



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“PREVENCION SOBRE VIH/SIDA EN ADOLECENTES:  
UNA PROPUESTA DE TRABAJO CON TECNICAS  
PSICODRAMATICAS”**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**P R E S E N T A:**

**BLANCA ORTEGA SANCHEZ**

**DIRECTOR: DR. JAIME WINKLER PYTOWSKI.**

**COMITE DE TESIS:**

**DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ.**

**MTR. SOTERO MORENO CAMACHO.**

**MTRA. BLANCA GIRON HIDALGO.**

**MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO.**



**Facultad  
de Psicología**

**MÉXICO, D.F.**

**2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

*Mi gratitud en especial al Dr. Jaime Winkler Pytowski  
por su amistad, su apoyo y asesoría que siempre  
Me brindo con una basta comprensión y paciencia;  
que a través de su calidad humana y Profesionalismo  
Ha contribuido en mi formación.*

*A mis maestros: Dra. Luisa Ross, Mtra. Blanca Girón H.,  
Mtra. Silvia Vite S. y Mtro Sotero Moreno C. quienes a través  
de su experiencia profesional guiaron el desarrollo de esta tesis.*

*Con afecto y un profundo agradecimiento  
a la Lic. Miriam Camacho Moreno por sus acertados  
consejos y el tiempo brindado; los cuales hicieron  
posible la realización de esta tesis.*

*A María Carmen Bello (Yuyo), por el amor y la sabiduría  
con la que siempre me ha brindado para conocer y  
formar parte del mundo mágico del Psicodrama.*

*A mis compañeros Psicodramatistas con los cuales hemos  
compartido experiencias profesionales y de vida que han resultado  
ser un pilar importante en mi formación.*

*A Flor Tafoya Herrera por su amistad, sinceridad y apoyo  
Incondicional que me acompañaron durante este proceso.*

# INDICE

<b>RESUMEN</b>	5
<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>CAPITULO I.</b>	
<b>SÍNDROME DE INMUNO-DEFICIENCIA ADQUIRIDA.</b>	8
1.1 Antecedentes	9
1.2 Vías de transmisión	11
1.3 Prueba de detección	14
1.4 Fases de la infección por VIH/SIDA	14
1.5 Tratamiento	16
1.6 Impacto psicológico	16
1.7 La sexualidad y el SIDA	18
1.8 Alternativas para la prevención de VIH/SIDA	21
1.9 Prevención en México	25
<b>CAPITULO II</b>	
<b>EL ADOLESCENTE</b>	27
2.1 La sexualidad en la adolescencia	29
2.2 El adolescente en riesgo	32
2.3 Factores determinantes en la formación de conocimientos sobre SIDA	35
2.4 Creencias y actitudes en el adolescente con relación al VIH/SIDA	40
<b>CAPITULO III</b>	
<b>EL PSICODRAMA</b>	43
3.1 Orígenes del Psicodrama	43
3.2 Los fundamentos del Psicodrama	44
3.3 Aportes del Psicodrama	46
3.4 El Psicodrama Pedagógico	47
3.5 El Psicodrama en el aula	50
3.6 Las técnicas sugeridas en el Psicodrama Pedagógico	52
3.7 El Psicodrama como medio de intervención en la prevención del VIH/SIDA	53

<b>CAPITULO IV</b>	
<b>METODOLOGÍA</b>	56
4.1 Objetivo General	56
4.2 Pregunta de investigación	56
4.3 Justificación	56
4.4 Hipótesis	57
4.5 Variables	57
4.5.1 Definición Conceptual	57
4.5.2 Definición Operacional	59
4.6 Diseño	60
4.7 Muestra	60
4.8 Escenario	60
4.9 Materiales	60
4.10 Instrumento	61
4.11 Procedimiento	61
<b>CAPITULO V</b>	
<b>RESULTADOS</b>	63
5.1 DISCUSIÓN	69
5.2 CONCLUSIONES	77
5.3 LIMITACIONES	80
5.4 SUGERENCIAS	80
<b>REFERENCIAS</b>	82
<b>ANEXO 1</b>	89
<b>ANEXO 2</b>	96
<b>ANEXO 3</b>	101
<b>ANEXO 4</b>	107

## RESUMEN

Las personas continúan contagiándose de VIH/SIDA, a pesar de conocer las vías de transmisión y las maneras para protegerse. Un medio para combatir su expansión es a través del uso de medidas preventivas que propicien el cambio de creencias y actitudes con respecto a este padecimiento y al uso del condón, por ser este un medio que si se usa adecuadamente previene el contagio. El presente estudio tuvo como objetivo principal comparar la enseñanza tradicional con el Psicodrama Pedagógico en la elaboración y aplicación de un programa preventivo sobre VIH/SIDA dirigido a adolescentes. Se trabajó con un diseño experimental de tipo factorial simple de 2 x 2; para lo cual se contó con un grupo Control y uno grupo Experimental; donde la Variable Independiente fue medida antes y después de haber recibido un curso al respecto. Se trabajó con una muestra probabilística por racimos en una Universidad privada de la zona sur, donde participó un grupo de 26 estudiantes del primer semestre de Licenciatura de tronco común, cuya edad fluctuó entre los 18 a los 21 años. Los integrantes del grupo fueron asignados al azar mediante la elaboración de una lista previa, de esta manera ambos grupos resultaron ser homogéneos: 13 miembros, 8 mujeres y 5 hombres respectivamente.

Se aplicó la encuesta elaborada por la Organización Mundial de la Salud y el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA (Villagran y Díaz, 1992) la cual evalúa los conocimientos, creencias y actitudes sobre el VIH/SIDA y el uso del condón; antes y después de recibir un curso sobre este tema. Los datos obtenidos se analizaron a través del paquete Estadístico Aplicado a la Ciencias Sociales (SPSS) versión 6; para conocer las diferencias entre Pre y Pos test en los grupos Control y Experimental; se aplicaron tablas de contingencia a través del análisis CROSSTABS; obteniéndose la Chi cuadrada al .05 de significación.

Los resultados obtenidos antes del curso muestran que existen conocimientos generales sobre qué es el SIDA, las vías de contagio; las prácticas de riesgo y los medios para evitarlo. La calificación promedio inicial de cada uno fue de 6.2; después del curso se observó que los conocimientos se ampliaron y reafirmaron en ambos grupos. En el grupo control fue de 6.8 y en el grupo experimental de 7.8. Asimismo, las creencias y actitudes hacia el VIH/SIDA y el uso del condón antes del curso eran similares en ambos grupos; es decir, existía miedo al contagio cuando se establece un contacto cotidiano con una persona que vive con VIH, también había desconfianza ante el uso del condón por no considerarlo como un medio seguro para prevenir el contagio e inclusive existía el temor ante su uso al creer que se podía quedar dentro de la matriz. Después del curso se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, siendo más notorios en los reactivos referentes al uso del condón. Se presentaron cambios favorables en las creencias y actitudes en el grupo donde se trabajó de manera vivencial. En el grupo de enseñanza tradicional se mantuvo la desconfianza ante su uso. Por lo anterior se puede decir; que el método Psicodramático es una herramienta que favorece el desarrollo de los programas preventivos ya que por su estructura metodológica permite que el individuo viva de cerca este problema de salud; generando con ello mayor concientización lo cual se refleja en la modificación de creencias y actitudes encaminadas hacia el cuidado de la salud personal así como de los demás.

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad infecto contagiosa y mortal; para la cual no se tienen cura y ataca al sistema inmunológico ocasionando con ello que deje sin defensas a quien lo padece y por lo tanto, propenso a desarrollar enfermedades oportunistas. La persona infectada al inicio de la enfermedad parece gozar de buena salud y pueden pasar varios años antes de que aparezcan sus síntomas; sin embargo, es portador del virus y puede contagiar a otros.

El número de personas contagiadas por el VIH/SIDA aumenta diariamente a pesar de los programas preventivos y de la difusión que se le ha dado a través de los diferentes medios de comunicación. Puesto que es un problema de salud multifactorial y como tal debe ser abordado; dentro de algunos aspectos importantes a considerar están la sexualidad y la concepción de muerte ya que estos se vinculan de manera directa; porque la principal vía de transmisión de esta enfermedad mortal es la sexual. La sexualidad es asociada con sentimientos de vergüenza, culpa y prohibición; lo cual dificulta hablar sobre los hábitos, las costumbres y las actitudes de la misma. Así como, el reconocer cual es el grado de responsabilidad que se tiene frente a esta.

Por otro lado, el hablar de una enfermedad para la cual no hay cura y ocasiona la muerte puede genera en el individuo temor y ansiedad; puesto que implica aceptar que se es vulnerable y por lo tanto morir; ante esto suelen presentarse en la persona bloqueo, rechazo y negación. Una reacción frente a ella se manifiesta en ignorar todo lo relacionado a la muerte y por ende a todo aquello referente al VIH/SIDA.

Por lo antes mencionado sé penso en diseñar un programa preventivo dirigido a los adolescentes ya que a este sector no se le ha brindado la atención necesaria; porque se evalúa como mínimas las posibilidades de que se tenga vida sexual en esta etapa. Cuando las investigaciones demuestran que los jóvenes tienen su debut sexual entre los 16 y 17 años de edad.

Considerando que el mayor número de personas que han desarrollado la enfermedad se encuentra entre los 25 y 34 años de edad; esto indica que se han infectado durante la adolescencia dado el largo periodo de incubación del virus; el 21% de los casos ya con SIDA cuentan con una edad de 25 a 29 años, 20.6% con 30-34 y 15.3% entre 35-39 años, por lo que resulta de vital importancia desarrollar programas preventivos para los adolescentes (CONASIDA S/F).

El curso que se impartió fue con información básica y se enfatizó en las medidas preventivas. Se contó con dos grupos de enseñanza; en el Grupo Control la información se transmitió de manera tradicional y los participantes tuvieron un papel pasivo – receptivo. En el Grupo Experimental se trabajó con Psicodrama Pedagógico, donde los integrantes del grupo tuvieron una interacción dinámica; en este último se buscó transmitir la información de una manera activa para modificar las actitudes y creencias respecto al VIH/SIDA; ya que en la conformación del conocimiento están implícitos estos aspectos y son necesarios para lograr cambios favorables en la conducta. Los conocimientos a nivel informativo son necesarios pero no suficientes; se ha observado que las personas siguen contagiándose e infectando a otros aun cuando identifican las vías de transmisión y conocen los medios para evitarlo.

Antes de iniciar el curso en ambos grupos se aplicó un cuestionario sobre conocimientos generales del VIH/SIDA. Se encontró que el nivel de información básica era la misma en los dos; es decir, podían explicar qué es el SIDA, sus vías de transmisión y reconocían las prácticas sexuales de mayor riesgo; también se encontró que existía desconfianza ante el uso del condón. Después del curso el conocimiento se incrementó en los dos grupos siendo mayor en el que se trabajó con Psicodrama. Asimismo las creencias y actitudes fueron más favorables con respecto al VIH/SIDA y en especial hacia el uso del condón; puesto que se manifestó mayor seguridad y confianza. Sin embargo, esto no ocurrió en el grupo de enseñanza tradicional.

La metodología del Psicodrama Pedagógico favoreció el proceso de aprendizaje ya que el individuo entró en contacto con el conocimiento y con sus emociones a través de la imaginación y el juego; de esta manera tuvo la oportunidad de procesar los conceptos y tener mayor conciencia de la enfermedad y sobre todo asumir conductas protectoras.



# **CAPITULO I**

## **SÍNDROME DE INMUNO-DEFICIENCIA**

### **ADQUIRIDA (VIH/SIDA).**

El hombre como ser sensible y vulnerable ha tenido la necesidad de enfrentar diversas situaciones para sobrevivir. Uno de sus grandes retos es combatir las enfermedades incurables. En la historia de la humanidad, han cobrado un número elevado de víctimas; tal es el caso, de la viruela, el cólera, la lepra, la fiebre amarilla, la sífilis y en la actualidad el VIH/SIDA.

Las enfermedades infecto-contagiosas incurables ocasionan estigmatización, segregación y rechazo hacia quienes las padecen; los enfermos generalmente se sienten culpables por haber perdido la salud. En la antigüedad a los “nuevos” padecimientos se les adjudicaba su origen a los malos espíritus y a la posesión del demonio; también se pensaba que era un castigo divino, como resultado de un mal comportamiento; los pacientes eran torturados, marginados, aislados, y despreciados. Se les trataba a través de remedios secretos, o se les practicaban exorcismos (Del Río, Hernández y Uribe, S/F).

El SIDA además de ser una enfermedad incurable en su inicio su padecimiento fue asociado a la población homosexual; orientación sexual que hoy en día sigue siendo rechazada por algunos sectores de la sociedad. Al inicio las personas reaccionaron de manera hostil y agresiva, hacia quien la padecía, inclusive se llegó a culpar a los homosexuales de su expansión.

Cuando se detectaron casos de SIDA en grupos de drogadictos “...se abrió un espacio para aquellas teorías que sostenían una suerte biológica punitiva, en las que el SIDA funcionaba como un castigo divino y el VIH como una especie de ángel exterminador de presuntos pecadores.” (P. Cahn, R. Cahn, Castro, et al. 1992, p.20). Sin embargo, se detectó un número elevado de hemofílicos infectados como consecuencia de transfusiones de sangre contaminada.

El VIH/SIDA por tratarse de una enfermedad infecto-contagiosa que a corto o mediano plazo causa inevitablemente la muerte, llegó a provocar en la población elevados índices de temor; los cuales se manifestaron a través de conductas de rechazo, negación y hasta segregación física que se vieron reflejados en el ámbito laboral, escolar, social e incluso familiar.

Según Kraus, 1994 (cit., en Gódinez 1994) afirmó que el SIDA ha permitido que la sociedad reavive uno de sus más antiguos vicios “la discriminación”; por representar una doble enfermedad, la biológica y la social que enfrenta el hombre.

### 1.1 ANTECEDENTES

Desde el aspecto biomédico, el **SIDA** es el **Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida**. Entendiéndose por **Síndrome**, al conjunto de signos y síntomas de una enfermedad. Los **signos** son las manifestaciones que el médico descubre en la exploración física. Los **síntomas** son lo que reporta el paciente. La **Inmuno-Deficiencia** es el debilitamiento del sistema de defensa del organismo y **Adquirido** porque se contrae al estar expuesto al virus del VIH (Marchetti, Ortiz, Rodríguez y Salinas, 1993).

