1979, citado en Torres 1986), hay un incremento primero en las mujeres. Aunque globalmente los hombres evidencian mayor peso que las mujeres, en el sistema muscular prácticamente se logra un desarrollo de adulto, las fibras musculares se vuelven gruesa y largas, "las circunferencias de antebrazos, brazos, tobillos y pantorrillas aumentan considerablemente".

En el sistema óseo, los huesos se tornan más consistentes y duros, en general se juzga que los adolescentes avanzan más rápido en el desarrollo esquelético que en los varones.

En el aspecto fisiológico el sistema endocrino es de gran importancia en el desarrollo de la adolescencia, dado que las glándulas de secreción endocrinas determinan los cambios puberales en el inicio de la adolescencia, así como las transformaciones.

Las glándulas endocrinas de mayor importancia son, la hipófisis, las gónadas y las suprarrenales. La hipófisis está conformada por glóbulos, el anterior, denominado adenohipófisis y el posterior neurohipófisis.

La adenohipófisis es la encargada de secretar las siguientes hormonas:

Tirotrípina que estimula la tiroides, adenohipófina, que estimula las suprarrenales; gonotropina, que estimula las gónadas; la somatotropa que afecta procesos metabólicos y enzimáticos.

Las gónadas desempeñan un papel esencial en el desarrollo y maduración sexual del adolescente, secretando hormonas que actúan en el crecimiento corporal y producción de gametos (espermatozoides y óvulos). Los ovarios producen estrógenos y progesterona. Los testículos secretan andrógenos y testosterona; hormonas que influyen directamente en los caracteres sexuales secundarios, maduración de órganos reproductores, deseo sexual, la ovogénesis y la espermatogénesis que consiste en la capacidad de producir respectivamente, óvulos o espermatozoides para la procreación.

Las glándulas suprarrenales, también secretan hormonas que junto con las gónadas interviene en el desarrollo sexual y el crecimiento.

En el caso de los varones genera la vellosoidad genital y facial, el desarrollo muscular, el cambio de voz. En las mujeres obra en el desarrollo de los genitales, vello púbico y axilar, glándulas mamarias y formas redondeadas.

En la relación a las características psicológicas del adolescente se pueden tomar en cuenta dos áreas la intelectual y la afectiva. Respecto a la primera, en contraste a lo que se manifiesta en el crecimiento físico, el desarrollo intelectual no exhibe modificaciones aceleradas ni desmesuradas. Durante la adolescencia "la inteligencia representa una capacidad general para procesar información y utilizar símbolos abstractos en la resolución de problemas abstractos (Grinder, 1982 citado en torres 1986). En este período el sujeto logra la plena capacidad cognoscitiva, dado que por lo general se considera que la inteligencia alcanza la cima en esta etapa, aún cuando puede seguir desarrollándose.

La emotividad (Farfan 1979, citado en Torres 1986) es más fuerte e irregular, se revela con fluctuaciones que van desde la alegría o exaltación a la depresión y desgane; "el egoísmo, la vanidad y la presunción son tan característicos de este periodo de la vida", dice Hall, "como el apocamiento, el sentimiento de humillación y la timidez".

El desarrollo psicológico de la adolescencia lo constituyen el logro de identidad, es decir, el conocimiento por parte del adolescente, de "quien es" y "que es", objetivo nada sencillo de alcanzar que implica un aprendizaje prolongado que ha de conducirle a la conciencia de sí mismo a integrar valores y actitudes, a la solución de problemas vocacionales y determinar claramente su papel en el grupo social en que se encuentra.

En el aspecto social (Torres 1986) hay que considerar que el adolescente se interesa en el sexo opuesto, en el lograr su autonomía y realizar aspiraciones de diferentes tipos, necesariamente requiere establecer nuevas relaciones con individuos de diferentes intereses ideas y valores que le brindaron la oportunidad de lograr experiencias sociales para el desarrollo de aptitudes, es decir, deberá someterse a una nueva etapa de proceso de socialización entendiendo este con la facultad de comportarse en congruencia a las normas, hábitos y costumbre sociales.

Durante esta época, las relaciones con los amigos, el noviazgo, la pertenencia a grupos, son hechos que resultan fundamentales para el referido proceso de socialización y afirmación de la

personalidad, para que el adolescente logre seguridad emocional, libertad de expresión, independencia de los adultos, ajuste a personas de otro sexo, desarrollo de aptitudes y aceptación social.

Durante la adolescencia la moral gradualmente se reorienta hacia un control interno de la propia conducta, de tal manera que los controles o disciplina externa ya no sean necesarios.

De manera general los conceptos de responsabilidad, veracidad y honradez están bien desarrollados, en particular el valor o concepto justicia destaca en la moral del adolescente; los valores morales en relación con el sexo ocupan especial atención y cambian sensiblemente examinándose aspectos como la masturbación, las caricias y las relaciones prematrimoniales.

Aun cuando la moralidad (Gessell, 1980, citado en Torres, 1986) en el adolescente es más amplia y estable, este puede vacilar en su comportamiento si la presión de grupo es fuerte, aunque esto le genere conflicto con sus propios valores; así pues "la opinión colectiva es más apremiante que la conciencia del individuo".

En este sentido (Torres, 1986) el deseo de popularidad de lograr status en el grupo, de afirmación e independencia, en un momento dado son casos que originan conductas contrarias a los principios morales, como pueden ser el incumplimiento de sus deberes, mentir habitualmente, efectuar a robos menores, emplear un lenguaje obsceno, abandono escolar, fumar, ingerir bebidas alcohólicas.

4.3. Adulto joven

Las influencias de las normas culturales (Craig, 1988) en la adecuada orientación sexual se ve reflejada en las conductas sexuales; es decir en los individuos que empiezan a descubrir el aspecto sexual de la vida en la adolescencia, a diferencia de los individuos que se ubican dentro de la adultez temprana, revisan sus estilos sexuales lo cual se da generalmente al mismo tiempo que se ocurre el abandono del hogar.

En ocasiones el rol sexual se da dependiendo la cultura a la que se pertenece. Un ejemplo, en la Isla Mangaie, cuyos habitantes tienen una actitud espontánea y directa ante el sexo. En otra isla llamada Inis Beag, las personas no toleran el sexo antes del matrimonio y es muy poco probable que se dé un orgasmo en la mujer.

Así como se acaba de ver un aspecto importante es la cultura, también lo es la religión, ya que esta nos permite saber cuál es la conducta sexual aceptable o adecuada.

Actualmente se puede observar un cambio de conducta dentro de la población estadounidense, ya que ha aumentado la duración del coito, más parejas buscan el placer en el acto sexual, acciones que estaban mal vistas. Ahora se permite y no hay una crítica ante poder tener relaciones sexuales antes del matrimonio.

Hoy en día, algunas sociedades todavía encuentran un repudio ante la homosexualidad. Se ha visto que la mayoría de la gente tienen una tendencia hacia personas de su mismo sexo así como también por personas del sexo contrario, los estudios que se han hecho a los homosexuales nos hablan que en ellos también existen los mismos conflictos de papeles que los heterosexuales, además del conflicto adicional de si deben o no revelar su orientación sexual a la familia ó los amigos.

Al igual que en los adolescentes la familia desempeña un papel muy importante en el desarrollo del adulto siendo igual tanto en casados como solteros.

En la adultez es común la formación de parejas. Para Freud (1953, citado en Craig, 1988) la elección de pareja se funda en la atracción que durante la niñez se siente por el progenitor del sexo opuesto.

Otras personas prefieren permanecer solteros debido al deseo de autonomía y libertad. Sin embargo, los que por causas de fuerza mayor se encuentran divorciados o viudos sufren una fuerte crisis emocional y un reajuste muy difícil.

Los primeros signos de las enfermedades (Scanlon, 1979, citado en Craig, 1988) que más adelante causarán problemas empiezan a aparecer en los primeros años de la adultez.

Además, algunas enfermedades de tipo genético, como la diabetes y la anemia drepanocítica o padecimientos como la esclerosis múltiple y la artritis reumatoide y las enfermedades relacionadas con el estrés (por ejemplo, hipertensión, úlceras y depresión) afectan mucho a los adultos jóvenes.

En las áreas urbanas con alta criminalidad, los jóvenes son a menudo víctimas de homicidio o del abuso de las drogas. Más recientemente, la epidemia del SIDA ha golpeado a individuos en la edad adulta temprana.