**El SIDA** es el resultado de la infección ocasionada por el virus de **Inmuno-Deficiencia Humana (VIH)**, que ataca directamente al Sistema Inmunológico, provocando la disminución de defensas y en la mayoría de las veces la destrucción del mismo. El organismo pierde la habilidad para combatir enfermedades causadas por otros organismos que se encuentran comúnmente en el medio ambiente y que no representan ningún peligro para los individuos sanos. El paciente con VIH padece de enfermedades oportunistas y desarrolla diferentes tipos de cánceres (Miller, Weber, y Green, 1989).

El **VIH** pertenece al grupo denominado “Virus Lentos”. porque los síntomas de la enfermedad aparecen de manera gradual y después de un largo período de incubación el virus sobrevive y se duplica dentro de una célula viva, donde elabora un DNA a partir del RNA de la célula que infecta, por eso se le conoce como retrovirus. A diferencia de otros virus, tiene la capacidad de elaborar un DNA creando una copia para su recopilación genética (Miller, 1989).

La estructura del VIH cambia a medida que se transmite de una persona a otra, debido a los diversos caracteres genéticos que varían de individuo a individuo (R. Morales, comunicación personal, Octubre, 2003) comentó que el virus continuamente cambia, cada cierto número de horas; se ha llegado a encontrar hasta un millón de variantes vírales en un organismo, esto dificulta la manera de combatirlo.

La primera vez que los retrovirus de animales se aislaron y se caracterizaron fue en 1970, se encontró el virus de leucemia felina, el de la fiebre de cerdos (VAFC), el que afecta a las ovejas (VISNA) y el de leucemia bovina que ataca al ganado, provocan síntomas semejantes a los presentados en personas con VIH/SIDA. Sin embargo, el retrovirus animal más cercano al SIDA que sufre el hombre es el virus III Linfotrópico de células T (STLVIII), el cuál fue encontrado en los monos verdes y macacos de África, (Miller, 1989).

Los retrovirus rara vez infectan al ser humano; por ello, se desconoce como el VIH logra desarrollarse en el hombre. Esto ha dado origen a diversas especulaciones, referentes a la manera en que el virus se trasmite al hombre, tales como; el consumo de carne de mono infectada o por realizar prácticas zoonóticas con los monos enfermos.

En la actualidad se ha encontrado en el hombre dos tipos de virus: VIH 1 que es el responsable de la mayor parte de casos de SIDA en África, Asia, América Latina, el Caribe, Europa y los Estados Unidos de América y el VIH 2 el cuál posee las mismas características que el VIH 1, aunque se cree que éste tiene un período más largo de incubación y es más agresivo. Ambos son resistentes dentro del organismo (Chelala, Mazín, y Zacarías, 1993).

La propagación del VIH/SIDA ha sido rápida, los primeros casos se encontraron en África y de ahí se ha extendido a diversas partes del mundo. En México la expansión ha presentado tres tipos de tendencias según el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica; a fines de 1986 el incremento fue lento, de 1987 a 1990 el crecimiento fue de tipo exponencial y a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización (Peláez y Tolento, 1995).

En México la prevalencia de VIH es 0.3% entre la población adulta, tiene un lugar de 77 en el mundo en la región de América Latina y El Caribe, México ocupa el 23 de 48; es decir, se encuentra entre los países con menor prevalencia en la región, muy por debajo de lo que muestran otras naciones como Brasil, Honduras y Belice (CONASIDA, 2004).

## 1.2 VIAS DE TRANSMISIÓN

El virus necesita estar alojado en un organismo vivo (célula) para sobrevivir, se encuentra en grandes concentraciones en sangre, líquido preeyaculatorio, semen, fluidos vaginales y leche materna. En los líquidos corporales como saliva, sudor, lágrimas, orina, excremento y líquido cefalorraquídeo se le ha encontrado en menor proporción, además su poder disminuye cuando entra en contacto con la acidez (Ph) y las enzimas que contienen dichos líquidos. Las vías de transmisión son: **a) sexual, b) sanguínea y c) perinatal** (Marchetti et al. 1993).

Con lo anteriormente mencionado se puede afirmar que el VIH/SIDA no se transmite al platicar, dar la mano, abrazar, besar, toser, estornudar, compartir utensilios de cocina, ropa de vestir y de cama, utilizar la misma piscina o los mismos sanitarios, por picaduras de mosquitos, pulgas u otros insectos o al alimentar y bañar a enfermos. A continuación se describen las tres vías de transmisión.

**a) VÍA SEXUAL:** se puede presentar en prácticas homosexuales de hombre a hombre, de mujer a mujer sin embargo en esta última aún no se tienen casos reportados; en relaciones heterosexuales y bisexuales; además el contagio no es igual en todos los casos, existen prácticas que implican mayor riesgo que otras (Rossi, 1993). En México el SIDA tiene mayor incidencia entre la población masculina, por cada 5 casos acumulados de VIH en hombres se ha observado 1 caso en mujeres. La transmisión por esta vía se concentra fundamentalmente en hombres que tienen sexo con otros hombres (CONASIDA, 2004).

## **PRACTICAS SEXUALES:**

**COITO ANAL:** Esta práctica es considerada como la de mayor riesgo, porque el ano y el recto no tienen la estructura fisiológica para recibir una penetración. La mucosa rectal es muy frágil y con facilidad presenta lesiones e inflamaciones, que provocan heridas y sangrado fácilmente; siendo ésta una vía óptima para la entrada o salida del VIH (Rossi, 1993 y Miller, 1989).

**COITO VAGINAL:** se cree que el contagio es menor en una penetración pene - vagina, porque el tejido de las paredes vaginales tienen mayor elasticidad, resistencia y lubricación (Valdespino, 1988 cit., en Rossi, 1993). Sin embargo, la transmisión puede ser posible si se considera que los fluidos vaginales y el semen presentan suficiente concentración del VIH como para producir la infección.

En el hombre el virus entra directamente al torrente circulatorio por el glande y la uretra; existe mayor riesgo y es más frecuente la transmisión de hombres a mujeres que de mujeres a hombres, porque el semen posee mayor concentración de partículas vírales en comparación de las secreciones vaginales (Rossi, 1993).

**CONTACTO ORAL:** se identifica como una práctica de riesgo aunque no está bien determinada, debido a que la mucosa bucal no es receptora del virus al menos que existan heridas en encías (Marchetti, et al. 1993). Se distinguen tres tipos de prácticas: 1) **Fellatio**, es cuando se establece contacto boca-pene, 2) **Annilingües**, cuando hay un acercamiento entre la boca y ano, y 3) **Cunnilingües**, implica una relación boca-vagina; en esta última el riesgo es mayor en el período menstrual, debido a que se entra en contacto directo con la sangre (Idem, 1993).

**b) VÍA SANGUÍNEA:** el contagio se puede presentar cuando se entra en contacto con sangre contaminada; por medio de transfusiones o sus derivados como son: Glóbulos rojos, plaquetas, plasma y factores de coagulación. La infección también se puede dar por trasplantes de órganos infectados y por la utilización de agujas, jeringas y objetos punzo cortantes contaminados (Marchetti, et al. 1993).

Sin embargo como resultado de las estrategias impulsadas y de las disposiciones legales implementadas desde 1986, y durante los últimos 6 años no se han presentado casos con diagnóstico de VIH debido a transfusión sanguínea (CONASIDA, 2004).

c) **VÍA PERINATAL:** el feto puede contagiarse durante el embarazo, o por medio de la placenta y/o cordón umbilical, en el momento del parto, porque el neonato entra en contacto directo con la sangre y los fluidos vaginales; aunque también puede presentarse después del parto, por medio de la leche materna (Miller, 1989).

*Las Categorías de Trasmisión, según el Registro Nacional de Casos de SIDA el 15 de noviembre del 2004.*

	<b>CATEGORIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SEXUAL</b>		<b>91.4%</b>
	Homo y Bisexual	49.1%
	Heterosexual	42.3%
<b>SANGUÍNEA</b>		<b>6.1%</b>
	Transfusión sanguínea	4.2%
	Hemofílico	0.5%
	Donador	0.7%
	Drogas I.V.	0.7%
	Exp. Ocupacional	<0.1%
<b>PERINATAL</b>		<b>2.1%</b>
Otras (Homo-Drogas)		0.4%
Se desconoce		(40.9%)

### **1.3 PRUEBA DE DETECCIÓN**

En la actualidad existen diversos tipos de análisis, para determinar si se está infectado por el VIH. Las pruebas más utilizadas son la de Inmuno Adsorción Enzimática “ELISA” y la “Western Blot.” Generalmente, el primer análisis se realiza con una prueba de “ELISA” por ser menos costosa. Cuando el resultado es dudoso, se recomienda realizar un segundo examen con la prueba de “Western Blot” para corroborar el resultado; porque en ocasiones suele haber resultados positivos falsos o resultados negativos falsos. Los resultados positivos falsos pueden ser por infecciones, tales como cánceres o a errores en el diagnóstico, mientras que los resultados negativos falsos se originan cuando el sistema inmunológico de algunas personas no reaccionan frente al VIH (*Chelala, et al. 1993*).

### **1.4 FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1983)**

#### **FASE I. INFECCIÓN AGUDA (CONTAGIO).**

Una persona que se encuentra en esta fase es altamente contagiosa, debido a que hay una elevada cantidad de virus en su organismo (primera viremia). (G. Hernández, comunicación personal, Julio, 1996), menciona que es probable que después de 8 horas que una persona contrajo el VIH, tiene la capacidad de infectar a otro(s).

Los síntomas que se pueden presentar son inespecíficos, pueden confundirse con cualquier infección viral, porque se asemejan a un cuadro gripal cuya duración varía de 2 a 8 días o más. Posteriormente, el organismo se estabiliza; sin embargo, hay quienes no presentan síntomas en esta fase.

El individuo en esta etapa atraviesa por un período llamado ventana cuya duración puede ser de 6 a 8 semanas, durante este tiempo no se detectan todavía los anticuerpos contra el VIH; por lo tanto, si una persona va a realizarse una prueba de detección seguramente saldrá negativa. Se recomienda esperar tres meses antes de practicársela.

## **FASE II. INFECCIÓN SINTOMÁTICA ( PORTADOR ASINTOMÁTICO)**

En este período los anticuerpos de un individuo se mantienen elevados, mientras que el virus se encuentra latente dentro de las células sin que cause daño. El paciente parece gozar de buena salud y pueden pasar varios años antes de que aparezcan los síntomas de la enfermedad, como tal. La persona en esta fase se le conoce como “Portador Asintomático o Seropositivo”, porque no muestra signos ni síntomas de enfermedad; pero es portador del virus y puede contagiar a otros.

## **FASE III. LINFADENOPATIA GENERALIZADA PERSISTENTE**

En esta fase los virus se incrementan y las defensas comienzan a disminuir (segunda viremia). Hay inflamación de ganglios que se presentan en dos puntos al mismo tiempo de manera bilateral o se forman cadenas de estas: son dolorosos y aparecen en el cuello, las axilas y la parte posterior de las orejas. Su duración varía de meses hasta años y en algunos casos permanecen hasta el final de la enfermedad; pero no todas las personas pasan por esta fase.

## **FASE IV. SIDA**

Es el período final de la enfermedad donde el Sistema Inmunológico ha dejado de funcionar; el enfermo puede presentar alguna o las tres manifestaciones clínicas del SIDA como: **1) Infecciones Oportunistas**, dentro de este rubro las más frecuentes son la neumonía o infección de los pulmones, también es común la aparición de infecciones causadas por otros virus como el citomegalovirus, bacterias como la tuberculosis y otros microorganismos como son los hongos y las levaduras como la Cándida; **2) Aparición de distintos tipos de cánceres**, el más frecuente es el Sarcoma de Kaposi, que se manifiesta principalmente con lesiones en la piel llegando a infectar órganos internos y en estados más avanzados se extiende por todo el cuerpo. Además pueden aparecer otros tipos de cánceres como los linfomas, que son agrandamiento de los ganglios linfáticos; y **3) Efectos directos del VIH sobre el organismo**, aquí aparecen trastornos del sistema nervioso y del digestivo (Chelala et al.).



## 1.5 TRATAMIENTO

Se trabaja intensamente para desarrollar una vacuna contra el “VIH/SIDA”, pero hasta hoy en día no se ha logrado crear una verdaderamente eficaz; una razón, es porque la estructura genética del virus cambia frecuentemente. Se tienen adelantos médicos para contrarrestar algunos de los síntomas causados por la enfermedad, tal es el caso de la “**Zidovudina**” (**AZT**), su acción la ejerce principalmente al interferir en la multiplicación del VIH dentro el organismo; asimismo retarda la aparición de los síntomas en los portadores, observándose un mejoramiento en el estado físico de los pacientes. Este medicamento tiene sus limitaciones como son: **a)** no proporcionar cura definitiva, **b)** provocar efectos tóxicos peligrosos, **c)** el organismo puede desarrollar resistencias ante él, **d)** su costo es elevado y **e)** una vez que se inicia el tratamiento debe continuarse en forma indefinida (Chelala et al.).

En la actualidad los enfermos de SIDA reciben tratamiento antiviral y han logrado recuperar de 5 a 8 años de vida con calidad; desde 1997 se observa una disminución importante en la mortalidad de hombres de 25 a 34 años de edad que constituye el grupo más afectado. Las personas que tuvieron acceso a tratamiento en 2004 fueron 28,600 según (CONASIDA, 2004).

## 1.6 IMPACTO PSICOLÓGICO

La reacción de una persona ante una situación de crisis, de riesgo o de daño, puede ser variada, esto depende de su historia personal previa, de su estabilidad emocional y sobre todo de la manera como ha enfrentado los momentos difíciles a lo largo de su vida; por lo tanto, hay que considerar algunos de estos elementos al dar un diagnóstico de VIH/SIDA.

Según Dupont, 1976 (cit., en Godinez, 1994) el padecer una enfermedad grave como el cáncer o el VIH/SIDA, provoca un daño profundo al narcisismo de una persona porque vivirá la pérdida de aspectos de su “Yo”, como son: su integridad, identidad e imagen corporal; por lo tanto, se ubica en un proceso de duelo.

Una persona afectada por el VIH/SIDA, sufre una serie de pérdidas reales como son: la salud, los vínculos afectivos, el estatus laboral y social, los ideales y las metas, la estructura corporal y por último la pérdida total con la muerte.

Rossi (1993) describió el siguiente cuadro depresivo que frecuentemente se presenta en pacientes con VIH/SIDA:

1. **Sentimientos de minusvalía:** hay una disminución de la autoestima debido a que el paciente observa pocas o nulas expectativas de vida en un futuro inmediato, esto se acentúa si no se cuenta con la atención médica necesaria.
2. **Enojo y Pesadumbre:** este rubro se relaciona con diversas pérdidas, dentro de ellas está la pérdida de la imagen corporal y de la salud. Las personas suelen vivirse poco atractivas; también hay pérdida o inhibición en la actividad sexual, imposibilidad para concebir un hijo; así como, ruptura con amantes y amigos.
3. **Sentirse Culpables:** se observa una disminución de la autoestima, porque en su mayoría los pacientes se culpan por haberse infectado y/o por haber contagiado a otro(s).
4. **Ideación Suicida:** es común que algunos pacientes viven la infección como una sentencia de muerte.

Algunos pacientes desarrollan cuadros psicósomáticos relacionados con síntomas físicos característicos del VIH/SIDA es decir, presentan una gran variedad de síntomas de orden psicológico, orgánico y psicogénico como consecuencia del elevado índice de ansiedad que viven. Pueden manifestar enfermedades de orden neurótico y fóbico más no orgánico. El paciente cree que su estado de salud está empeorando y que el fin está próximo (Miller et al. 1989).

Por otro lado, hay quienes reaccionan negando lo que les está sucediendo, continúan mostrando las mismas actividades y conductas que tenían antes de estar infectadas, incluso aún presentando los síntomas de la enfermedad lo niegan como una forma de ocultar que algo pasa en su vida y en su organismo, evitan la atención especializada por miedo al rechazo, la estigmatización social. También temen quedarse solos, o ser juzgados por su conducta sexual; así que prefieren eludir pensamientos y/o sentimientos relacionados a su padecimiento (Miller et al.).

En México se cuenta con instituciones como CONASIDA que ofrece diversos servicios al público en general; dentro de las actividades que se realizan es la atención a pacientes infectados por VIH, así como el acompañamiento psicológico tanto a pacientes como a familiares. También se realizan pruebas de detección, se imparten talleres formativos-preventivos, se realizan campañas preventivas, se da servicio vía telefónica y se editan folletos informativos. Asimismo se han creado grupos altruistas formados por personas que viven con el VIH/SIDA y brindan apoyo y orientación a infectados por el VIH.

### **1.7 LA SEXUALIDAD Y EL SIDA**

Aumenta diariamente el número de personas contagiadas a consecuencia del Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (VIH/SIDA); es uno de los más graves problemas de salud en todo el mundo. Las cifras estimadas de casos de VIH/SIDA en el mundo de acuerdo al (Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, [ONUSIDA], 2000) señala que existen 39.4 millones de personas afectadas por esta pandemia de las cuales 37.2 millones son adultos de más de 15 años de edad y 2.2 millones son menores de 15 años; de este total 4.9 millones de casos responden únicamente al último año; 4.3 millones son adultos y 640 mil menores de 15 años, en este mismo periodo fallecen por SIDA 3.1 millones de personas (CONASIDA, 2004).

Las expectativas para desarrollar una vacuna que logre controlar o eliminar el padecimiento del virus VIH son mínimas. La única alternativa con la que se cuenta para combatir su expansión es la prevención. Se han desarrollado diversas campañas informativas-preventivas a través de diversos medios de comunicación, se imparten talleres y cursos al respecto; sin embargo, no se ha obtenido el impacto ni los resultados esperados, probablemente se deba al manejo y la manera de transmitir la información.

La expresión de la sexualidad desde épocas muy remotas ha sido reprimida y es común que sea asociada a sentimientos de vergüenza, culpa y prohibición; en la actualidad se le continúa censurando.

Por lo tanto el VIH/SIDA es una enfermedad difícil de prevenir debido a que esta vinculada con la sexualidad y es a través del intercambio sexual que se transmite en un 80%, (Marchetti et, al.). La mayoría de los individuos infectados son los que se encuentran en vida sexual activa y corresponden también a la edad productiva y reproductiva; por lo tanto, la humanidad se ve amenazada severamente no sólo en las estructuras sociales sino también en la misma supervivencia. Por ello es de vital importancia que los programas preventivos tengan como base el aspecto sexual del hombre.

Asimismo es importante considerar el aspecto de la represión en los programas preventivos para obtener mejores resultados. Según Fenichel (1991) hay una tendencia a censurar todo suceso; es decir, se asocia al material originalmente reprimido. La represión es como una fuerza magnética que atrae a todo aquello que de algún modo se relaciona al material previamente reprimido y lo censura de la conciencia. Se crean actitudes destinadas a evitar las situaciones en las que pudiera producirse una reactivación de lo reprimido. Tomando en cuenta que la expresión de la sexualidad es reprimida, de igual manera otros aspectos que se vinculen con esta; tal es el caso de asumir medidas de cuidado y prevención del VIH/SIDA; también se niega la posibilidad de contagio.

El hombre cuando se encuentra en situaciones dolorosas o que amenazan su bienestar y sobre vivencia con frecuencia elige evadirlas porque a través de ello logra disminuir su nivel de ansiedad. Es común observar que la negación se utiliza también de una manera recurrente para negar todo aquello verdaderamente importante, transformando “el sí me importa” en un “no me importa” (A. Freud, 1971).

**El Negar** algo en el juicio quiere decir, “es lo que yo preferiría reprimir.” Por medio del símbolo de la negación, el pensamiento logra liberar la presión en la que se encuentra él “Yo”; también es negar el adquirir conciencia de todo aquello que se ha asociado a la primera situación que fue negada (Idem, 1971).

La situación indeseada, es sustituida en la fantasía por una situación inversa, con la elaboración de fantasías él “Yo” se insensibiliza ante un sector desagradable de la realidad, quedando así el “Yo” a salvo de la angustia (Idem, 1971).

La persona que acepta estar en riesgo de contraer una enfermedad incurable vive una situación de angustia, porque reconoce que vivirá un proceso de destrucción física, moral y psicológica; se produce en él “Yo” de una persona un incremento de energía que no es capaz de dominar dentro de un lapso usual, aparece una barrera que le impide al “Yo” adaptarse a su realidad y el único medio de escape es ignorar el riesgo para evitar la angustia (Number, 1987).

El negar que exista la posibilidad de contagio abre un espacio antes de admitir la propia mortalidad, lo que obliga al individuo a rechazar o ignorar todo lo relacionado a la muerte. Para Fenichel (1991) la tendencia del hombre a negar las sensaciones y hechos dolorosos es tan antigua como el mismo sentimiento de dolor.

Por lo anterior se puede explicar que el individuo prefiere no aceptar ser vulnerable al (VIH/SIDA), porque en el momento en que acepte estar en riesgo, reconocerá la posibilidad de su propia muerte.

Este aspecto provoca que el individuo se paralice frente a toda aquella información relacionada al respecto e impide la posibilidad de reconocer las situaciones de riesgo y como consecuencia se expone aquellas prácticas de riesgo.

Las personas no perciben el riesgo de contraer VIH, porque evalúan sus posibilidades muy bajas, al no incluirse en los grupos de riesgo, puesto que atribuyen ser la causa-efecto únicamente a los sectores estigmatizado, como son: los promiscuos, los homosexuales, los drogadictos, las prostitutas (López, Villagran y Díaz, 1994).

Los adolescentes creen que las prostitutas, las personas promiscuas, los violadores, las personas sucias, los desnutridos y los drogadictos; tienen más riesgos de adquirir el virus y en estos grupos ellos no se incluyen; por lo tanto, su auto percepción de riesgo es nulo (López, et al.1994).

Se ha observado que el hombre durante la adolescencia tiene miedo a las sexo servidoras y las consideran como vínculos de contagio, mientras que las mujeres expresan temor a los varones mujeriegos (Chelala, et al, 1993).

La concepción sobre SIDA es más indefinida a menor edad (15-17), pues no se tiene una preocupación por la falta de información, conforme aumenta la edad hay un incremento en la conceptualización sobre la salud, enfermedad y el SIDA; además se relaciona con el nivel de experiencia y de formación (Torres, Alfaro, Díaz y Villagran, 1994).

Otro mito que se ha desarrollado alrededor de esta enfermedad; es que el varón preste menos atención a su salud y su seguridad sexual que la mujer; es más probable que consuma alcohol y otras sustancias que conducen a las relaciones sexuales peligrosas y aumentan el riesgo de transmisión del VIH. Asimismo se cree que los varones tienen más parejas sexuales que las mujeres y el VIH se transmite con mayor facilidad de un hombre a una mujer que a la inversa. Se estima que más del 70% de las infecciones por el VIH en todo el mundo se producen a través de las relaciones sexuales entre varones y mujeres; otro 10% se debe a la transmisión sexual entre varones y se calcula que más del 5% de las infecciones son el resultado de compartir jeringas entre las personas que se inyectan drogas (ONUSIDA, 2000).

Por otro lado, los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones suelen ser objeto de prejuicios y discriminación e incluso de sanciones penales. Este estigma ha impedido que muchos varones admitan que corren el riesgo de contraer el VIH a través del contacto sexual, lo que han dificultado el desarrollo de campañas preventivas (Idem, 2000).

### **1.8 ALTERNATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA**

Una manera para combatir la expansión del VIH, es a través de estrategias de salud desarrolladas en los programas educativos-preventivos, que incluyan toda la información relacionada al SIDA; donde se trabaje sobre la percepción del propio riesgo. Asimismo, fomentar cambios de actitudes, porque representan un factor determinante en la manera de actuar frente a una situación de riesgo. La mayoría de las personas que se contagian o infectan a otros, son el resultado de sus propias decisiones derivadas de sus actitudes y creencias; puesto que una persona tiene que elegir entre: un intercambio sexual y el uso del condón, realizarse la prueba de detección del VIH para prevenir el infectar a otros, no compartir agujas en el uso de drogas etc.

(Gerrard, Frederick, Gibbons, et al. 1993) mencionaron que en el campo de la salud se distinguen cinco factores que pueden influir en la conducta preventiva a través de un cambio de actitud, para lo cual es necesario que en el individuo considere los siguientes factores: a) la severidad del evento negativo, b) los beneficios específicos de las acciones preventivas, c) perfeccionar las acciones y d) mostrar un evento negativo el cual ocurre actualmente. También se recomienda que al comunicar la problemática sea de manera dinámica; considerando los aspectos de cognición, emoción y conducta responsable.

Linville, Fisher, y Fischhoff (1993) consideraron que en los programas preventivos no logran el impacto esperado, cuando se atribuye una percepción baja o nula con respecto al contagio de VIH/SIDA: por lo tanto, proponen que se incluyan aspectos como: **1)** la incapacidad por comprender que el contagio se puede dar con una sola pareja sexual, puesto que el riesgo es visto únicamente en parejas múltiples, **2)** cuando se da descripción única de la efectividad del uso del condón, sin hacer énfasis en las consecuencias al no usarlo y **3)** el no reflexionar ante las implicaciones de la salud al no llevar una adecuada protección; y **4)** el no destacar las estrategias preventivas. Lo anterior se reafirma con las evidencias obtenidas a través de los diversos estudios que se han realizado para identificar los motivos por los cuales las personas no logran asociar las prácticas sexuales de riesgo con las propias.

Bauman y Siegel, 1987 (cit. en Van Der Pligt, Otten, Richard, Van Der Velder, 1993) encontraron que las campañas preventivas diseñan modelos donde el riesgo es persuadido, y se evita el manejo de la propia vulnerabilidad.

Fisher y A. Fisher (1992) mencionaron que los programas preventivos que tienen poco o ningún impacto en las conductas de peligro, se deben a que sus intervenciones han sido limitadas porque: 1) se basan en proporcionar información generalizada e informal donde no se sistematiza ni especifican las conductas de riesgo, 2) no hay una adaptación que motive para el cambio y 3) las intervenciones son evaluadas con poco rigor; por lo tanto, no se logra el impacto que se busca.

Estos autores proponen que los programas preventivos deben conjuntar la información y la motivación para lograr el desarrollo y la activación de habilidades conductuales, que establezcan conductas de cambio; donde el manejo de la información sea espontánea, accesible y sobre todo que involucre a los participantes en la toma de actitudes positivas que faciliten el cambio.

Ajzen y Fishbein ,1980 (cit. en Villagran, 1993), han descrito dos determinantes primarios en la motivación: **1) Motivación personal**, la que implica el manejo de actitudes personales y conductas focales preventivas y **2) Motivación social**, propone un soporte para mejorar las conductas preventivas.

Para fomentar actitudes positivas hacia el uso del condón, y el cuidado de la salud, los programas preventivos requieren desarrollar una motivación personal utilizando material testimonial transmitido por figuras que representen cercanía como: la abuelita, el hermano o el compañero, porque de esta manera se vive más de cerca la propia vulnerabilidad (W. Fisher, y A. Fisher, 1992).

La teoría del “Optimismo Irreal” desarrollada por (Van Der Pligt, 1980, 1982), (Van Der Pligt, Ricard y Van Der Vlder, 1993) mencionan que el hombre puede enfrentar los eventos negativos como son: los divorcios, accidentes de tráfico, desastres naturales, el VIH/SIDA, a través de alguna(s) de las siguientes maneras:

1. **Percibir que se tiene el control:** las personas tienen ilusiones positivas de sí mismas, por lo tanto hay una tendencia a sobrestimar sus habilidades y exagerar sus expectativas en el futuro; asimismo, perciben, los riesgos como una forma de control personal. Una persona cree que el contagiarse por el virus VIH/SIDA está bajo su control y no asumen las medidas preventivas necesarias.
2. **Predisposición Egocéntrica:** una persona cuestiona sus propios riesgos y de los otros, sobrestima los conocimientos que tiene acerca de sí mismo y de sus acciones protectoras; a partir de ello se tiene la idea de estar protegido y reduce su atención ante los propios riesgos



3. **Experiencia Personal:** cuando un individuo no ha tenido experiencias negativas a consecuencia de su estilo y práctica sexual no logra percibir la diferencia entre conductas de alto y bajo riesgo referentes a contraer el VIH/SIDA; hay una sobreestimación, se considera que los demás son los que están en riesgo. Sin embargo se ha visto que una persona que vive de manera más directa el evento negativo, a través de estar en contacto con un familiar, amigo o conocido que esté contagiado de VIH/SIDA; puede aceptar su propia vulnerabilidad, reconociendo las consecuencias negativas del padecimiento.
4. **Campos Estereotipados:** las personas tienen una relativa imagen de poder contagiarse de VIH/SIDA pues suelen asociar el padecimiento a grupos específicos como son: homosexuales, drogadictos, prostitutas etc. y al no identificarse con alguno de éstos no se consideran en riesgo (Hamilton,1988), (cit. en Van Der Pligt, Ricard y Van Der Velderl, 1993).
5. **Autoestima:** los factores motivacionales son determinantes para lograr respuestas que impliquen responsabilidad y un menor riesgo; para ello es necesario considerar su estilo de vida y la estructura de su personalidad.
6. **Copia Defensiva:** el periodo entre la exposición del riesgo y el desarrollo de los síntomas, provoca que la capacidad de prevenir el peligro y la conducta motivadora de cambio disminuyan, hay una mayor percepción de la vulnerabilidad cuando el riesgo se asocia a consecuencias inmediatas que cuando aparecen después de 10 años.