4.4. El Adolescente, el Deporte y el SIDA

En la actualidad el SIDA a influido a las diferentes poblaciones mundiales, sin dejar de lado a los adolescentes.

Por esto ha sido importante mencionar algunas de las tantas investigaciones que han sido hechas sobre los adolescentes.

Se hizo una investigación sobre la influencia que tuvo la noticia que dio Magic Jonson de ser una persona de VIH positivo, en los adolescentes. Los objetivos de esta investigación fueron medir los cambios dentro del SIDA relacionándolo con actitudes y comportamientos en adolescentes, en los trece meses siguientes en los que Magic Jonhson informó que era VIH positivo, en pruebas tanto de género, raza, experiencia sexual y preexistencia de VIH. Aludiendo comportamiento pudieron surgir como significado de personas dependientes.

En clínicas para adolescentes se atendieron n= 181 sujetos con un rango de edad 12 a 19 años en cuatro ciudades contestando un cuestionario que media cambios en SIDA relacionados con actitudes y comportamientos sexuales desde que Magic Johnson declarara.

Los respondientes fueron divididos en grupos de alto y bajo riesgo sesenta por ciento de ellos reportaron que Magic Johnson, declaro tener incremento en su conciencia del SIDA, el sesenta y cinco % reportaron una mayor conciencia en una relación sexual 37.2 % reportaron que ellos tuvieron cambios en la percepción de riesgo de SIDA 37.8% describieron incremento en la resistencia para relacionar el SIDA con el vinculo sexual.

El grupo de bajo riesgo fue más aceptable para reportar incrementos de la eficaz resistencia para comprender el SIDA y no hubo cambio en la percepción de riesgo o incremento de conciencia respecto al SIDA, significativamente entre genero y la percepción de riesgo ante el SIDA, dependiendo del genero hay un incremento en la resistencia a la utilización de protección durante la relación sexual, con respecto a la raza hay un incremento de conciencia del SIDA y un mayor tiempo de vida en pacientes infectados y compañeros sexuales.

4.5. Deporte y sexualidad

La sexualidad, incluso en ámbitos deportivos, se ve modulada directamente por las actividades que tiene por finalidad la reproducción. El desarrollo de las glándulas sexuales se manifiesta tanto físicamente como psicológicamente por lo que el deporte infiere de forma directa sobre estos dos aspectos.

De esta (Duran, 1976) forma se puede observar que ciertos deportistas, después de un evento competitivo, experimentan el deseo de ir a las "zonas de tolerancia". Este fenómeno se creé, radica mucho más en la necesidad de autoafirmación, que por una finalidad reproductiva propiamente dicha. Este hecho ocurra generalmente después de una victoria o de haber ganado una competencia.

El deportista tiene una sensación de plenitud, de fuerza, de estar afirmado, lo que lo empuja a prolongar o renovar esa sensación. El acto sexual le parece el mejor medio para continuar demostrando su fuerza, su potencia.

Lewis Mumford (citado en Durand, 1976) ha señalado el paralelismo existente entre el deporte y el acto sexual como evasión y compensación del ambiente urbano y mecanizado. La sexualidad se refleja fácilmente en el acto deportivo. De igual modo que el deportista se afirma implícitamente por su virtuosidad, su audacia, fuerza y su valor de macho, la mujer se siente atraída por "el hombre fuerte". O bien le admira abiertamente o lo trata de "bruto" y lo desprecia, lo que en el fondo es lo mismo cuando se conoce la ambivalencia de las manifestaciones afectivas ligadas a la sexualidad.

A todos los jóvenes les gusta el hecho de jugar, ante representantes del sexo contrario, modifica siempre su conducta y el deportista que demuestra tener alguna habilidad sobre el terreno de competencia no deja de invitar a sus admiradoras al evento deportivo.

CAPITULO 5

MÉTODO

5.1. Justificación y planteamiento del problema

Una de las enfermedades con más repercusión, de finales del siglo pasado y principios de éste, es el SIDA, que a pesar de la gran información que se tiene sobre ésta, se observa con gran tristeza que no se ha encontrado un tratamiento eficaz para contrarrestarla. A pesar de la gran difusión de los medios de prevención, se ha visto que sigue aumentando el número de infectados. Este fenómeno provocó un interés, para saber en qué forma la información difundida sobre la enfermedad ha influido en los individuos, es decir, conocer la actitud que tienen los sujetos hacia esta enfermedad. Dicho interés provocó la búsqueda de tesis realizadas sobre actitud ante el SIDA, encontrando que no existen trabajos enfocados a individuos que como característica, practican un deporte en el ámbito competitivo, a pesar de la variedad de investigaciones que existen sobre el tema; asistiendo a torneos y competencias se observa que éstos deportistas, por su nivel, tienden a sentir la falsa sensación de seguridad ante los factores de riesgo que conllevan las enfermedades.

De esta forma, el planteamiento de la presente investigación es el siguiente:

¿Ocurrirá un cambio de actitud en los deportistas universitarios hacia el SIDA a partir de la información proporcionada?

5.2. Objetivo

El propósito de la presente investigación fue identificar si ocurre un cambio de actitud en los deportistas universitarios al ofrecerles un taller informativo sobre SIDA.

5.3. Hipótesis

Hi: Si la información sobre SIDA influye en los deportistas universitarios, entonces habrá un cambio de actitud estadísticamente significativo una vez proporcionado el taller.

Ho: Si la información sobre SIDA no influye en los deportistas universitarios, entonces no habrá un cambio de actitud estadísticamente significativo una vez proporcionado el taller.

5.4. Variables

V.D.: Actitud hacia el SIDA.

V.I.: Información sobre el SIDA.

V. EXTRAÑAS: Nivel socioeconómico, tipo de familia a la que pertenecen, subgrupo cultural al que pertenecen, tipo de religión.

5.5. Definición conceptual de variables

V.D. : Actitud; predisposición para reaccionar (Díaz Loving y Villagran, 1992) favorable o desfavorablemente hacia las medidas de prevención en cuanto la transmisión del SIDA y a los enfermos de SIDA.

V.I.: Información; hecho o idea adquirida (Warren, 1991) por un individuo de cualquier modo, como la observación, experimentación, lectura o instrucción oral.

5.6. Definición operacional de variables

V.D. : Actitud; serán las conductas y comportamientos que tuvieron los deportistas universitarios hacia el apoyo a enfermos de SIDA, a posibles amigos y familiares que presenten esta enfermedad y riesgo de contraer la infección, el rechazo, el temor al contagio y actitudes de miedo al realizarse una prueba de detección de VIH. En la escala de actitud se tomó como parámetro los valores que van del 0 al 4, tomando según la respuesta, una actitud favorable o una actitud desfavorable, respectivamente.

V.I.: Información; que tanto conocimiento tenían, los deportistas acerca del SIDA. Se calificó el cuestionario tomando en cuenta como parámetro los valores cero y uno, tomando 0 como respuesta incorrecta y el 1 la respuesta correcta. Este nivel de conocimiento estuvo basado en el programa que realizó la Organización Mundial de la Salud, para establecer los conocimientos básicos que las personas debían de tener sobre la enfermedad.

5.7. Sujetos

Se tomó una muestra de 100 sujetos de edades comprendidas entre los 18 -25 años, que estaban cursando el nivel superior y que realizaban algún deporte en el ámbito competitivo, perteneciendo a una selección.

5.8. Muestreo

Por sus características el muestreo fue accidental e intencional ya que se seleccionaron a los sujetos únicamente por su característica de realizar un deporte y pertenecer a una selección.

5.9. Tipo de estudio

Por sus características fue pre-experimental, ya que únicamente hubo manipulación de la V.I. No fue experimental porque no se tuvo control del entorno. Por el lugar donde se realizó, la investigación fue de campo ya que se llevó a cabo en el lugar donde realizaban su deporte. Por el tiempo, fue longitudinal ya que se llevó un seguimiento. En este trabajo sólo se busco explorar la

manera en que la información dada a través de un taller informativo sobre SIDA influye sobre la actitud del sujeto ante la enfermedad.

5.10. Diseño

Por sus características, fue pretest-postest ($M_1 - T - M_2$) de un solo grupo ya que se llevó a cabo la misma medición aplicada dos veces a un mismo grupo que fue lo que se analizó.

5.11. Instrumentos y/o materiales

Se utilizó un instrumento en forma de cuestionario, el cual medía actitudes e información. Dicho instrumento contó con la debida estandarización y validación que se menciona a continuación:

El primer paso fue realizar la estandarización del instrumento, que tuvo como base, el cuestionario del anteproyecto "Información acerca del SIDA y Actitud del adolescente hacia esta enfermedad" (Arellano, Barceló, De León, Franco, Navarro, 1992), el cual constaba de dos cuestionarios, uno de información y otro de actitud. El primero contenía 46 reactivos y el segundo 18, mismos que fueron modificados hasta obtener un cuestionario de información que consto de 18 reactivos y una escala de actitudes de 19 reactivos, con el fin de que estos midieran lo que se pretendía.

Segundo paso: una vez terminado este proceso, se procedió a aplicar el instrumento a una muestra elegida de forma accidental, cumpliendo con el rango de edad de 18 a 25 años y que practicaran un deporte. Esto fue con el fin de conocer si los reactivos elegidos tenían confiabilidad, validez y consistencia; es decir que tuvieran una redacción adecuada, lo que permitiera contestar verazmente, así como, que lo que respondieran los sujetos de la muestra fuera lo que se deseaba, considerando el tema de la investigación.

Tercer paso: concluida la aplicación a 150 sujetos, se procedió a realizar el análisis estadístico, el cual se hizo de la siguiente manera:

a) Se calificaron los cuestionarios tomando en cuenta como parámetro los valores 0 y 1 en el cuestionario de información, tomando 0 como respuesta incorrecta y el 1 la respuesta correcta. En la escala de actitud se tomó como parámetro los valores que van del 0 al 4, tomando según la respuesta una actitud favorable o una actitud desfavorable. Una vez concluida la calificación, se codificaron los datos en una hoja de cálculo en la computadora, con la finalidad de aplicar el paquete estadístico SPSS.

b) Se utilizó la prueba "T de Student" ya que esta cumplió con las características de la investigación. Ya que el cuestionario se aplicó a más de 30 sujetos, la prueba permitió conocer si los reactivos discriminaban, es decir, si los reactivos eran claros con relación al tema tratado. Para hacer este paso se tomó en consideración la P (alfa) general de cada uno los instrumentos. Posteriormente se compara la P general con la P (alfa) de cada uno de los reactivos. Si la P del reactivo era menor a la P general, se consideraba no equivalente (Unequal), si la P del reactivo era mayor con relación a la general se consideraba equivalente (Equal). Esto permitió saber si los reactivos eran confiables y consistentes. Como ultimo paso se tomó en cuenta el grado de

significación y se consideró que si este era menor de .05 el reactivo discriminaba y si este era mayor a .05 el reactivo no discriminaba. (anexo 1)

Ejemplo:

Cuestionario de Actitud: Alfa = 0.6517 P = .016

Si P del reactivo es mayor a .016 se tomara como equivalente (Equal)

Si P del reactivo es menor a .016 se tomara como no equivalente (Unequal)

Si la significación de la prueba T es menor a .05 hay diferencia, por lo tanto si discrimina

Si la significación de la prueba T es mayor a .05 no hay diferencia, por lo tanto no discrimina

Reactivo 1: Levene's Test for Equality of Variances: F= 6.087 P= .016

Equal	.209
Unequal	.204

Se observa que los valores, tanto .209 como .204, son mayores a .05. Por consiguiente, el reactivo 1 no discrimina. (anexo 1)

Al finalizar este proceso se pudo observar o determinar cuales reactivos tanto del cuestionario de información como el de actitud, si eran claros en su redacción y en consecuencia si discriminaban, siendo así, que aquellos reactivos que quedaron, son aquellos que si cumplen con las expectativas de la investigación.

El cuarto paso consistió en conocer si los cuestionarios contaban con confiabilidad y consistencia y este paso se hizo de la siguiente manera: se obtuvo el alfa general, que fue de 0.5734 en información y de 0.6517 en actitud. Posteriormente se comparó el alfa general con el alfa de cada uno de los reactivos, observando que si el alfa del reactivo era menor al alfa general, el reactivo contaba con consistencia y por lo tanto es confiable. Si por lo contrario, el alfa del reactivo es mayor, entonces no cuenta con consistencia y por lo tanto el reactivo no cuenta con confiabilidad. (anexo 2)

Ejemplo:

Cuestionario de información: alfa general: 0.5734

Reactivo 1: El alfa del reactivo es de 0.5601, siendo menor al alfa general. Por consiguiente, el reactivo si es consistente. (anexo 2)

Quinto paso: se continuó el análisis estadístico ahora por factores, para conocer si los reactivos median lo que se pretendía, es decir, si los reactivos estaban encaminados a medir en el caso del cuestionario de información, la información con la que contaban los sujetos en cuanto al tema del SIDA y por otra parte en el caso del cuestionario de actitud saber si los reactivos miden la actitud que presentan los sujetos hacia esta enfermedad. Este análisis se hizo de la siguiente manera:

Se aplico el proceso estadístico, el cual permitió observar que el cuestionario de información esta dividido por 18 factores, de los cuales solo interesan los dos primeros (Información General Ambiental e Información Fisiológica), ya que estos cuentan con los valores más altos en el

Eigenvalual y no se repiten entre ellos. En cuanto al cuestionario de actitud, este se encuentra dividido por 10 factores y de estos solo interesan los tres primeros. Después se tomó como parámetro 0.20 y se analizó cada uno de los reactivos. A continuación se describen algunos como ejemplo:

Para analizar el segundo reactivo del cuestionario de actitud, se observó que de los tres factores que se tomarían en cuenta, en el factor 1 es en el que se encuentra arriba de 0.20, siendo así que el reactivo 2 está en el factor 1, por lo tanto la pregunta mide conocimiento, prevención o conciencia. Por lo contrario, el reactivo 1 se identifica que no mide lo que se pretende, esto es debido a que en los tres primeros factores sus valores se encuentran por debajo de 0.20. (anexo 3)

Al finalizar el análisis estadístico quedó un instrumento conformado por 18 reactivos en el cuestionario de información y de 19 reactivos en el cuestionario de actitud.

5.12. Procedimiento

El instrumento final fue aplicado a estudiantes de la UAM Xochimilco que cubrían las características de 18 a 25 años, cursando el nivel superior, que realizaran un deporte en el ámbito competitivo y que integraban una selección.

Se le pidió a cada sujeto que contestara de forma individual el cuestionario, el cual estaba dividido en dos partes, teniendo las siguientes instrucciones:

"A continuación se le presentan una serie de preguntas a las cuales le pedimos conteste con veracidad. Está es un cuestionario anónimo, por lo que los resultados serán tratados de manera confidencial y únicamente con fines de investigación. Por favor marque con una (x) su respuesta. Muchas gracias por su cooperación."

En la segunda parte (cuestionario de actitud), estas fueron las instrucciones:

"A continuación se presentarán una serie de aseveraciones. Por favor indique que tan de acuerdo o desacuerdo está con ellas".

Una vez concluida la primera aplicación, se dejaron pasar cinco días, para posteriormente poder ofrecerles el taller, el cual tuvo una duración de dos horas. El taller fue proporcionado por un instructor, el cual se apoyó con laminas y dibujos según fuera el tema a tratar, realizando dinámicas, las cuales le permitieron afirmar los conocimientos proporcionados durante el mismo, finalizando con preguntas hacia el grupo y éstos a su vez con sugerencias y dudas hacia el instructor, para de esta forma cerciorarse que no existiera información comprendida erróneamente.

Este taller se elaboró a partir de los resultados obtenidos del cuestionario de información ya estandarizado (anexo 3), quedando como sigue:

TALLER DE INFORMACION CON RESPECTO AL SIDA

Objetivo general:

Al finalizar el taller, el participante conocerá la historia de la enfermedad, evolución, factores de riesgo, medidas de prevención y mitos sobre el SIDA.

Objetivos específicos:

- Conocerá los conceptos de las palabras
 - ❖ VIH
 - ❖ SIDA
- Identificará el agente causal del SIDA.
 - ❖ Origen
 - ❖ Agente causal
 - ❖ Que es un virus
 - ❖ Células de preferencia del virus
 - ❖ Diferencia entre VIH Y SIDA
- Reconocerá las vías de transmisión del VIH.
 - ❖ Sexual
 - ❖ Sanguínea
 - ❖ Perinatal
- Determinará las medidas de prevención.
 - ❖ Vía sexual
 - ❖ Vía sanguínea
 - ❖ Vía perinatal
- Identificará los mitos con respecto al SIDA.
 - ❖ Mitos
 - ❖ Realidades
 - ❖ Deporte
- Practicará el uso adecuado del condón.
 - ❖ Condón

Presentación:

El presente taller tiene como objetivo proporcionar información básica sobre VIH y SIDA, además de formar parte de un proyecto de investigación.