Van Der Pligt, Ricard y Van Der Velderl (1993) propusieron que los individuos deben reconocer tanto eventos positivos como negativos en el transcurso de su vida, esto les permitirá ver lo incontrolable e impredecible que pueden ser.

Otros estudios realizados en este campo muestran que una persona no asimilará las medidas preventivas hasta que se perciba vulnerable; por tal motivo Maddux y Roger's (1983) propusieron un modelo de conducta preventiva basada en la Teoría Motivacional de C. Roger's la cual consiste en tres estrategias para que las personas perciban que están en peligro:

**Estrategia 1.** La persona deberá aprender que existe peligro ante la infección VIH, **Estrategia 2.** Reconocer que el peligro es significativo para él como para los demás y por lo tanto que se está en riesgo y **Estrategia 3.** Reconocer la propia vulnerabilidad ante el peligro y así vincularlo a una conducta preventiva (Gerrard, Gibbons, Warner y Smith, 1993).

Se considera que un individuo percibe su propia vulnerabilidad en el momento que valora el costo de su conducta preventiva y la lleva a la práctica; por lo tanto, los programas preventivos deben buscar que las personas se perciban vulnerables, que identifiquen sus propios riesgos, para que adquieran medidas preventivas que les permitan reconocer sus conductas de riesgo y asumir la responsabilidad para modificarlas; así mismo, es importante tener en cuenta las actitudes, normas y valores de la población a la cual va dirigida.

### **1.9 PREVENCIÓN EN MÉXICO**

El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA, 1990) ha desarrollado diversos programas preventivos en México como son: talleres vivenciales, utilización de carteles y anuncios para la televisión y la radio. Algunos carteles fueron colocados en las instalaciones del “sistema de transporte colectivo metro”; estos incluían información del SIDA mediante formulaciones y respuestas de preguntas como: 1) ¿Qué es el SIDA?, 2) ¿Quiénes se pueden contagiar de SIDA?, 3) ¿Es curable?, 4) Cómo se contagia el SIDA?, 5) ¿Puedo contraer SIDA a través de la convivencia con personas infectadas?, 6) ¿Hay peligro de que me infecte de SIDA, si me sacan sangre?, 7) ¿Puedo contraer SIDA a través de alimentos, platos o cubiertos?, 8) ¿En donde se aloja el virus del SIDA?, 9) ¿Puedo contraer SIDA en baños públicos?, 10) ¿Cómo aumenta el riesgo de contagio sobre el SIDA? ; 11) ¿Me puedo contagiar de SIDA por un abrazo, un beso o por dar la mano?, 12) ¿Puedo contraer SIDA si alguien estornuda o tose cerca de mí?, 13) ¿Por qué el condón disminuye el riesgo de contraer el SIDA?. Los mensajes fueron manejados de manera coloquial a fin de facilitar la asimilación y retención de los mismos.

También se han transmitido anuncios por la televisión en los cuales se hace referencia a las formas de contagio, los grupos de alto riesgo y las medidas preventivas. Se creó TELSIDA en Mayo de 1989, en colaboración con la fundación de San Francisco AIDS, se realizó el primer curso de entrenamiento y capacitación formal para operadores voluntarios, debido a que algunas personas les resultaban difícil solicitar o pedir asesoría directa (Peláez y Tolento, 1995).

**CONASIDA** ofrece los siguientes servicios: Asesoría pre y post prueba, consejería a familiares, atención a personas con VIH/SIDA, apoyo Psicológico, consulta médica, asesoría legal, canalización a hospitales y capacitación a voluntarios. En la actualidad están brindando mayor atención a adolescentes y a los padres de éstos, por ser una población vulnerable.

Los programas preventivos son eficaces cuando logran involucrar de manera activa a los participantes, esto les permite que se viva más de cerca la problemática y de esta manera la información sea asimilada por el individuo y pueda presentar un cambio en su actitud; manifestándose en las conductas preventivas.

## CAPITULO II

### EL ADOLESCENTE

En este capítulo se abordarán aspectos generales que caracterizan la adolescencia y como éstos, favorecen que los jóvenes tengan conductas y actitudes de riesgo de contagio de VIH/SIDA.

Una problemática que se ha detectado en las campañas preventivas del VIH/SIDA es que generalmente van dirigidas hacia la población de adultos; se ha observado que en su mayoría el contagio se presentó en la adolescencia, de acuerdo a los datos epidemiológicos proporcionados por CONASIDA (S/F), se reporta que más del 80% de los casos detectados con síntomas, se han encontrado en el grupo comprendido entre los 15 a 44 años. Tomando en cuenta que el período de incubación del virus de la Inmuno-Deficiencia humana (VIH) se ha establecido entre 5 y 10 años promedio; por lo tanto, resulta claro que los jóvenes representan una población de alto riesgo (Díaz, Flores, Rivera et al. 1991).

La población adolescente es una de las más vulnerables, por las características propias de la edad; entre ellas se encuentra: **1) Omnipotencia**, el individuo cree que puede controlar el riesgo de contraer la enfermedad, **2) Tienen la necesidad del placer inmediato** sin tomar en cuenta si se está en riesgo, **3) Establecer contactos superficiales** con diversas parejas antes de consolidar una relación madura, **4) El inicio de su práctica sexual** a temprana edad, **5) El uso de drogas**, provocan la disminución de conductas de alerta y protección personal, **6) Utilización de tatuajes** que caracterizan una moda y **7) No contar con la información** necesaria que brinde alternativas en los patrones de conducta sexual y favorezcan el cambio de actitudes.

Por otro lado, hay que considerar que la adolescencia es uno de los momentos más críticos que vive el hombre; puesto que, atraviesan por cambios físicos y psíquicos que determinan la transición entre el mundo y su persona. Los cambios físicos se viven como una invasión al cuerpo con la presencia de los caracteres sexuales secundarios que además representan la renuncia al cuerpo infantil.

Asimismo se requiere dejar la fantasía omnipotente de la bisexualidad y el individuo tendrá que asumir un determinado rol sexual y definir su identidad. También la relación con los padres de la infancia se modifica; las exigencias y los compromisos son mayores (Aberastury y Kobel, 1988).

Según Josselyn (1974) el adolescente necesita una adaptación en su estructura psíquica; la vida infantil en su momento resultó ser idónea, porque se cubrían las necesidades y exigencias de la infancia, pero en la edad adulta éstas ya no son satisfactorias. La persona atraviesa por la pérdida de las condiciones infantiles al asumir la realidad del mundo adulto y es entonces cuando del juego infantil pasa a ser ocupado por el trabajo responsable.

La adolescencia es un proceso de cambio en el cuál se presentan sentimientos ambivalentes; los jóvenes buscan liberarse de los modos de comportamientos infantiles, pero su conducta resulta ser confusa. Hay momentos que anhelan ser controlados por sus padres, por la seguridad que ellos les brindan, pero también hay ocasiones que desean y muestran independencia. Esto se ve reforzado con los adultos por no saber como tratarlos; hay ocasiones que demandan independencia, responsabilidad; pero les imponen su autoridad sin considerar sus intereses y motivaciones (Pick, Montero, López y Aguilar, 1988).

El adolescente debe definirse e irse aceptando como un individuo con pensamientos e intereses diferentes a los de sus padres y/o educadores, para lograrlo es necesario que establezcan nuevas normas de conducta que se adecuen a las exigencias y demandas que exige la sociedad (Pick et al, 1988).

La formación de identidad en el adolescente da lugar con la separación hacia los padres y al manifestarse en contra de los patrones previamente establecidos; buscan una definición propia, para lo cual se basa en sus grupos de referencia con quienes guarda estrecha relación con sus valores, actitudes, ideas o principios los que son compartidos (Craig, 1988).

Durante la adolescencia aumenta la importancia del grupo de compañeros de la misma edad (pares o coetáneos); puesto que se busca en ellos el soporte para enfrentar los cambios físicos, las crisis emocionales y los problemas de la autoestima que se presentan en esta etapa; asimismo, los compañeros ayudan a reducir la dependencia hacia los padres y de personas importantes para ellos; son el soporte para la conformación de una identidad personal.

## **2.1 LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

La expresión de la sexualidad es un proceso fundamentalmente humano, inicia desde etapas muy tempranas en la infancia. En la adolescencia se vuelven a revivir los impulsos sexuales infantiles, aparecen los sentimientos de temor e incompetencia, que fueron característicos durante este período de vida y son reactivados en el triángulo familiar. El adolescente debe negar la atracción al padre del sexo contrario y reconocer las virtudes de su adversario, para poder percibirse a sí mismo como una figura masculina o femenina según sea el caso (Josselyn, 1974).

Se presenta la separación de objetos primarios el “Yo” está en la búsqueda de nuevos objetos libidinales extrafamiliares, al mismo tiempo se inician varios ensayos antes de establecer relaciones maduras (Blos, 1962).

En la pubertad se inician los cambios que conducen a la conformación de la vida sexual adulta, la cual tendrá los matices de la expresión sexual infantil. En la infancia la pulsión sexual era predominantemente auto erótica; en la adolescencia es dirigida a la búsqueda del objeto sexual y los impulsos cambian de preedípicos y edípicos a objetos sexuales no incestuosos. La zona genital es la que cobra mayor importancia; por lo tanto, las pulsiones sexuales se centran en alguien exterior (Freud, 1989). El adolescente tiene la labor de aprender a manifestar sus impulsos sexuales de una manera aceptada por el grupo social al cual pertenece.

Con la pubertad se reviven todos aquellos impulsos que se habían reprimido, hay un aumento de éstos y cualquier experiencia puede transformarse en estímulos sexuales, pensamientos, fantasías y actividades con connotaciones eróticas (A. Freud, 1971).

El adolescente se enfrenta a varios cambios y lo hacen a través de las dos instancias psíquicas “Súper Yo” y “Yo”, estas luchan entre sí para mantener el dominio contra los impulsos eróticos; aparecen signos regresivos de la sexualidad oral y sádico-anal, entremezclados con la fálica. La regresión oral se manifiesta por un interés elevado hacia la comida, es decir, hay adolescentes que siempre tienen apetito y con frecuencia quiere atiborrarse con todo lo que encuentran pero otras veces no desean comer. La regresión sádico anal se presenta en forma de una tenue fobia contra la suciedad, hay temor por los gérmenes; aunque también puede surgir lo inverso al presentarse placer ante la suciedad y la basura. Con relación a la sexualidad fálica las manifestaciones orales y anales van disminuyendo y reaparece la masturbación, que había sido reprimida (Pearson, 1975).

La adolescencia es una fase transicional de perturbación psicológica que presentan alteraciones en los impulsos, en las relaciones objétales, en los roles sociales y en la organización del “Yo”. Estos cambios tienen como fin lograr la independencia adulta; como resultado de enfrentar diversos cambios físicos, psicológicos, cognitivos, emocionales y sociales, a los que se debe adecuar rápidamente. La crisis de la adolescencia le permite al joven realizar una serie de ensayos previos antes de integrar su propia personalidad y el rol social que desempeñará. La organización del “Yo” y el “Súper Yo” se ven modificadas para dar lugar a nuevas formas de la sexualidad adulta (A. Freud, 1971).

Los adolescentes alcanzan su autoafirmación e independencia a través de la actividad sexual, por medio de ella pueden explorar al otro y desarrollar poco a poco su capacidad de amar. El contacto sexual proporciona mayor profundidad y formalidad en la relación con la pareja; el encuentro con nuevas experiencias, ponen a prueba su identidad personal. Una vez conjuntado el amor tierno con el amor sexual, pueden ir construyendo su masculinidad o su femineidad que le permite consolidar su identidad sexual (Pick et al.).

Los adolescentes tienen una necesidad emocional de aprender todo lo que se pueda acerca del otro sexo y esto lo logran por medio de una sucesión de aventuras amorosas con poca duración, esto no refleja como algunos creen la naturaleza polígama de los seres humanos. Se ha visto que los adultos que no tuvieron variedad de relaciones amorosas tempranas durante la adolescencia, se ven obligados a buscarlas en la vida adulta (Aberastury y Knobel, 1988, Pearson, 1975).

Los adolescentes viven su sexualidad de diferentes maneras de acuerdo con sus valores, sus sentimientos y su posición frente a las normas; puesto que la actividad sexual le permite ampliar sus canales de comunicación (Aberastury y Knobel, 1988).

La genitalidad surge con fuerza en la adolescencia y es impuesta por el desarrollo fisiológico; el cuál se hace presente en la mujer con la menstruación y en el hombre con la aparición del semen. Las funciones biológicas producen cambios físicos externos e internos importantes que van conformando la nueva imagen corporal, la producción hormonal que lleva consigo y el incremento de la energía libidinal; el cual busca satisfacer necesidades emocionales, físicas y biológicas (Idem, 1988).

La adolescencia es un período de maduración en el cual se tiene la oportunidad de elaborar las experiencias de la vida para lograr así un “Yo” estable y poder tener mayor control y organización de los impulso (Blos, 1962). Sin embargo, los seres humanos se enfrentan a una dificultad de orden sexual porque cuando llegan a la pubertad y los deseos sexuales se intensifican; ellos no son lo suficientemente maduros para casarse y esta es una forma aceptable de que puedan ejercer su sexualidad.