El taller tendrá una duración aproximada de 120 minutos, abarcando los temas como: que es el SIDA, quien lo ocasiona, como se transmite, los mitos en torno a la enfermedad, así como llevar acabo las medidas de prevención, incluyendo el uso adecuado del condón.

Que es el SIDA

El significado de las siglas SIDA es Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida, entendiéndose por síndrome a un conjunto de signos y síntomas, siendo los signos algo objetivo y medible y el síntoma es subjetivo y no medible; inmunodeficiencia es el debilitamiento del sistema de inmunológico; es adquirida ya que es contraída y no heredada

VIH:

El virus que provoca la enfermedad del SIDA se llama virus de inmunodeficiencia humana y sus siglas son VIH.

Quien ocasiona el SIDA

Origen:

Existen varias teorías sobre el origen del virus que provoca la enfermedad entre las que encontramos:

1. Que se creo en un laboratorio como parte de una guerra virológica
2. Que se escapo de un laboratorio donde se estudiaba un tratamiento contra el paludismo.
3. Por ser semejante al del mono verde en África, se cree que paso al hombre hace 100 años, adaptándose hasta afectarlo.

Estas aproximaciones teóricas dl origen del virus se tomaron en consideración para explicar la evolución del virus, la teoría que más se ha tomado en cuenta es la del mono verde, ya que la estructura del virus es semejante a la del mono verde y se considera que las cepas más antiguas se encuentran en la zona.

Los primeros casos de SIDA documentados se reportaron en 1981 en los Ángeles California, detectándose los primeros cinco casos en hombres homosexuales, creyéndose esta enfermedad exclusiva de esta población, meses después se encuentran casos en personas que recibieron transfusiones sanguíneas, para 1982 se conoce como una enfermedad, iniciándose la vigilancia epidemiológica.

El virus es aislado por primera vez en 1983 en Francia por el Dr. Montagnier y en 1984 por el Dr. Gallo en Estados Unidos, para 1986 se le conoce como VIH

En México el primer caso de SIDA fue diagnosticado en 1983 en el IMSS, sin embargo, mediante las técnicas de interrogatorio y análisis retrospectivo, se ha documentado que el inicio del padecimiento ocurrió en realidad, en 1981, para 1986 se reforma la ley de Salud, donde toda la sangre que va a ser transfundida debe de ser previamente analizada y deberá mostrar una etiqueta de color verde.

Agente causal

El VIH

Es el virus que desencadena la enfermedad del SIDA, los virus por sus características necesita albergarse dentro de una célula viva, haciéndolo principalmente en los linfocitos (células encargadas de proteger al organismo de cualquier enfermedad), modificando su estructura genética, para de esta forma poder reproducirse, por esta característica se le conoce como retrovirus. Los fluidos que contiene una gran cantidad de linfocitos son la sangre, el semen, líquido preeyaculatorio, fluidos vaginales, leche materna.

Diferencias entre VIH y SIDA

En la fase aguda de la infección, las personas infectadas no presentan ningún síntoma que indiquen la presencia del virus, ya que esta fase se le conoce como sintomática, las personas son portadoras del virus, por lo que resulta de alto riesgo ya que en esta fase el peligro de infectar a otras personas es alto, para poder saber si la persona es portadora hay que valorar sus riesgos y practicarse una prueba de detección del virus, las personas que son detectadas como portadoras tienen un periodo promedio de vida de 7 años promedio sin tratamiento médico y por 15-20 años promedio con tratamiento.

Cuando el virus va acabando con las células del sistema inmune se considera que han llegado a la fase de SIDA, en donde se presenta cualquier enfermedad oportunista, teniendo un periodo de vida de meses o años.

Vías de Transmisión

La transmisión se da por tres vías principalmente que son: sexual, sanguínea y perinatal.

Vía sexual.

Esta vía es la más común y por lo tanto la más importante para contraer la infección, para poder contraer la infección se tiene que estar en contacto con los fluidos contaminantes que son: líquido preeyaculatorio, semen, fluidos vaginales, sangre (durante la menstruación o con la presencia de pequeñas heridas) el contagio se da a través de relaciones homosexuales (hombre- hombre, mujer- mujer), relaciones heterosexuales (hombre- mujer, mujer- hombre), relaciones bisexuales (hombre-mujer- hombre, mujer -hombre-hombre) sin protección.

La transmisión ocurre a través de las siguientes prácticas sexuales:

Coito anal

Es una penetración pene- ano sin protección, por lo que se considera una práctica de alto riesgo ya que el ano no está preparado para recibir una penetración, además de las lesiones o heridas que se presentan pueden ser un medio de entrada o salida del virus, ya que el recto presenta una mucosa y células que favorecen la infección.

Coito vaginal

Es la penetración pene-vagina sin protección, en donde hay intercambio de fluidos que presentan suficiente concentración del VIH, capaces de producir la infección, facilitando el contagio la presencia de pequeñas heridas además de que las paredes vaginales presentan células que permiten la entrada del virus; n el hombre la mucosa del glande y la uretra permite la entrada del virus al torrente sanguíneo.

Coito oral

Es la penetración pene-boca, vagina- boca sin protección, esta practica se considera de bajo riesgo, ya que la mucosa bucal no es receptora del virus y la saliva no contiene células que faciliten la prevalencia del virus.

El riesgo que existe es para la persona que lleva a cabo esta practica, ya que es quien recibe los fluido contaminantes, siendo una forma de entrada la presencia de heridas en la boca o en las encías.

Vía sanguínea

Para poder adquirir la infección por esta vía se requiere de entrar en contacto directo con sangre contaminada, a través de transfusiones de sangre o de sus hemoderivados, transplantes de órganos, intercambio de agujas, jeringas u objetos punzo cortantes contaminados.

Para evitar la propagación por esta vía la Secretaria de Salud, publico en 1986 que toda la sangre que fuera a ser transfundida debería ser previamente analizada con la hepatitis, sífilis y VIH, y contaría con una etiqueta verde fluorescente para asegurar la calidad de la misma.

Vía perinatal

Esta vía es también conocida como vía directa, ya que ocurre a través de la madre al hijo, durante el embarazo por medio de la placenta, durante el parto por contacto con sangre y fluidos vaginales; después del parto a través de la lactancia materna, por lo que esta vía representa del 13 al 25% de riesgo para contraer la infección.

Mitos

Por ser el VIH/SIDA una enfermedad desconocida por mucha gente, se ha creado a su alrededor una serie de falsas creencias respecto a su origen y adquisición, algunos la han considerado como un castigo Divino por las conductas sexuales las personas que lo han adquirido, pero desconocen como fue que la contrajeron, por lo que cualquier contacto como saludarse resulta de gran riesgo, ya que consideran que esta es un medio para contraerla, o a través del piquete de un insecto, o

por tener una practica homosexual, además los familiares de un persona infectada no saben como tratarlo sin que lleguen a infectarse.

Todas estas falsas creencias son producto de una falta de información con respecto a la enfermedad, lo que ocasiona que se genere rechazo hacia las personas que la padecen. Para aclarar las dudas de cómo se transmite hay que conocer que solo hay tres formas de contagio que son: tener relaciones sexuales sin protección, contacto con sangre contaminado y de la madre al hijo, cualquier contacto fuera de lo anterior no provoca la infección.

Por la tanto las conductas que no implican ningún riesgo son: besos, caricias, baños públicos, albercas, sudor, lagriman, saliva, picaduras de insectos, compartir los trastes, estornudos, utilizar la misma ropa, estas conductas no implican riesgos para adquirir la enfermedad.

El deporte como cualquier otra actividad no implica riesgo para adquirir la infección, no así las conductas fuera de él como son tener relaciones sexuales sin protección con pareja ocasionales, intercambio de objetos punzo cortante como jeringas, agujas.

Los casos de deportista infectados por el virus no tienen ninguna relación con la practica deportiva, sino que han adquirido la infección por conductas de riesgo.

Medidas de prevención

La prevención es un factor importante para evitar el contagio de la infección.

Para evitar la infección por vía sexual se deben de tomar en cuenta las siguientes medidas:

- ❖ Abstinencia sexual
- ❖ Fidelidad mutua por parte de la pareja
- ❖ Sexo seguro, llegar al orgasmo a través de caricias, besos, masturbación mutua, sin llegar a la penetrado
- ❖ Sexo protegido, utilización adecuada del condón (femenino y masculino), medidas de barrera como el dique dental o sexy pack.

El contagio por vía sanguínea puede prevenirse tomando e cuenta las siguientes medidas:

- ❖ Evitar el intercambio de jeringas, agujas u objetos punzo cortantes (como rastrillos y cepillos de dientes)
- ❖ No llevar a cabo pactos de sangre
- ❖ Evitar el manejo directo de sangre utilizando guantes de látex

En lo relacionado a la vía perinatal la prevención radica en que la madre y su pareja no sean portadores del virus y si se tiene sospecha de ser portador por conductas de riesgo anteriores es conveniente que se realicen una prueba de detección antes de decidir embarazarse, para asegurar que no halla riesgo de infección.

Uso adecuado del condón

El condón es la única protección hasta ahora comprobada para prevenir el contagio de la infección del VIH para lograr la protección adecuado, deben de tomarse en cuenta las siguientes indicaciones:

- ❖ Evitar que el condón halla estado en lugares muy calurosos como son el cuerpo, la guantera del auto, la bolsa del pantalón, debe de estar en un lugar fresco.
- ❖ Verificar la fecha de caducidad o la fecha de manufacturación, si solo tiene la segunda es útil por un periodo de vida de tres años.
- ❖ Verificar que tenga la bolsa de aire
- ❖ Para abrir debe de realizarse con la yema de los dedos y no con la boca o con las uñas ya que se puede romper
- ❖ Debe de colocarse con el pene erecto, tomando la punta de condón con dos dedos y desenrollándolo hasta la base de pené con la yema de los dedos, evitar tocarlo con las uñas
- ❖ Si se va a lubricar debe de ser un lubricante a base de agua y no utilizar cremas, aceite para bebes, ya que estas lo rompen.
- ❖ Una vez concluida la eyaculación, retirarse de la pareja antes de que el pene vuelva a su flacidez, retirando el condón con un papel sanitario evitando derramar su contenido o tocar los fluidos, deslizando el condón de la base de el pené a la punta del mismo
- ❖ Una vez retirado depositar el condón usado en el cesto de basura
- ❖ Si se va a llevar acabo otra penetración, utilizar un nuevo condón.

Cinco días después de proporcionado el taller sé reaplicó el cuestionario de actitud, recordando que el cuestionario de información ya no se proporcionó, ya que ésta parte, solo se aplicó con el fin de conocer que tanta información tenía el deportista sobre el SIDA.

5.13. Escenario

Instalaciones deportivas de la UAM- Xochimilco.

5.14. Diseño estadístico.

Los datos obtenidos de la presente investigación se sometieron a la prueba T de Student, la cual nos permitió conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en el grupo. Esta prueba se utilizó ya que es la más adecuada y nos permitió contar con una muestra de mas de 30 sujetos y poder realizar una correlación al grupo antes y después del taller de información.

CAPITULO 6

6.1. Resultados

El taller de información se elaboró a partir de la obtención de frecuencias del cuestionario de información que constó de 18 reactivos. Se aplicó a 100 personas el cuestionario de información, dando como resultado que información sabían e ignoraban sobre el tema del SIDA, obteniéndose la siguiente tabla de frecuencias. La frecuencia indica el número de personas que contestaron correctamente al reactivo.

FRECUENCIA	REACTIVO	TALLER
40	1	si considerado
42	2	si considerado
25	3	si considerado
25	4	si considerado
4	5	si considerado
8	6	si considerado
4	7	si considerado
8	8	si considerado
100	9	no considerado
1	10	si considerado
2	11	si considerado
2	12	si considerado
52	13	si considerado
100	14	no considerado
4	15	si considerado
100	16	no considerado
91	17	no considerado
41	18	si considerado

Según los reactivos indicados en la tabla, se elaboró el taller informativo sobre SIDA, ya que fueron los reactivos que menos respuestas correctas obtuvieron. El taller tuvo una duración aproximada de dos horas.

Para los resultados finales únicamente se tomó el cuestionario de Actitud, el cual se analizó antes y después del taller, encontrándose como resultados lo siguiente.

Los resultados obtenidos del cuestionario de Actitud antes y después del taller se pueden observar en la tabla de la siguiente página, recordando que el cuestionario se obtuvo por el método de factores, constando finalmente de 19 reactivos, divididos en 3 factores, que fueron los siguientes:

FACTOR 1:

Prevención, conocimiento, conciencia.

FACTOR 2:

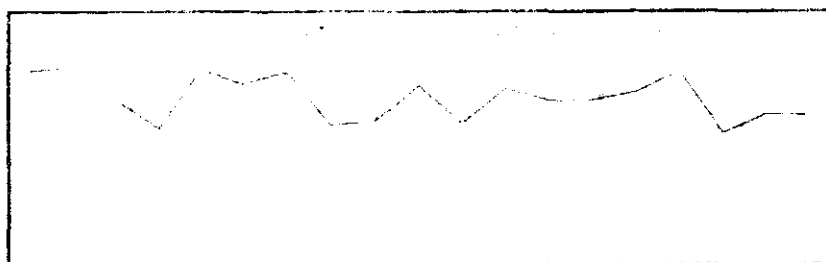
Apoyo comunitario del entorno.

FACTOR 3:

Miedo al contagio.

SUMA POR REACTIVOS DE LA PRIMERA APLICACIÓN																			
reactivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
suma	381	389	326	270	387	358	381	277	274	354	281	348	324	326	343	382	262	299	297
SUMA POR REACTIVOS DE LA SEGUNDA APLICACIÓN																			
suma	388	389	328	301	388	372	389	299	348	375	331	360	336	334	352	384	320	359	321

A continuación se grafica la tabla anterior, en la cual se puede observar la variación que existe entre la primera y segunda aplicación por reactivo. La segunda aplicación se muestra mas elevada que la primera.



Reactivo

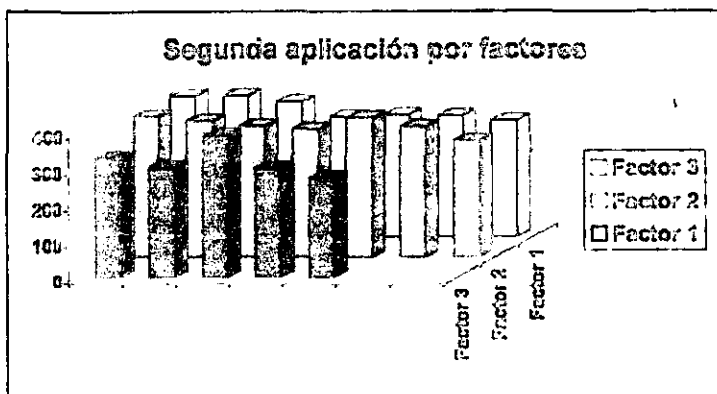
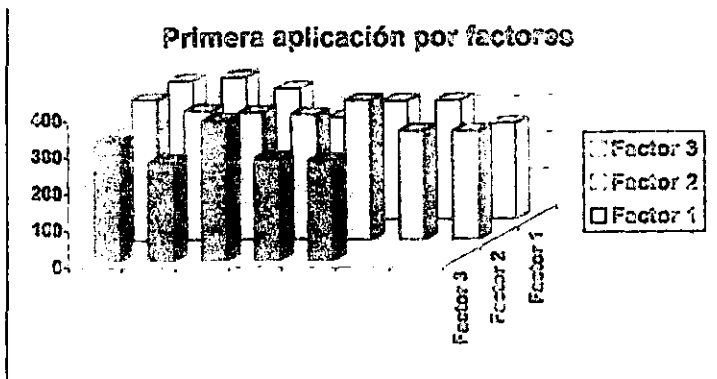
— Primera Aplicación

- Segunda Aplicación

En la siguiente tabla se observa la comparación entre primera y segunda aplicación por factores a la vez que se indica que reactivo pertenece a qué factor.