Pick, Montero, López y Aguilar, (1988) consideraron que algunas razones que tienen los adolescentes para iniciar su sexualidad y su genitalidad son: **1)** para evitar el sentirse solos, **2)** desear un bebé aunque no se tenga la pareja dispuesta para compartir la responsabilidad **3)** temor a que la pareja los deje, **4)** porque lo(a)s amigo(a)s ya tienen relaciones sexuales, **5)** para probar algo nuevo, **6)** se sabe que ya se está en edad de tener experiencias sexuales, **7)** no se sabe decir que no, **8)** no se tiene en el hogar todo el cariño que se necesita, **9)** para convencer al muchacho(a) que se case y **10)** para probar que se es todo un hombre o mujer.



## 2. 2 EL ADOLESCENTE EN RIESGO.

El contagio del VIH/SIDA en nuestro país se incrementa diariamente según el Registro Nacional, los casos de SIDA que se han contabilizado a partir del primer caso reportado en 1983 hasta el 15 de noviembre del año 2004; en forma acumulada son 90,043 de los cuales el 84% son hombres y 16% son mujeres; la distribución por edad es de 2,191 menos de 15 años, 86,875 de 15 años o más y 977 de edad ignorada. Por otro lado se estima que en México hay alrededor de 160,000 personas viviendo con VIH (CONASIDA, 2004).

En México de cada 100 casos acumulados 92 se han originado por vía sexual, 6 por vía sanguínea y 2 por vía perinatal; según las cifras presentadas por CONASIDA en el 2004. Ello muestra que es necesario seguir trabajando el área sexual ya que al estar rodeada de mitos, tabúes y prohibiciones se dificulta su abordaje y sobre todo cuando se necesita realizar cambios en actitudes y conductas con relación al ejercicio de la sexualidad.

Una de las poblaciones a la cual se debe brindar atención es a los adolescentes ya que al estar conformándose su persona no logran discernir en lo que puede resultar una situación de riesgo para ellos, muchas veces se dejan guiar por influencias externas. En el aspecto sexual los medios de comunicación y de la misma sociedad promueven mensajes contradictorios que llegan a confundirlos y se ven presionados en elegir alguna(s) alternativa(s) para poder expresar sus impulsos sexuales.

Los adolescentes en un inicio establecen uniones superficiales que son constantemente variables; también manifiestan una actitud despreocupada en su práctica sexual, y generalmente olvidan el empleo de medidas protectoras; por lo tanto, son víctimas de infecciones de transmisión sexual por la falta de información, sentimientos de vergüenza y culpa.

La mayoría de los jóvenes se ven prematuramente envueltos en actividades sexuales antes de haber alcanzado la madurez psicológica. El amor heterosexual maduro implica más que responder físicamente a las exigencias sexuales, es abarcar la personalidad total; donde se manifiesta la capacidad de brindar amor así como de recibirlo. Esto se logra a través de diversos ensayos previos (Josselyn, 1974).

El Consejo Nacional de Población y la Secretaría de Salud (1988), encontró que los adolescentes inician su práctica sexual entre los 16 y 17 años. La Dirección General de Epidemiología, realizó una encuesta a estudiantes universitarios de seis ciudades importantes de México, encontrando que un 55% de los encuestados ya han tenido relaciones sexuales; de éstos el 87% conocen los efectos preventivos del uso del condón y tan sólo el 33% los utilizaron alguna vez, aún cuando el 14% de ellos habían reportado tener de dos a cinco parejas sexuales. Asimismo, reportan que un 46% de la población que acude a realizarse la prueba de detección del VIH son jóvenes y tienen una alta incidencia de prácticas de riesgo; como resultado de ello es la adquisición de enfermedades sexualmente transmisibles (Uribe, 1992).

El mayor número de casos acumulados de VIH/SIDA fluctúa entre los 25 y 34 años de edad esto indica que se han infectado durante la adolescencia dado el largo periodo de incubación del virus; el 21% de los casos ya con SIDA cuentan con una edad de 25-29 años, 20.6% con 30-34 y 15.3% entre 35-39 años, por lo que resulta de vital importancia establecer en los adolescentes medidas preventivas (CONASIDA, S/F).

Una Investigación realizada por Flores y Díaz (1994) se encontró que hay personas que tienen un control interno y otras externo. Cuando se tiene el **control interno** existe la percepción de la causa y efecto de sus actos, asumen sus consecuencias de estos y reducen el riesgo de sus conductas. Mientras que las personas con un **Control externo** dejan su destino a la suerte y realizan conductas de alto riesgo subestimando el peligro; para ellos la prevención primaria de la salud debe empezar por atacar los procesos cognitivos involucrados en la toma de decisiones, de lo contrario no servirá el aumento de conocimientos.

Diversas investigaciones han demostrado que la sola información sobre el SIDA no es suficiente para un cambio de conducta; pues además de los conocimientos se requiere de la percepción de riesgo de contagio, para que se puedan llevar a cabo conductas de protección y precaución para no adquirir la enfermedad. La estructura cognitiva se ve influida por dos factores principales: el miedo y la comprensión del riesgo; elementos básicos a considerar en los programas preventivos (Villagran, 1993).

Es importante considerar que la estructura psíquica del adolescente sé esta conformando y hay momentos que su conducta esta guiada por un control interno, sus acciones se dirigen de manera protectora, pero generalmente hay una predominancia hacia el control externo, porque están más interesados por vivir y satisfacer sus necesidades de manera inmediata.

Los adolescentes tienen una visión de ser invulnerables, creen que el mayor riesgo en la práctica sexual es el embarazo y ven como algo remoto adquirir VIH-SIDA; no logran relacionar las consecuencias de sus acciones a largo plazo, se basan en una mínima información proveniente de su amigo(a)s; además asocian que las personas con SIDA se ven enfermas (Epstein, Dusenbury, Botuin y Díaz, 1994).

Por lo anterior se puede ver que el comportamiento de los adolescentes se guía por el placer que se produce en forma inmediata al tener relaciones sexuales; las consecuencias de adquirir el VIH aparecen a largo plazo y no se logra establecer una cadena de hechos que vincule en forma definida el momento de contagio de la enfermedad, su sintomatología; así como las consecuencias nocivas que se pueden derivar de un comportamiento de riesgo (Bayes, 1992; cit., en Alfaro, 1995).

Los adolescentes sexualmente activos no perciben el riesgo de infectarse del VIH para tener control y tranquilidad en su vida; por lo tanto, creen que tienen mayor riesgo aquellas personas que tienen relaciones sexuales con más de una pareja, pero subestiman la posibilidad en ellos mismos (Flores y Díaz, 1994). Hay una tendencia en las personas a declararse superior a sus pares en atributos deseables socialmente. Por otro lado, esta población se caracteriza por tener un buen estado de ánimo, disminuyendo así la preocupación por problemas de salud y temas negativos; aumenta la creencia de un control interno del medio (Páez, Ubillos, Pizarro y León, 1994).

Se ha visto que ni la gravedad, ni la susceptibilidad, ni el riesgo se asocian con una conducta preventiva inclusive se puede presentar una reacción a la inversa; es decir, mientras más se cree que la enfermedad es fácilmente de contagiar menos conductas preventivas se llevan a cabo (Torres, Alfaro, Díaz y Villagran, 1994).

Una manera para prevenir el contagio es a través del uso del condón; sin embargo, la actitud y creencias de este limitan su uso; puesto que se le considera como ofensivos, inhibidores del placer sexual, dificultad en su uso y vergüenza ante su compra (Alfaro, 1995).

No es tarea fácil modificar las actitudes de un individuo cuando estas tienen características de persistencia, consistencia y motivación conformadas por experiencias y aprendizaje (Villagran, 1993).

Villagran y Díaz (1992) consideraron importante estudiar en un individuo su locus de control, su asertividad y la jerarquía de sus valores que regulan su interacción social, para obtener resultados favorables a nivel preventivo; puesto que se ha observado que los adolescentes se preocupa más por un embarazo no deseado, que por prevenir el contagio del VIH, probablemente por que las consecuencias de sus acciones se dan a largo plazo (Uribe, P. 1992).

### **2.3 FACTORES DETERMINANTES EN LA FOMACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA**

Desde el punto vista de las ciencias sociales la persona es un compuesto de creencias, valores y actitudes; las actitudes se derivan de la combinación de la creencia y el valor. Las creencias, los valores y las actitudes se fundan en la experiencia, en el aprendizaje a través de la familia, de la sociedad y de la cultura; que ayudan al individuo a interactuar en su medio ambiente identificándose con lo atractivo y/o lo representativo que se manifiesta en su conducta.

**Un valor** es una relación entre los sentimientos de una persona y sus categorías cognoscitivas particulares. La mayoría de los valores están condicionados por la experiencia y pueden ser una actitud recién formada o una convicción básica y persistente. Se clasifican en positivos o negativos; sirven de normas que pueden considerarse como ideales por los que se lucha. Son más abstractos que las actitudes y se encuentran arraigados en la persona formando de esta manera la estructura de su personalidad (Edward y Harold, 1980).

“Un valor es la cualidad por la que un ser, una cosa o un hecho despierta mayor o menor aprecio, admiración o estima. Indica la importancia, significación o eficiencia de algo” (Maggi, Díaz, Madrigal et al. 1998, p. 52).

Los valores se aprenden a lo largo de la vida, aunque no de manera receptiva; se van construyendo por el entorno social. Están determinados por la capacidad intelectual y de razonamiento que una persona posee en un momento determinado de su vida. Hay diferentes tipos de valores: monetario, estético, utilitario, cualidades o talentos, afectivos y éticos o morales; estos últimos se consolidan en determinados valores universales, nacionales, cívicos y personales; son empleados para juzgar lo adecuado de las conductas propias y ajenas (Maggi, et al. 1998).

Los valores presentan las siguientes características:

1. Concuerdan con nuestras concepciones de la vida y del hombre.
2. No existen en abstracto ni de manera absoluta; están ligados a la historia, a las culturas, a los diferentes grupos humanos, a los individuos y a las circunstancias que enfrentan.
3. Influyen en nuestra forma de pensar, en nuestros sentimientos y formas de comportarnos.
4. Se proyectan a través de actitudes y acciones ante personas y situaciones concretas.
5. Suponen un compromiso real y profundo de la persona ante sí misma y ante la sociedad en que vive.
6. Hay algunos que son aceptados universalmente, en todo tiempo y lugar; posibilitan la existencia de una sociedad más justa y democrática.
7. Existen en si independientemente de que sean apreciados o no, valen por ellos mismos y por eso son deseables; Por lo tanto, percibir un valor es descubrirlo (objetividad del valor).

Rokeach (1973) (cit. en Reich, B. y Adcock, C. 1980) consideró que los valores tienen dos funciones, las cuales son: **1) normativa**, se encarga de regir la conducta considerando las normas que ayudan a evaluar y juzgar la conducta propia y de los demás, **2) motivacional**, es el componente que expresa la propia lucha por alcanzarlos.

**Las creencias** son la información que una persona tiene acerca de los demás y de los objetos; estas pueden ser de información factual o ser únicamente de una opinión personal. También puede ser positiva, negativa o tener una implicación evaluativa (Petty y Cacioppo, 1996).

Pepitone, 1991 (cit. En Villagran, 1993) mencionó que las creencias son conceptos normativos y generados en los grupos culturales, son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo; es decir, permiten interpretar lo sucedido y dar sentido a lo inesperado. Tienen un contenido evaluativo y su función es proporcionar apoyo emocional, brindar control cognoscitivo, de regulación moral e identidad grupal.

Espinosa (1993) explicó la conducta humana como una cadena causal de hechos; donde se establece que una creencia representa la información que tiene el sujeto del objeto actitudinal y esta ligado al objeto a través de determinados atributos; los que se centran en tres áreas:

- 1.- **Creencia descriptiva:** se da a través de la observación directa.
- 2.- **Creencia inferencial:** esta surge en base a alguna creencia existente acerca del objeto actitudinal.
- 3.- **Creencia informacional:** se basa en una información proporcionada por alguna fuente externa.

Es importante considerar que el ser humano se basa en sus creencias para la solución de problemas y para la toma de decisiones; asimismo, evalúa los resultados de su conducta (actitudes).

La manifestación de un comportamiento esta establecida con respecto a algún objeto en un contexto dado en un tiempo determinado; lo cual explica Alfaro (1995) a través de la Teoría de la Acción Razonada lo siguiente:

- 1) **Un factor personal;** implica sentimientos y afectos que pueden ser positivos ó negativos, a esto se le llama actitud hacia el comportamiento.

2) **Un factor de percepción de las presiones sociales**; son las que determinan la realización o no de una conducta; a esto se llama norma subjetiva.

Por lo anterior se puede decir que, la actitud de una persona esta en función de sus creencias y su conducta están determinada por las implicaciones de estas.

**La creencia** es un conjunto de percepciones estables y de conocimientos relativos a ciertos aspectos del mundo de un individuo. **Una actitud** es una organización durable de los procesos emocionales, motivaciones, preceptuales y cognoscitivos; toda actitud supone un elemento cognitivo que es la creencia (Ríos, 1991).

**Las actitudes** constituyen los procesos o sistemas fundamentales mediante los cuales el individuo ordena su medio ambiente; su conducta se basa en sus valores (Reich, B. y Adcock , C. 1980). Son sistemas perdurables de evaluaciones positivas o negativas, son sentimientos y técnicas de acción a favor o en contra de objetos sociales.

Las actitudes reflejan los modos de conducta de los individuos, los cuales son característicos, consistentes y selectivos; se basan en normas y escalas de comparación que permiten evaluar elementos dentro de un dominio del estímulo en cuestión. Son parte de un proceso de formación del concepto sobre sí mismo (Summers, 1976).

Según Summers (1976) las actitudes presentan las siguientes características:

1. Son un proceso interno de cada individuo y se manifiestan a través de las conductas.
2. Dependen del aprendizaje y de la motivación con relación a la estructura social.
3. Presentan estados más o menos persistentes; una vez formadas adquieren una función reguladora dentro de ciertos límites.
4. Se forman con referentes identificables que pueden ser: personas, grupos, instituciones, objetos, valores, aspectos sociales o ideológicos.
5. Incluye un aspecto cognitivo, motivacional, afectivo y conductual (verbal o no verbal).
6. Se establece una relación positiva o negativa con las personas, objetos o situaciones.
7. Se manifiesta en tres tipos de respuesta: aceptación, rechazo o neutralidad.

Las actitudes más significativas que un individuo adquiere, tienen como referencia a las personas con quienes establecen un vínculo afectivo y de pertenencia; porque demandan de ellos la identidad, el reconocimiento, y la aceptación. Para tal efecto se requiere aceptar valores, creencias y comportamientos similares a sus grupos de pertenencia; por ello resulta difícil que se modifiquen.

Las actitudes tienen tres componentes; según Summers (1976),

- a) **Cognoscitivo:** incluye creencias que son de tipo evaluativo e incluyen cualidades aceptables e inaceptables.
- b) **Emocional:** son los sentimientos o emociones favorables o desfavorables.
- c) **Conductual:** es la disposición a responder mediante una previa evaluación de las creencias.

Por lo anterior se puede afirmar que la conducta es una función de las actitudes individuales y sociales, de los valores y las creencias. Se desarrollan como una parte del complejo proceso de socialización; porque pasan a formar un esquema social; por lo tanto, son resistentes al cambio (Villagran, 1993).

El cambio de actitud depende de la capacidad para especificar la diversidad de valores, que se vinculan y desempeñan en los grupos de referencia. Esta especificación presupone una medida adecuada para identificar las actitudes de un individuo; sin embargo, hay que considerar el nivel de implicación que tenga una persona, porque de ello dependerá que tan susceptible está para modificarlas (Summer, 1976).

Rich, B. y Adcock C. (1980) explicaron el cambio de actitud comparándolo como una especie de mecanismo homeostático, porque al provocar una incongruencia afectiva–cognoscitiva el individuo buscará restablecer un equilibrio interno; es decir, cuando una incongruencia rebasa el límite de tolerancia y la actitud se vuelve inestable, se inicia un proceso de reorganización donde surge una fragmentación de los componentes y la comunicación se rechaza regresando a la estabilidad original.



Cuando se busca modificar una actitud, debe considerarse: **a)** el grado de atracción entre ella ya que de ello depende el nivel de disonancia y de esta manera originar presiones para reducirla, **b)** hay que tomar en cuenta que un individuo puede revocar su decisión si tuvo una información posterior que alteró la formulación previa y requiere un restablecimiento hacia su posición original, **c)** destacar el atractivo de la decisión elegida y menospreciar lo rechazado, **d)** reunir mayor cantidad de información de la decisión elegida y **e)** acrecentar el nivel cognoscitivo–afectivo de la decisión elegida (Idem, 1980).

## **2.4 CREENCIAS Y ACTITUDES EN EL ADOLESCENTE CON RELACIÓN AL VIH/SIDA.**

Las cifras epidemiológicas del VIH-SIDA, muestran la rapidez con que avanza la enfermedad, aún cuando se conocen los medios de su transmisión y las medidas preventivas para evitar el contagio: Se sabe que las personas continúan presentando conductas de riesgo; una de las explicaciones de ello es que no se le ha dado la suficiente importancia a las creencias y actitudes que tienen las personas respecto al tema para poder trabajar directamente con ellas y generar cambios favorables.

Ramos, Díaz, Saldivar y Martínez, 1993 (cit; en Alfaro, 1995) las creencias referidas al SIDA parecen estar fuertemente enlazadas con las creencias de tipo moral; pues hay una búsqueda de culpables y se margina al que se le considera transmisor; por lo tanto, estas creencias se ven envueltas en prejuicios. Es frecuente que desacrediten a quienes padecen esta enfermedad sexualmente transmisible y la cual es asociada a una vida sexual desordenada, que se rige por una promiscuidad sexual y ejercicio irresponsable. Además hay una tendencia cultural al rechazo de líquidos corporales (sudor, sangre y semen), se ve acentuada, porque la sangre y el semen son portadores del VIH (Alfaro, 1995).

Páez, Ubillos, Pizarro y León (1994), sugieren que los modelos preventivos incluyan recordatorios del riesgo potencial del SIDA, conocer los mecanismos de prevención, generar motivación para hacer los esfuerzos necesarios y tener recursos para implementar el cambio. Por otro lado; plantean que los cambios comporta mentales preventivos tienen que tener en cuenta los siguientes factores:

- 1) Identificar la variable con más peso predictor (creencias y/o actitudes), para cada grupo o población.
- 2) Tener presente que la seriedad o gravedad percibida; puesto que una baja percepción disminuye la capacidad de explicar y predecir la conducta preventiva.
- 3) Las creencias deberán modificarse en un sentido realista, de esta manera disminuirá la ilusión de invulnerabilidad y control.
- 4) Resaltar los costos y beneficios asociados al uso de medidas preventivas (condón).
- 5) Tener en cuenta la percepción de la situación; a nivel individual (la actitud como proceso), a nivel social (normas sociales). Por ello es importante la intervención a nivel individual y de grupo.
- 6) Brindar información asociando ésta a estados ligeros de depresión, para lograr una “lucidez realista” puesto ya que el riesgo o susceptibilidad percibida a problemas de salud esta asociada a una baja efectividad positiva (realismo depresivo).
- 7) Recordar que la conducta sexual de los jóvenes es improvisada; por ello, la prevención deberá tener medidas realistas y adecuadas.
- 8) Reforzar las creencias positivas y modificar las negativas, enfatizando las conductas de prevención.
- 9) En la adquisición de habilidades sociales, se debe considerar la asertividad, afrontamiento del estrés; de esta manera porque ayudarán a modificarse las actitudes y las conductas, ya que son las que generan una norma personal de comportamiento.

Para poder desarrollar una actitud de cambio, se tendría que iniciar por modificar las creencias que se tienen respecto a las conductas de riesgo y llevar a cabo medidas de protección como es el uso del condón. Asimismo el condón debe ser considerado como parte de la relación sexual, resaltando sus cualidades de protección para sí mismo como para la pareja; en especial para aquellos que la opción de vida sexual no es la heterosexual o la monogamia (Villagran y Díaz, 1992).

Hay que reconocer que una prevención efectiva debe acompañarse del desarrollo de habilidades en donde se incorpore la información de la conducta específica y se incluyan aspectos psicológicos, sociales, culturales y de maduración puesto que son determinantes en el comportamiento del adolescente (Lawrence, cit., en Mejia 1995).

Para reducir en el adolescente el riesgo ante el SIDA se necesita que asuma la responsabilidad; la que implica el inicio de la actividad sexual, asimismo promover la realización de prácticas de sexo seguro y sexo protegido; ya que en este período se encuentra con la posibilidad de adquirir conductas y actitudes preventivas antes de que se determine su patrón de comportamiento sexual (CONASIDA, S/F).

## **CAPITULO III**

### **EL PSICODRAMA**

A lo largo de este capítulo se presenta un panorama general del método Psicodrama tico, donde se describen sus pasos y elementos; asimismo, se explica como resulta ser una herramienta útil tanto en el ámbito de la salud, la educación y en la investigación. La flexibilidad de su metodología permite que se adapte al campo de estudio donde este inmerso el ser humano.

#### **3.1 ORÍGENES DEL PSICODRAMA**

El método Psicodrama tico fue desarrollado a partir de una acumulación de experiencias e intuiciones que estuvieron presentes en la niñez, la juventud y el comienzo de la edad adulta de Jacob Levi Moreno (Greenberg, 1977).

La primera sesión Psicodrama tica tuvo lugar durante la infancia de Moreno a la edad de cuatro años, quien narra que al estar solo en casa varios niños y él jugaban a “Dios y sus ángeles”, Moreno asumió el papel de Dios y los otros niños de ángeles. El cielo lo construyeron encimando sillas hasta hacerlas llegar al techo; posteriormente él subió hasta la parte más alta y los niños caminaban alrededor de las sillas y movían sus brazos como si fueran alas y cantaban. Uno de los niños sugirió a Moreno que volara y al intentarlo cayó al suelo y se rompió un brazo (Moreno, 1974 y Greenberg, 1977). Este incidente estuvo lejos de ser un Psicodrama formal pero contenía elementos básicos como: creatividad, espontaneidad, catarsis e intuición.

Un segundo acontecimiento que contribuyó a los fundamentos del Psicodrama fue cuando Moreno siendo estudiante de medicina, paseaba por las tardes en los jardines de Viena relatando historias improvisadas a grupos de niños. Ellos en sus juegos ensayaban roles familiares y culturales; es decir, asumían el rol de papá o de mamá, también adoptaban roles de mitos o fábulas que iban acorde a sus necesidades y/o frustraciones. Durante el juego los niños ampliaban y/o corregían su percepción personal al ocupar el lugar de sus padres y/o maestros; esto les permitía tener una diferente visión del otro. A partir de ello surge la técnica de rol-playing (Ramírez, 1987).

Más tarde Moreno comenzó a trabajar con un grupo de mujeres que se dedicaban a la prostitución en el “Distrito Vienés de Am Spittelberg”. La labor con estos grupos determinó la estructura de la Psicoterapia de grupos; porque se definieron aspectos como la autonomía de grupo, la existencia de una estructura de grupo, el problema de la colectividad y el anonimato (Greenberg, 1977).

La primera sesión Psicodramática que Moreno connota con un carácter oficial, tuvo lugar el 1° de Abril de 1921 en el teatro “Komedian Haus”, cuyo objetivo fue canalizar algunas de las incertidumbres y frustraciones de un grupo de austriacos; puesto que en esos momentos Austria se encontraba inquieta porque no tenía un gobierno estable. Moreno puso a prueba al público, invitándolos a sentarse en el trono y actuar como un gobernador de acuerdo a su rol social. La prueba fue difícil, nadie la superó (Moreno 1974 y Greenberg, 1977); después de esta experiencia Moreno fue criticado y rechazado por sus ideas; sin embargo, ello no lo limitó y continuó con el desarrollo de su metodología.

En 1921 en el teatro en Das Stegreiftheater Moreno; propuso “El Teatro de la Espontaneidad” (1922-1925); durante las presentaciones no se contaba con libreto, las escenas eran improvisadas y representadas por los actores; las cuales trataban sobre aspectos de la vida cotidiana; eran retomadas del periódico de la localidad. Durante cada presentación el público se conmovía e identificaba cada vez más con estas (Moreno, 1974).

### **3.2 LOS FUNDAMENTOS DEL PSICODRAMA**

El Psicodrama cuenta con bases: **filosóficas, teóricas y metodológicas.**

**LAS BASES FILOSÓFICAS SON:**

- 1) **La filosofía del momento**, en la cual está implícito que cada ser o acto tiene un origen en su entorno (matriz), ocurre en un lugar específico (locus) y tiene un desarrollo temporal (status nascendi).
- 2) **El encuentro**, explica como las relaciones humanas entre dos o más personas se experimentan en el amor o en el enfrentamiento
- 3) **Espontaneidad y creatividad**, ambos términos constituyen el aprendizaje, porque el hombre reproduce y crea (Bello, 1996).

## **LAS BASES TEORICAS SON:**

- 1) **Roles**, son las relaciones humanas, los vínculos y las interacciones. Los primeros roles están ligados a funciones fisiológicas, los segundos a los procesos psicológicos y por último a aspectos sociales.
- 2) **Tele**, es la más pequeña unidad de sentimiento transmitida de manera bidireccional de una persona a otra.  
**Transferencia**, los vínculos actuales se interponen en las experiencias con otras personas que resultaron ser desagradables o patológicas.
- 3) **El desarrollo del niño**, a través de la observación de la relación triangular madre – padre – hijo, se fundamentan los elementos y las técnicas del método psicodramático; así como los núcleos teóricos y filosóficos (Idem, 1996).

## **LAS BASES METODOLOGICAS SON:**

### **1) Elementos del psicodrama.**

- a) **Protagonista** (Paciente), es quién integra sus emociones, pensamientos e ideales a través de revivir una situación pasada; también logra identificar momentos de conflicto y encuentra alternativas de solución.
- b) **Yo-auxiliar**, es son quien desempeña en la escena, el papel de alguien significativo para el protagonista; por lo tanto, es este el que hace o dice lo que el protagonista no puede decir; así mismo, le devuelve una imagen de sí mismo.
- c) **Director** (Psicoterapeuta o coordinador de grupo), es quien conduce el proceso de conocimiento del protagonista y le ayuda a encontrar sus propias interpretaciones sobre la realidad; también se encarga de implementar técnicas o recursos durante la dramatización.
- d) **Audiencia**, es la parte del grupo que no esta participando directamente durante la dramatización; sin embargo desde su posición como espectador asimila el trabajo dramático que se está realizando
- e) **Espacio dramático**, es el lugar físico, donde se realiza la dramatización; aquí se trabaja en el cómo sí... dramático”, porque el protagonista entra en una semirealidad y puede experimentar, ensañar y planear situaciones antes de llevarlas a la realidad o revivir acontecimientos pasados (Idem, 1996).

## 2) Los pasos del psicodrama son:

- a) **Caldeamiento**, su finalidad es proporcionar una atmósfera de confianza, en los participantes que permita la apertura en el trabajo a través del lenguaje verbal y/o corporal; donde se pueden incluir el juego, la imaginación y la música etc.
- b) **Dramatización**, es la acción que puede estar centrada en el grupo (trabajo socio dramático o sociométrico) o en el individuo cuando se tiene un protagonista.
- c) **Sharing**, al final de la dramatización el grupo pone en palabras los sentimientos y recuerdos evocados.
- d) **Procesamiento**, se lleva a cabo en los grupos de enseñanza porque al final de la sesión se hace referencia a los conceptos del tema o temas tratado(s) (Idem, 1996).

### 3.3 APORTES DEL PSICODRAMA

#### EN LA PSICOTERAPIA

El Psicodrama en el ámbito terapéutico ofrece al paciente un análisis profundo de su problemática; su estructura metodológica acelera el proceso de tratamiento y permite que el paciente a través del auto análisis logre una mejor comprensión de su situación. Su objetivo principal es el manejo de emociones donde se busca el crecimiento y la realización personal. Implica un trabajo grupal principalmente aunque es posible su utilización en terapia bipersonal.

Blather (1980) mencionó que el Psicodrama permite la libre expresión corporal de los sentimientos así como la actuación grupal o espontánea de situaciones conflictivas que liberan al individuo. Para Ramírez (1987) las bases del Psicodrama van más allá del método Psicoterapéutico ya que se logra integrar la experiencia y participación a nivel cognitivo del paciente, permitiéndole analizar su propia conflictiva y ensayar sus posibles soluciones.