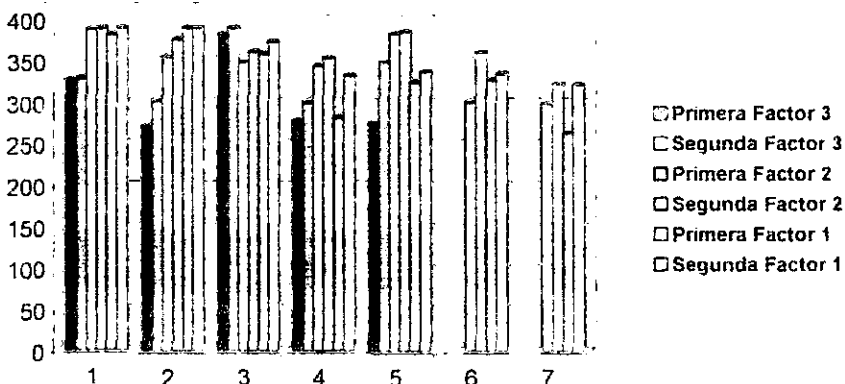
Factor	F1	F1	F3	F3	F2	F1	F3	F3	F3	F2	F1	F2	F1	F1	F2	F2	F1	F2	F2
Reactivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
ma 1ª aplicación	381	389	326	270	387	358	381	277	274	354	281	348	324	326	343	382	262	299	297
ma 2ª aplicación	388	389	328	301	388	372	389	299	348	375	331	360	336	334	352	384	320	359	321

Comparación entre factores en la primera y segunda aplicación: a continuación, en las siguientes tablas se grafican, respectivamente, la primera aplicación por factores y la segunda aplicación también por factores. Se observa una diferencia entre los factores de la primera aplicación y los factores de la segunda aplicación.



Del resultado de combinar ambas gráficas se obtiene la siguiente tabla donde se observa graficada la comparación entre primera y segunda comparación por factores.

Comparación entre primera y segunda aplicación por factores



En las anteriores gráficas se muestra como la actitud varió en función del taller de información, mostrándose una actitud más estable en la segunda aplicación comparada con la primera: es decir, se muestra más constante, siendo éste, un cambio significativo como se corroboró estadísticamente.

6.2. Interpretación de Resultados

Los resultados obtenidos entre la primera y segunda aplicación del cuestionario de actitud, permitieron observar que sí hubo un cambio de actitud estadísticamente significativo, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna, la que dice " Proporcionar un taller informativo sobre SIDA incide en un cambio de actitud estadísticamente significativo", observándose que éste cambio de actitud fue hacia lo positivo. De la misma forma se encontró que los 19 reactivos se encontraban divididos en tres factores diferentes siendo los siguientes:

Factor 1: prevención, conocimiento, conciencia.

Factor 2: apoyo comunitario del entorno.

Factor 3: miedo al contagio.

Es importante mencionar que los reactivos 1, 2, 6, 11, 13, 14 y 17 recaen en el factor 1 y que al leerlos, se encuentra que van dirigidos a crear un conocimiento y una conciencia de cómo deben prevenir el contagio.

Los reactivos 5, 10, 12, 15, 16, 18, 19, que conforman el factor 2 indagan que percepción tiene la gente del apoyo que se le debe proporcionar a las personas infectadas ya que hubo un cambio a positivo, se puede inferir que se dieron los elementos para propiciar un cambio de actitud para que las personas tengan contacto con las personas enfermas con VIH y no los discriminen, al saber que también merecen un apoyo.

Por último, los reactivos 3, 4, 7, 8, 9, que integran el factor 3, examinan el miedo que suscita en la gente el contraer la enfermedad. Lo que los resultados llevan a deducir es que al informar sobre los medios de contagio, el miedo disminuye, y los individuos pueden darse cuenta que la enfermedad a pesar de contar con una basta gama de información tanto en libros como en revistas y televisión por mencionar algunos medios, sigue observándose un sin fin de mitos y creencias sobre ésta y que con el taller proporcionado, se puede inferir que se disminuyen notablemente.

6.3. Discusión

A través de la interpretación de los resultados, se observa que éstos son claros. El cambio en la actitud de los individuos se muestra con un cambio a positivo que es perceptible desde cualquier punto. Aunque el cambio pudo deberse a factores externos o variables extrañas, en la presente investigación se infiere que el taller fue el que propició este cambio.

6.4. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos y al marco de referencia señalado, surgen las siguientes conclusiones:

Se desconoce hasta que punto influye las respuestas dadas por los sujetos en la primera aplicación sobre la segunda, ya que el hecho de haberse comprometido en la primera ocasión, puede afectar de varias formas la segunda respuesta de los mismos sujetos, es decir, la segunda aplicación puede ser influenciada por diferentes factores como por ejemplo, el ya conocer el instrumento, así como a los encuestadores.

A continuación se retoma lo descrito por algunos autores que hacen énfasis en el cambio de actitud, quedando lo siguiente:

"Aunque las actitudes pueden cambiar (Pearlman y Cozby, 1985, citado en Galván y Gay, 1992) y de hecho pasa, esto no ocurre al azar; algo sucede que ocasiona el cambio; debido a que son relativamente permanentes pueden ser estudiadas, medidas y empleadas para predecir acciones."

"Si se intenta modificar (Reich, 1980) tan solo uno de los componentes que conforman la actitud, con el fin de observar, y de hecho sucede, los demás componentes se ven modificados, esto se ve mediante la facilitación de evaluaciones afectivas y cognoscitivas de algún sujeto sobre un tema determinado. Cuando se afirma haber modificado el afecto de una persona por determinado objeto o situación y se observa qué efecto ejerció sobre su cognición, es muy probable que, en el intento de modificar el afecto, se tiende "al mismo tiempo" a inculcar nuevas cogniciones. Aunque esto no siempre se aplique a todos los sujetos ya que algunos sujetos pueden diferir del resto de la población en el aspecto de su sugestionabilidad."

"La actitud es persistente (Summers, 1988) y contribuye notablemente a la consistencia de la conducta que viene a constituir la concordancia. La actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales, como variable latente da origen a la consistencia de sus mismas manifestaciones que pueden tomar la forma de verbalización, expresión de sentimientos, de aproximación o evitación. "

"Al investigar como el SIDA influye en la actitud de las personas se han realizado desde hace tiempo investigaciones sobre el tema. Se retoma como ejemplo la citada anteriormente en Anthony, et.al. (1998) quienes realizaron un estudio comparativo entre estudiantes universitarios de Australia y Sudáfrica, con el objetivo de conocer las actitudes, conocimientos y comportamientos acerca del SIDA, mismos que concluyeron que, aunque los estudiantes no son representativos de la población, pueden proveer una muestra que parece ser estable a través del tiempo y por lo tanto es particularmente importante para detectar cambios en lo relativo a los conocimientos, actitudes y comportamientos sobre el VIH."

"Estudios en los Estados Unidos (Manual de Recursos para el SIDA, 1997) han revelado que las intervenciones que incluyen entrenamiento educativo con habilidades conductuales son más

efectivas en producir cambios finales en los riesgos hacia el SIDA, que aquellas que consisten únicamente en educar.

Mientras éstos hechos han llamado la atención acerca de la creciente necesidad de educar tanto a atletas profesionales como amateurs sobre los riesgos de transmisión del VIH, o no importando si se practica alguna actividad deportiva, ya que el contagio ocurre fuera de dicha actividad, debido a las practicas de riesgo, como sexo sin protección por citar una.

Las posibilidades de contraer la enfermedad en el campo de juego son remotas, salvo en el ring de boxeo, donde los boxeadores pueden tener heridas y hemorragias conjuntas. "

6.5. Limitaciones

Entre las limitaciones se encontraron las siguientes:

- Debido a lo específico de la muestra, el acceso a ésta fue muy restringido y aún más si la naturaleza de la investigación requería de grandes muestras.
- Los periodos propios de la muestra, como son los académicos, vacacionales, deportivos (competencias y torneos), que en ocasiones hicieron difícil el seguimiento de los individuos o sujetos.

6.6. Aportaciones y/o sugerencias

Sería de gran interés hacer un estudio comparativo donde se indagara las diferencias entre deportistas y no deportistas, para averiguar si la practica deportiva influye en la actitud hacia el SIDA, así como una investigación sobre sujetos de diferente género, tomando en cuenta su edad.

Se sugiere para futuras investigaciones, un modelo en el cual se incluya un grupo control, donde el procedimiento sea igual, excepto porque no se aplique un taller informativo sobre SIDA, con la finalidad de descartar o averiguar como influyen los factores externos o variables extrañas.

La investigación podría girar hacia hábitos y conductas de riesgo, donde si indagara con un test este factor, implementando con un taller de información, donde comparativamente se observara si la información modifica hábitos y conductas de riesgo, en una muestra semejante a la actual investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Arellano, V., Barcelo, L., De León, C., Franco, J., Navarro, M., (1996). Información acerca del SIDA y Actitud del adolescente hacia esta enfermedad, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Bettelherm, B. (1975). Cambio social y Prejuicio, México, Fondo de Cultura Económica.

Brohm, M. (1982). Deportes y Aspectos Sociales, México, Fondo de Cultura Económica, 32.

Carrillo, C., (1990). SIDA, el nuevo rostro de Gorgo. Revista Ciencias, No. 19, Julio, México, UNAM, Facultad de Ciencias.

Castro, R., Eroza, E., Orozco, E., Manca, C., Hernández, J. (1997). Estrategias de manejo en entorno al VIH/SIDA a nivel familiar. Salud pública de México, vol. 39, No.1, Enero-Febrero de 1997, 32-43.

Comisión Nacional para el Deporte [CONADE] (1992). Deporte y Recreación, México.

Consejo Nacional de Lucha contra el SIDA [CONASIDA] (1994). Guía de orientación para informadores de VIH/SIDA, México, Secretaría de Salud.

Craig, G. (1988). Desarrollo Psicológico, México, Prentice Hall.

Díaz Loving, R., Villagran, (1992). Valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA. Revista de Psicología Social y Personalidad, vol. 7, No. 2, México.

Durand, G. (1976). El Adolescente y los Deportes, Barcelona, Planeta, 11.

Galván, F. (1988). El SIDA en México, los efectos sociales, Cultura Popular, Universidad Autónoma Metropolitana, campus Azcapotzalco, México.

Galván, M., Gay, G. (1992). Actitud hacia el SIDA en homosexuales y heterosexuales, México, Universidad Intercontinental, Facultad de Psicología.

Hernández, L., Ramírez, L. (1996). Patrones sexuales y actitud hacia el SIDA en adolescentes, México, UNAM, Facultad de Psicología.

Infored SIDA Nuevo México (1998). Infecciones Oportunistas, editado por el Centro Nuevo México para la Educación y Entrenamiento sobre el SIDA, EE.UU.

Jones, E. (1980). Principio de Psicología Social, México, Limusa, 449.

- Kübler, R. (1987). Paciente Terminal y Muerte, Barcelona, Doyma.
- Lawther, J. (1987). Psicología del Deporte y del Deportista, México, Paídos.
- Le Floc'Hmoan (1963). La génesis de los deportes, Barcelona, Labor, 13.
- Magis-Rodríguez, C., Bravo-García, E., Anaya-López, L., Uribe-Zuñiga, P. (1998). La situación del SIDA en México a finales de 1988. SIDA-ETS, Vol. 4, No. 4. México.
- MANUAL DE RECURSOS PARA EL SIDA, (1997), editado por el Centro para el control y Prevención de las Enfermedades (CDC), EE.UU.
- Papalia, D., Olds, S. (1990). Desarrollo Humano, México, Mc. Graw-Hill.
- Raven, J. (1981). Test de matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual, Buenos Aires, Paidós.
- Reich, B. (1980). Valores, Actitudes y Cambio de conducta, México, Continental.
- "Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults," (1992). Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 18 de Diciembre.
- Rico, B., Uribe-Zuñiga, P., Panebianco-Labbé, S., Río-Chiriboga, C. (1995). El SIDA y los Derechos Humanos. Salud Pública de México, Vol. 37, No. 6, Noviembre-Diciembre.
- Rogers, C. (1975). Inventario de Adaptación personal: Manual de instrucciones para las formas V y N, Buenos Aires, Paidós.
- Secretaría de Salud, (1986). Norma Oficial Mexicana para el Manejo de Enfermedades Infectocontagiosas, México.
- Sepúlveda, J. (1989). SIDA, Ciencia y Sociedad en México, México, Fondo de Cultura Económica.
- Smith, A., Richard de Visser, Akande, A., Rosenthal, D., & Moore, S., (1998). Australian and South African undergraduates' HIV-Related knowledge, attitudes, and Behaviors. Archives of Sexual Behavior, Vol. 27, No.3.
- Summers, G. (1988). Medición de Actitudes, México, Trillas.
- Torres, 1986
- Warren, H. (1991). Diccionario de Psicología, México, Fondo de Cultura Económica.

ANALISIS DE LA PRUEBA T STUDENT

CUESTIONARIO DE INFORMACION

Alfa = .5734

Levenis test for F=6.087

P = .016

Si P es menor a .016 se tomara Unequal

Si P es mayor a .016 se tomara Equal

Si la significación de la prueba T es menor a .05 hay diferencia, por lo tanto si discrimina

Si la significación de la prueba T es mayor a .05 no hay diferencia, por lo tanto no discrimina

CUESTIONARIO DE ACTITUD

Prueba T de Student

Alfa =.6517

Levenis test for F=6.087

P = .016

Si P es menor a .016 se tomara Unequal

Si P es mayor a .016 se tomara Equal

Si la significación de la prueba T es menor a .05 hay diferencia, por lo tanto si discrimina

Si la significación de la prueba T es mayor a .05 no hay diferencia, por lo tanto no discrimina

Ejemplo:

Reactivo 3

Se toma en consideración Unequal, ya que por las hipotesis anteriores P del reactivo es = a .014, por lo tanto es menor a P = .016

El reactivo si discrimina ya que el grado de significancia del mismo es .002, por lo tanto es menor a lo propuesto en la hipotesis

Levene's Test for Equality of Variances: F= 6.304 P= .014

Variances 2-Tail Sig

Equal .002

Unequal .002

INFORMACION			
PRUEBA T DE STUDENT			
REACTIVOS	SI DISCRIMINA	NO DISCRIMINA	
1.-	*		
2.-	*		
3.-	*		
4.-			
5.-			
6.-	*		
7.-			
8.-	*		
9.-	*		
10.-	*		
11.-	*		
12.-	*		
13.-	*		
14.-	*		
15.-	*		
16.-	*		
17.-	*		
18.-	*		
19.-	*		
20.-	*		
21.-	*		
22.-	*		
23.-	*		

24.-			
25.-			
26.-			
27.-	*		
28.-	*		
29.-	*		
30.-	*		
31.-	*		
32.-	*		
33.-	*		
34.-	*		
35.-	*		
36.-	*		
37.-	*		
38.-	*		
39.-	*		
40.-	*		
41.-	*		
42.-	*		
43.-	*		
44.-	*		
45.-	*		
46.-	*		

ACTITUD			
PRUEBA T DE STUDENT			
REACTIVOS	SI DISCRIMINA	NO DISCRIMINA	
1.-	*		
2.-	*		
3.-	*		
4.-	*		
5.-	*		
6.-	*		
7.-	*		
8.-	*		
9.-	*		
10.-	*		
11.-	*		
12.-	*		
13.-	*		
14.-	*		
15.-	*		
16.-	*		
17.-	*		
18.-	*		
19.-	*		
20.-	*		
21.-	*		
22.-	*		
23.-	*		
24.-	*		
25.-	*		

ANEXO 2 INFORMACION**ACTITUD**

Para conocer si cada uno de los reactivos que conforman el cuestionario de información y actitud, contaban con confiabilidad y consistencia; se realizó el siguiente proceso: se tomó el alfa general que fue de $\alpha = .5734$ en información y de $\alpha = .6517$ en actitud, posteriormente se comparó con el alfa de cada uno de los reactivos con el fin de conocer si tenían consistencia, es decir, si el alfa del reactivo era menor a el alfa general entonces el reactivo era consistente y si el alfa del reactivo era mayor entonces no contaba con consistencia

INFORMACION

Si Alfa es menor a .5734, entonces el reactivo es consistente
Si Alfa es mayor a .5734, entonces el reactivo no es consistente