Es importante resaltar que el Director (terapeuta) vive la fantasía de su paciente al mismo tiempo que activa la propia (Badillo y Espinosa, 1991).

## EN LA EDUCACION

Todo tesoro educativo debe servir como base para buscar soluciones adecuadas al momento presente y no como un almacén de respuestas. El aprendizaje a través del Psicodrama Pedagógico promover el conocimiento de manera activa y de cooperación; no es menorista ni de repetición de información. “Educar” significa ir más allá de la información, ya que el educando no solamente tendrá los conocimientos, sino será flexible y espontáneo para que su conducta sea adecuada (Moreno, 1974).

La tarea del Psicodrama en el ámbito educativo es aclarar los conflictos emocionales para poder desarrollar las potencialidades humanas y entrar en las dimensiones de la experiencia personal; lo cual se ha desplazado por la sobre intelectualización y las conservas culturales que limitan la creatividad y la espontaneidad. Esto no significa que Moreno desprecie el desarrollo tecnológico; si no más bien argumenta que el hombre puede verse beneficiado siempre y cuando éste avance funcione como un auxiliar en la construcción de la civilización (M. Sánchez, comunicación personal, 1996).

### 3.4 EL PSICODRAMA PEDAGOGICO

El hombre para poder interactuar, desarrollarse y sobrevivir, necesita conocer su entorno; ello se logra a través de una educación informal y/o formal. **La educación informal** se presenta cuando el individuo interactúa en su medio a través de su experiencia, adquiriendo y acumulando nuevos conocimientos. **La educación formal** se lleva a cabo en un proceso de interacción entre profesores y estudiantes a un nivel institucional. Una de las maneras para favorecer el aprendizaje significativo es a través de un proceso activo; donde el estudiante asocie e incorpore aspectos teóricos y prácticos de una manera dinámica.

Se ha observado a lo largo de la historia, que el aprendizaje formal presenta algunas limitantes en la adquisición del conocimiento sobre todo cuando se da a un nivel receptivo; porque el profesor transmite la información y el estudiante asume un papel pasivo. Esto no garantiza que el alumno podrá relacionar lo aprendido a sus conocimientos previos; este tipo de aprendizaje no exige del estudiante otra cosa más que asimilar el material como se le presenta. A pesar de sus limitaciones es el que frecuentemente se imparte en la mayoría de las instituciones educativas.



El proceso de enseñanza – aprendizaje se ve limitado porque la información se transmite principalmente por medio del lenguaje verbal y escrito, propiciando una educación indirecta; el alumno asume un papel pasivo - receptivo y en ocasiones lejanas a la aplicación del conocimiento. El aprendizaje práctico permite al estudiante que se involucre, y experimente de manera directa la nueva información; esta enseñanza activa brinda la oportunidad al individuo de comprobar lo aprendido en la experiencia. Cuando se vive de cerca un suceso resulta más fácil interiorizarlo y hacerlo propio.

Rousseau (1712 -1778) mencionó que fue uno de los primeros en marcar la importancia de los sentimientos y del contacto con la naturaleza en la educación; puesto que para él, la naturaleza era la gran educadora y “los primeros profesores que nos acercan al conocimiento son nuestros pies, manos y ojos”; también enfatizaba en que los maestros deberían aprender junto con sus alumnos a través de compartir experiencias en el proceso enseñanza – aprendizaje (Romaña, 1991).

Pestalozzi (1746 – 1827) dijo estar de acuerdo con las ideas de Rousseau y propone vincular la mano, el corazón y la mente, es decir, actuar, sentir y pensar. Asimismo uno de sus principios es respetar la forma de pensar del alumno y de ninguna forma obligarle a que lo haga como su profesor (Idem, 1991).

Por lo anterior, se puede decir que un aprendizaje será completo cuando el hombre entre en contacto con su objeto de conocimiento, para poder hacerlo propio. Dewey (1859 - 1952) fue el promotor de uno de los mayores movimientos educativos del siglo XX; “La Nueva Escuela Renovada o Escuela Activa”, él pensaba que relacionando experiencias concretas que incluyeran verdades firmes, permitirían la comprensión del mundo (Idem, 1991).

Por lo anterior, se puede considerar al Psicodrama Pedagógico como un método que favorecen una educación - activa, al permitir que el individuo logre experimentar el conocimiento de manera directa; a través del aprendizaje activo el estudiante por sí sólo descubra el conocimiento y lo relacionara, incorporándolo a la información previa de una manera dinámica, para que este sea asociado con aspectos teóricos y prácticos.

El Psicodrama es educativo en el sentido primario de la palabra –educrece-; puesto que hace surgir y desarrollar las potencialidades de quienes lo practican, con el fin de enfrentar las situaciones de la vida según su edad y las circunstancias ambientales en que se encuentren; además es preventivo porque puede prever lo que acontecerá en una determinada situación” (Moreno, 1974).

La metodología del Psicodrama permite que se manifiesten los obstáculos que limitan el aprendizaje como son: ansiedad, miedo y rasgos de personalidad; a los cuales generalmente no se les brinda la importancia que se requiere. Son estos los que facilitan u obstaculizan la adquisición de conocimientos. Cuando se elimina la ansiedad el individuo logra una fácil y adecuada adaptación, tanto en el aspecto físico como en el mental (Martínez, Moccio y Pavlovsky, 1991).

El Psicodrama Pedagógico ha sido aplicado en guarderías infantiles; Rosemary Lippit en Ramírez (1987), encontró que niños de 2 a 5 años de edad el Psicodrama Pedagógico les permitió:

- 1) Enriquecer sus experiencias infantiles.
- 2) Aumentar su espontaneidad creadora.
- 3) Prepararlos para nuevas experiencias de acuerdo a su edad y medio ambiente.
- 4) Resolver problemas propios de su edad (como cuando dos o más niños quieren usar el mismo juguete).
- 5) Fomentar la espontaneidad, la iniciativa, el gozo y la creatividad.
- 6) Desarrollar la participación grupal, aumentando la cohesión y solidaridad entre los participantes.
- 7) Aumentar la cooperación entre niños y maestros.
- 8) Facilitar la comprensión de las materias del ciclo cursado, por la dramatización de historietas y temas educativos.

Lo antes mencionado puede extenderse a otro nivel de educación, puesto que el Psicodrama ayuda a profundizar en el aprendizaje de aquellas materias donde es posible la interacción y dramatización (literatura e historia); así como en las abstractas (álgebra y geometría), entre otras (Ramírez, 1987).

“El Psicodrama pedagógico es un método complementario utilizado tradicionalmente en la educación. Promueve la integración entre el acto, la palabra y la presentación del conocimiento. Las dramatizaciones o recursos dramáticos; son trabajos abreviados con gran poder de síntesis. Se pueden utilizar con todo el grupo y en un tiempo breve” (Noseda, E. S/F, p. 14 ).

El aprendizaje por medio de Psicodrama Pedagógico involucra a todo el grupo, incluyendo a aquellos que en apariencia estuvieron pasivos (observadores) porque desde su lugar se logra tener el conocimiento al verlo reflejado en el otro; asimismo se favorece la experiencia y el aprendizaje porque brinda una dimensión temporal (pasado - presente - futuro), que se puede adaptar al tema que se está trabajando (Romaña, 1991).

Por lo anterior se puede decir, que el Psicodrama brinda la oportunidad de aprender aún mostrándose en un papel pasivo; porque el nivel de involucramiento es extraordinariamente alto. Favorece la interacción en situaciones simuladas lo que permiten ensayar soluciones de problemas identificando el conflicto real y con ello favorece en el individuo el desarrollo de sus habilidades y capacidades. Por otro lado, ayuda a disminuir la ansiedad que se originan por la asimilación de nuevas estructuras de conocimiento; también se logra aclarar la propia escala de valores generando el autocontrol a través del propio conocimiento al tener mayor conciencia de sus sentimientos, pensamientos y acciones. Asimismo, genera en el individuo motivación para la creación (Hawley, 1981).

Lo anterior demuestra que mediante un método de aprendizaje activo el individuo logra una mayor confianza en sí mismo y lo ayuda a tener conciencia frente a sus conductas y actitudes; favoreciendo con ello su interacción en la sociedad.

### **3.5 EL PSICODRAMA EN EL AULA**

Cuando se trabaja con Psicodrama Pedagógico es importante definir el tema a tratar, contar con un programa a seguir, el cual especifique la manera en que será abordada la información, sin que ello ocasione perder la espontaneidad al responder ante una situación preestablecida; también es necesario considerar las demandas del grupo. El Director irá preparando al grupo para la acción a través de comentarios teóricos y/o una revisión de las sesiones anteriores, para disminuir la ansiedad y temores del grupo. Las funciones que

ejercer Director son las habituales; es decir, prepara a los participantes para la acción, por medio del caldeamiento, detecta al protagonista, organiza la secuencia con la que se desarrolla el tema, identifica los posibles roles a jugar, indico las consignas a los yo auxiliares y coordinará los comentarios posteriores a la dramatización. Al final mencionará el material didáctico con el que se ha trabajado (Winkler, J. y Sánchez Ma., 1994).

Moreno (1961) sugirió que el Director además debe ser un apuntador, narrador, comentarador o anunciador de acontecimientos. Según Moccio (1968) la función del Director (educador) es: 1) Transmitir el conocimiento y 2) Favorecer y provocar las rupturas de conocimientos previos, eliminando los estereotipos y permitiendo que surjan nuevas respuestas que ayuden a conformar la realidad; para ello, es necesario trabajar con las ansiedades que surgen ante el derrumbe de los conocimientos anteriores y la adquisición de los nuevos (Martínez, Moccio y Pavlosky, 1991).

El protagonista (alumno), no será siempre el que más sabe, el que más estudia o el más competitivo; si no será aquel que a través de sus intervenciones verbales o corporales aporte expectativas que engloben las del grupo. El profesor marcará los cambios o adecuaciones necesarias y brindará la posibilidad de que otros integrantes del grupo experimenten una determinada situación para que puedan ensayar sus respuestas y después llevarlas a un plano real.

La audiencia estará conformada por alumnos que no intervengan directamente en la dramatización pero deberán estar atentos a todo lo acontecido en el escenario. Los “yo - auxiliares” desempeñaran papeles específicos sin que esto limite el que puedan desempeñar su creatividad en sus roles durante la acción (Winkler, J. et al, 1994 ).

Con relación al escenario es importante contar con una delimitación física dentro del salón de clase; en este espacio todo será “como sí sucediera realmente”. Los alumnos ahí jugarán innumerables roles en infinitas situaciones, presentadas entre la fantasía y la realidad; el conocimiento tomará mil formas. El escenario se marca con gis y se recomienda que los bancos sean colocados en semicírculo para que la acción sea al frente. Es aconsejable que una vez elegido un espacio se mantenga siempre el mismo para evitar confusiones. (Idem, 1994 ).

### 3.6 TÉCNICAS SUGERIDAS EN PSICODRAMA PEDAGÓGICO

Las técnicas Psicodramáticas usadas en el campo de la pedagogía según (Romaña, 1991), son: **inversión o cambio de roles, soliloquio e interpolación de resistencias.**

**LA INVERSIÓN DE ROLES:** consiste en que el protagonista desempeñe un intercambio con otros roles donde tenga la oportunidad de verse y sentirse desde esos diferentes lugares y así lograr una mejor comprensión.

**EL SOLILOQUIO:** se solicita al protagonista y en ocasiones a los diversos personajes de una escena a que hablen como si pensarán en voz alta, o hagan exclamaciones que permitan percibir mejor sus pensamientos, sensaciones y sentimientos aún cuando estos fueran contrarios a su desempeño de ese momento. El monólogo no es dirigido a algún personaje y no requiere respuesta.

**LA INTERPOLACIÓN DE RESISTENCIAS:** la escena se altera sin previa planificación; su objetivo es la búsqueda de nuevas alternativas y la des-estructuración brusca de una relación estereotipada.

Martínez et al. 1991, sugieren la utilización del rol - playing en el ámbito educativo, porque esta técnica le permite al individuo desempeñar varios roles mientras que va incorporando la información y además puede ensayar conductas, repetirlas, corregirlas y pulirlas.

Se ha observado que entre más se ensaye un determinado rol se tendrá el dominio frente a lo nuevo. Entonces el rol - playing es un facilitador en el entrenamiento de experiencias futuras; así como, el rol que un individuo enfrentará ante una situación.

Bello (1996) agregó otras técnicas como son: **el doble, el espejo, la concretización, y la maximización.**

**DOBLE:** es cuando “él yo auxiliar” hace o dice lo que el protagonista no puede decir por sí mismo.

**ESPEJO:** Él “yo auxiliar” le devuelve al protagonista una imagen de sí mismo.

**MAXIMIZACIÓN:** el Director lleva al máximo la expresión afectiva del protagonista en una escena.

**CONCRETIZACION:** el Director localiza una situación específica y evita desviarse del objetivo.

Para que el objetivo planeado se logre a través de Psicodrama Pedagógico, es importante que tanto el coordinador como el grupo se permitan ser espontáneos y creativos.

### **3. 7 EL PSICODRAMA COMO MEDIO DE INTERVENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL SIDA.**

Algunas de las estrategias que se han implementado para que los jóvenes adquieran conductas preventivas, son mediante la utilización de expresiones artísticas. Se ha visto que por este medio es más fácil que asuman conductas responsables e inclusive que sean transmitidas a otros.

La Universidad de Knut-Kleop de Bergen Noruega , capacitaron a maestros y trabajadores de la salud en dos regiones en Tanzania para que promovieran en estudiantes de secundaria el auto cuidado después de haber participado en un programa de control del SIDA; donde como técnica escribió dramatizaciones en las que trataban de convencer a los demás acerca de los riesgos del VIH mostrando algunas habilidades de negociación para solicitar el uso del condón a la pareja y llevar a cabo otras medidas preventivas. También escribieron canciones, dramas y poemas acerca de cómo las personas de su misma edad pueden protegerse a sí mismos. En esta misma comunidad se trabajó mediante la elaboración de carteles donde se muestran que debe realizarse para evitar el contagio por el VIH (“Acción en SIDA”, 1995).