REACTIVOS	ALFA	CONSISTENCIA
R1	0.5601	SI
R2	0.5531	SI
R3	0.5471	SI
R4	0.6013	NO
R5	0.5804	NO
R6	0.5586	SI
R7	0.5783	NO
R8	0.5739	NO
R9	0.5735	NO
R10	0.5681	SI
R11	0.54	SI
R12	0.563	SI
R13	0.5626	SI
R14	0.5659	SI
R15	0.5919	NO
R16	0.5509	SI
R17	0.5593	SI
R18	0.553	SI
R19	0.5651	SI
R20	0.5571	SI
R21	0.5659	SI
R22	0.5639	SI
R23	0.5603	SI
R24	0.5854	NO
R25	0.5749	NO
R26	0.5871	NO
R27	0.5639	SI

ACTITUD

Si Alfa es menor a .6517, entonces el reactivo es consistente
Si Alfa es mayor a .6517, entonces el reactivo no es consistente

REACTIVOS	ALFA	CONSISTENCIA
R1	0.6609	NO
R2	0.6292	SI
R3	0.6436	SI
R4	0.649	SI
R5	0.6295	SI
R6	0.6292	SI
R7	0.6437	SI
R8	0.6416	SI
R9	0.6521	NO
R10	0.6296	SI
R11	0.6473	SI
R12	0.656	NO
R13	0.6406	SI
R14	0.6667	NO
R15	0.6383	SI
R16	0.6303	SI
R17	0.6238	SI
R18	0.6189	SI
R19	0.6312	SI
R20	0.6381	SI
R21	0.6476	SI
R22	0.6433	SI
R23	0.6632	NO
R24	0.6526	NO
R25	0.6464	SI

R28	0.5841	NO
R29	0.5817	NO
R30	0.5731	SI
R31	0.5695	SI
R32	0.5777	NO
R33	0.5606	SI
R34	0.5667	SI
R35	0.578	NO
R36	0.5651	SI
R37	0.5589	SI
R38	0.5504	SI
R39	0.5666	SI
R40	0.5641	SI
R41	0.5779	NO
R42	0.5527	SI
R43	0.5726	SI
R44	0.5655	SI
R45	0.5683	SI
R46	0.5775	NO

ANEXO 3

ANALISIS FACTORIAL PARA SABER SI MIDE LO QUE SE PRETENDE

Según el cuestionario de actitud al ser analizado por el procedimiento estadístico SPSS nos describe que esta dividido por 10 factores., de los caules solo nos interesan 3 de ellos, debido a que son los que cuentan con el valor mas alto y que no se repiten entre repiten entre si.

REACTIVOS	ACTITUD		
	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
1.-			
2.-	0.21		
3.-	0.25		
4.-			
5.-			
6.-			0.66
7.-			0.72
8.-		0.27	
9.-			
10.-	0.69		
11.-			0.64
12.-			0.24
13.-			
14.-			0.22
15.-		0.72	
16.-	0.76		
17.-		0.78	
18.-	0.77		
19.-	0.42		
20.-		0.33	
21.-		0.27	
22.-	0.45		
23.-		0.45	
24.-		0.25	
25.-			

FACTOR 1
PREVENCION
CONOCIMIENTO
CONCIENCIA

FACTOR 2
APOYO COMUNITARIO DEL ENTORNO

FACTOR 3
MIEDO AL CONTAGIO

ANALISIS FACTORIAL PARA SABER SI MIDE LO QUE SE PRETENDE

Según el cuestionario de informacion al ser analizado por el procedimiento estadístico SPSS nos describe que esta dividido por 18 factores., de los caules solo nos interesan 2 de ellos, debido a que son los que cuentan con el valor mas alto y que no se repiten entre si.

REACTIVOS	INFORMACION	
	FACTOR 1	FACTOR 2
1.-		
2.-		
3.-		
4.-	0.21	
5.-		
6.-		0.2

FACTOR 1
INFORMACION GENERAL
AMBIENTAL

Anexo 4

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN

A continuación se presentan una serie de afirmaciones acerca del SIDA. Marca con una (x) la respuesta correcta.

Este es un cuestionario anónimo por lo que los resultados serán tratados de manera confidencial y únicamente con fines de investigación.

Muchas gracias por su cooperación.

- Sexo Masculino Femenino Fecha ___/___/___/
- Edad _____
- ¿Practica algún deporte? _____ Desde cuando _____

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

- cierto falso

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

- cierto falso

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

- cierto falso

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

- cierto falso

5.- La mayor concentración del VIH puede estar en la sangre, semen, fluidos vaginales, leche materna, líquido preeyaculatorio.

- cierto falso

6.- Una vía de contagio del VIH es el piquete de insectos.

- cierto falso

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

- cierto falso

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

- cierto falso

9.- Una mujer embarazada, infectada con el VIH, puede transmitir a su hijo el virus del SIDA.

- cierto falso

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

- La población en general, incluyendo niños, homosexuales y bisexuales.
- Las mujeres embarazadas, homosexuales que tengan varios compañeros sexuales y personas que donen sangre.
- Homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tengan múltiples compañeros sexuales; prostitutas, drogadictos, quienes hayan recibido transfusiones de sangre e hijos de personas pertenecientes a los anteriores.

- 11.- El SIDA puede afectar a todos los individuos no importando edad o sexo.
 cierto falso
- 12.- El VIH es un virus muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente.
 cierto falso
- 13.- Un síntoma en las personas de SIDA es al aumento de peso.
 cierto falso
- 14.- El VIH deteriora el sistema inmunológico de la persona que contrae la infección.
 cierto falso
- 15.- Una persona "seropositiva" puede continuar con las mismas actividades que ha venido realizando en su vida, incluyendo actividad deportiva, siempre y cuando tome las precauciones necesarias.
 cierto falso
- 16.- Los condones son efectivos para prevenir el SIDA.
 cierto falso
- 17.- Los preservativos y espermicidas garantizan totalmente que no ocurra la infección por VIH.
 cierto falso
- 18.- Limitar el número de compañeros sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH.
 cierto falso

SEGUNDA PARTE: A continuación se presentan una serie de aseveraciones. En esta parte sólo se trata de conocer su opinión acerca del tema. Por favor indique que tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de ellas.

(TA) TOTALMENTE DE ACUERDO
 (A) DE ACUERDO
 (I) INDIFERENTE
 (D) EN DESACUERDO
 (TD) TOTALMENTE EN DESACUERDO

- Si una persona se infecta de VIH/SIDA, quienes están a su alrededor deben otorgarle apoyo.
 TA A I D TD
- Cuando se tiene oportunidad, se brinda apoyo a los enfermos de VIH/SIDA.
 TA A I D TD
- La mayoría de las personas tiene miedo de contraer el VIH/SIDA.
 TA A I D TD
- Las personas al tener relaciones sexuales temen contagiarse de VIH/SIDA.
 TA A I D TD

- Al realizar una actividad deportiva, se corre el riesgo de contraer VIH/SIDA.
 TA A I D TD
- Se debe evitar correr el riesgo de infectarse con el VIH/SIDA, usando siempre condón en las relaciones sexuales.
 TA A I D TD
- No ha cambiado la conducta sexual de las personas aún con la información que se tiene sobre el VIH/SIDA.
 TA A I D TD
- Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se quiere prevenir el contagio de VIH/SIDA.
 TA A I D TD
- Las personas deberían evitar utilizar preservativos y espermicidas en las relaciones sexuales.
 TA A I D TD
- A los enfermos de VIH/SIDA se les debe tratar como parte de la comunidad.
 TA A I D TD
- Se considera que los enfermos de VIH/SIDA deben evitar el contacto con otras personas.
 TA A I D TD
- La mejor ayuda para las personas enfermas de VIH/SIDA es que sigan conviviendo con su comunidad.
 TA A I D TD
- Los enfermos de VIH/SIDA son una carga para la comunidad.
 TA A I D TD
- Las personas enfermas de VIH/SIDA deben evitar practicar un deporte.
 TA A I D TD
- A las personas con VIH/SIDA se les debe tratar igual que a los demás.
 TA A I D TD
- Se considera que la mayoría de las personas que tienen VIH/SIDA pueden practicar cualquier actividad.
 TA A I D TD
- No se deben utilizar las mismas instalaciones que las personas infectadas de VIH/SIDA.
 TA A I D TD
- Las personas no acuden a clínicas en las que se atienden a enfermos de VIH/SIDA.
 TA A I D TD
- Las personas tienen miedo de relacionarse con otras infectadas de VIH/SIDA.
 TA A I D TD