En Sao Paulo, Brasil se han desarrollado talleres dirigidos a adolescentes y adultos jóvenes; durante las sesiones se ha trabajado lo siguiente: 1) identificar y confrontar los miedos con relación al VIH/SIDA considerando los diferentes estilos de vida de las personas, 2) aprender sobre anticoncepción y reproducción; a través, del diseño de genitales y aparatos reproductor masculino y femenino con plastilina; de esta manera se explica como el VIH puede pasar de una persona a otra, 3) se hace énfasis en las prácticas de sexo seguro y sexo protegido. Se explica el uso del condón en grupos pequeños, donde se sugiere prácticas sexuales donde disminuye el riesgo. Se juega con condones para que aprender como colocarlo correctamente, utilizando pepinos, 4) Se practican habilidades de comunicación jugando roles que ayudan a desarrollar estrategias en el ejercicio de una actividad sexual segura y el uso del condón (Idem, 1995).

Asimismo en Zambia 1993, desarrollaron una campaña preventiva dirigida a jóvenes a través de una radiodifusora en un programa musical; donde se les informa acerca del VIH, ITS y temas de sexualidad. El programa se transmite durante cuarenta y cinco minutos todos los sábados por la mañana, en el se incluye información acerca del uso del condón; durante el programa se realizan concursos de preguntas sobre SIDA para quienes llaman por teléfono y se realizan entrevistas con jóvenes VIH-positivos (Idem, 1995).

En Brasil con las niñas y adolescentes que se dedican a la prostitución se ha promovido la prevención a través de llevar a cabo dramatizaciones donde algunas adopten el papel de cliente y otras de ellas mismas. Estas representaciones se presentan en el teatro, en las calles y en burdeles; dicha estrategia ha logrado excelentes resultados (Idem, 1995).

Con base a lo anterior el presente trabajo buscó brindar una alternativa a los programas preventivos en las que se involucre directamente a los participantes; a través, del juego donde se puedan experimentar situaciones de riesgo y de esta manera percibir la propia vulnerabilidad, enfrentar el miedo y el temor que implica contraer una enfermedad incurable. Por otro lado, se trabajo con la inhibición ante aspectos de sexualidad que impiden que se lleven a cabo conductas preventivas; buscando modificar las actitudes que se tienen frente a este padecimiento.

Para enfrentar la crisis que vive la sociedad con VIH, es fundamental que se establezcan cambios en la educación sexual; donde se promueva la aceptación de la sexualidad, creando nuevos caminos para abordar su aprendizaje y brindar así la posibilidad de hacer consciente el riesgo, disminuyendo los sentimientos de vergüenza y culpa, ante esta. Una vez que se logre ver la sexualidad como una expresión natural en la vida del hombre se podrá adquirir patrones que promuevan la salud a través de la prevención.



## **CAPITULO IV**

### **METODOLOGIA**

#### **4.1 OBJETIVO:**

Se analizó si había diferencias entre la enseñanza tradicional y la utilización de técnicas Psicodramáticas como una herramienta pedagógica con respecto a la modificación de conocimientos, creencias y actitudes sobre el VIH/SIDA y el uso del condón.

#### **4.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Existen diferencias entre la enseñanza tradicional y la utilización de técnicas Psicodramáticas con relación a la modificación de conocimientos, creencias y actitudes sobre el VIH/SIDA y el uso del condón?

#### **4.3 JUSTIFICACIÓN:**

El número de personas contagiadas por el Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA) aumenta diariamente, siendo un problema de salud en todo el mundo. Una de las alternativas para controlar su expansión es a través del desarrollo de programas preventivos dirigidos a la población adolescente porque se ha observado que en su mayoría el contagio se presentó en esta etapa. El 80% de los casos detectados con síntomas se han encontrado entre los 15 a 44 años de edad y considerando el período de incubación del (VIH) es entre 5 y 10 años (Díaz, Flores, Rivera, et al. 1991).

El sólo conocimiento no es suficiente para asumir conductas de auto cuidado y prevención para la salud; se han desarrollado diversas campañas informativas y preventivas a través de los diversos medios de comunicación y no se ha obtenido el impacto ni los resultados esperados. Los programas preventivos requieren tomar en cuenta la estructura psíquica del adolescente, su locus de control, su asertividad y la jerarquía de sus valores; porque de ellos depende su interacción social (Villagran y Díaz, 1992).

La utilización de técnicas Psicodramáticas en la educación facilita el proceso de enseñanza – aprendizaje porque además de transmitir conocimientos básicos se pueden abordar aspectos emocionales relacionados con la propia vivencia y de esta manera se favorece la modificación de creencias y actitudes; logrando que se viva y comprenda mejor la problemática.

#### **4.4 HIPOTESIS:**

**Hi:** Existen diferencias entre la enseñanza tradicional y el Psicodrama Pedagógico para la modificación de conocimientos, creencias y actitudes con relación al VIH/SIDA y el uso del condón.

**Ho:** No existen diferencias entre la enseñanza tradicional y el Psicodrama Pedagógico para la modificación de conocimientos, creencias y actitudes con relación al VIH/SIDA y el uso del condón.

#### **4.5 VARIABLES:**

**V.D.** Conocimientos, creencias y actitudes sobre el VIH/SIDA y el uso del condón.

**V.I.** El método Psicodramático aplicado en la educación en el ámbito preventivo.

##### **4.5.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

#### ***V.D. CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES SOBRE EL SIDA Y EL CONDÓN.***

#### **CONOCIMIENTOS HACIA EL VIH/SIDA.**

Es el brindar una explicación sobre qué es el VIH/ SIDA, las principales vías de transmisión, el describir el desarrollo de la enfermedad; el identificar las diferentes conductas sexuales y no sexuales de mayor riesgo; así mismo desmitificar la información que no está totalmente documentada sobre la transmisión (Díaz et al, 1992).

## **CREENCIAS HACIA EL VIH/SIDA.**

“Están fuertemente enlazadas con las creencias de tipo moral, por la búsqueda de culpables y la marginación de un grupo al que se le considera **transmisor premeditado de un mal**. En los inicios de la enfermedad se creía que se trataba de un castigo colectivo por la permisividad sexual general y castigo individual por el ejercicio de una sexualidad irresponsable” (Alfaro, 1995, p.19).

## **ACTITUDES HACIA EL VIH/SIDA.**

Es una enfermedad que evoca una asociación con sexo, sangre, drogas y muerte; hay rechazo hacia los enfermos y a la enfermedad que se manifiesta a través de reacciones antisociales, que va desde la indiferencia hasta la hostilidad (Flores, Díaz, 1992 y Villagrán 1993 y Alfaro, 1995).

## **CONOCIMIENTOS, CREENCIA Y ACTITUDES HACIA EL CONDON.**

Se explora si se le conoce y se puede explicar su adecuado uso. Asimismo, se evalúan las creencias y actitudes que se tienen respecto a su utilización en situaciones de mayor y menor riesgo (Díaz et al).

### ***V.I. EL MÉTODO PSICODRAMÁTICO APLICADO EN LA EDUCACIÓN EN EL ÁMBITO PREVENTIVO.***

#### **MÉTODO PSICODRAMÁTICO:**

“El Psicodrama es educativo en el sentido primario de la palabra –educrece; puesto que hace surgir y desarrollar las potencialidades de quienes lo practican, con el fin de que puedan enfrentar con espontaneidad las situaciones de la vida según su edad y las circunstancias ambientales en que se encuentren; además es preventivo porque puede prever lo que acontecerá en una determinada situación” (Moreno 1974).

El Psicodrama Pedagógico promueve el conocimiento de manera activa y de cooperación; porque “Educar”, significa ir más allá de la información; puesto que el educando no solamente tiene los conocimientos de manera racional, estos son asociados con las emociones y permiten una respuesta más adecuada a las necesidades del individuo (Idem, 1974).

#### **4.5.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

##### ***V.D. CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES SOBRE EL SIDA Y EL CONDÓN.***

##### **CONOCIMIENTOS HACIA EL VIH/SIDA.**

La información que se tienen con respecto al VIH/SIDA; haciendo referencia, que se trata de una enfermedad incurable que destruye las defensas del organismo y que sus vías de transmisión son: sexual, sanguínea y perinatal.

##### **CREENCIAS HACIA EL VIH/SIDA.**

Identificar quienes están en riesgo de contraer VIH/SIDA reconociendo las conductas sexuales y no sexuales de mayor riesgo.

##### **ACTITUDES HACIA EL VIH/SIDA.**

La manera de responder frente a la enfermedad hacia quien la padece; también es la reacción y la conducta que se presenta ante las necesidades de prevención para el cuidado de la salud.

##### **CONOCIMIENTOS, CREENCIA Y ACTITUDES HACIA EL CONDON.**

El conocer y pensar que su uso es un medio seguro para prevenir el contagio de VIH/SIDA incluye las situaciones de alto riesgo y por lo tanto estar dispuesto a utilizarlo durante la relación sexual para protección personal como para los demás. .

##### ***V.I. EL MÉTODO PSICODRAMÁTICO APLICADO EN LA EDUCACIÓN EN EL ÁMBITO PREVENTIVO.***

##### **MÉTODO PSICODRAMÁTICO:**

Es una herramienta útil cuando se utiliza en la enseñanza; porque, a través de este el aprendizaje se presenta de manera activa y participativa tanto en el instructor como en el alumno; facilita la adquisición del conocimiento y además brinda la posibilidad de la auto-reflexión.

#### **4.6 DISEÑO**

Se trabajo con un diseño experimental de tipo factorial simple de 2 x 2; para lo cual se contó con un grupo Control y uno grupo Experimental; donde la Variable Independiente (conocimientos, creencias y actitudes que se tenían sobre VIH/SIDA y uso del condón) fue medida antes y después de haber recibido un curso al respecto. En el grupo Control el curso se impartió mediante una enseñanza tradicional y en el grupo Experimental fue a través de Psicodrama Pedagógico.

#### **4.7 MUESTRA:**

Se trabajó con una muestra probabilística por racimos; en una Universidad Privada de la zona sur, donde participó un grupo de 26 estudiantes del primer semestre de Licenciatura de tronco común, de las carreras de Derecho, Comunicación, Diseño Gráfico y Psicología; cuya edad fluctuó entre los 18 a los 21 años. Los integrantes del grupo fueron asignados en dos subgrupos (Control y Experimental), los cuales se distribuyeron de manera aleatoria previo a la elaboración de una lista por género; donde cada elemento tuvo la misma oportunidad de pertenecer a uno u otro grupo. Cada grupo quedo conformado homogéneamente, de la siguiente manera: 13 miembros, 8 mujeres y 5 hombres respectivamente. Una vez formados los grupos se decidieron al azar cual sería el grupo Control y cual el grupo Experimental.

#### **4.8 ESCENARIO:**

Se trabajó en un salón de clase con iluminación y ventilación adecuada, con pupitres movibles; de una Universidad privada de la zona Sur.

#### **4.9 MATERIALES:**

Los dos grupos contaron con un salón amplio, sillas, pizarrón, gises, y rota-folio con material didáctico previamente elaborado sobre la información que se abordó, hojas blancas, bolígrafos. En el grupo experimental además se utilizaron diversos materiales, tales como; cartulinas, papel de diversos colores, colores de madera, acuarelas, plumones, resistol, tijeras, estambre y revistas.

#### **4.10 INSTRUMENTO:**

Se aplicó una encuesta, elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA) Villagran y Díaz, 1992, p.36. Es auto-aplicable y explora aspectos como: 1) conocimientos, creencias y actitudes sobre el VIH/SIDA y el uso del condón, 2) conducta sexual y 3) otras prácticas o conductas relacionadas con el riesgo de contagio por VIH (Díaz et al, 1991, p. 87). Este instrumento fue piloteado en 100 estudiantes de tercer grado de la Facultad de Psicología de la UNAM. Posteriormente se aplicó a 3064 estudiantes de 25 carreras de la UNAM; considerando a los primeros semestres, los semestres intermedios y los semestres finales. La muestra estuvo distribuida de la siguiente manera; 1513 (49.4%) hombres y 1551 (60.6%) mujeres con una edad promedio de 22 años (Villagran y Díaz., 1992), (ver anexo 1).

Para fines de la investigación se hizo una adaptación del instrumento seleccionándose algunos reactivos, quedo conformado por 48 preguntas, las cuales se distribuyeron en las siguientes secciones: a) Datos generales, b) Vida sexual, c) Conocimientos, creencias y actitudes hacía el VIH/SIDA, d) Identificación de prácticas de alto, bajo o nulo riesgo de contraer VIH/SIDA y e) Conocimientos y actitudes hacía el uso del condón (ver anexo 2).

#### **4.11 PROCEDIMIENTO:**

Se invitó a participar en un curso sobre VIH/SIDA a un grupo de licenciatura de una Universidad privada de la zona Sur, del primer semestre; a partir de este se conformaron dos subgrupos (Control y Experimental), se les aplicó la encuesta elaborada por (OMS y CONASIDA); la cual evaluó los conocimientos, creencias y actitudes sobre el SIDA; con la finalidad de determinar la base del conocimiento con que contaban los participantes.

Posteriormente se impartió en ambos subgrupos el curso-taller sobre prevención en VIH/SIDA; con una duración de una hora y media durante cinco días consecutivos. Los temas presentados y la secuencia en que se presentaron fue la misma en los dos; sin embargo, la manera de abordar los temas fue diferente. En el grupo Control la información transmitida fue con un modelo de enseñanza tradicional; se contó con un instructor quien impartió las clases utilizando materiales didácticos como son: pizarrón y rota-folio.

En el grupo experimental, se utilizó el Psicodrama Pedagógico, donde el conocimiento se relacionó con las emociones. Los participantes interactuaron de manera directa e interactiva entre ellos y con el instructor (ver anexo 3).

Al finalizar el curso se volvió a aplicar el cuestionario para identificar si se habían modificado el conocimiento sobre VIH/SIDA, entre los dos tipos de enseñanza. Para el análisis de resultados se utilizó el paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 6. Para conocer las diferencias entre PRE y Postes Tes. en los grupo Control y Experimental se aplicaron tablas de contingencia a través del análisis CROSSTABS, obteniéndose la Chi cuadrada al .05 de significan Cía.; para determinar si se acepta o rechaza la hipótesis de investigación. Asimismo se conoció en nivel de correlación a través de la prueba de Correlación de “t” de Student y de esta manera determinar si se acepta o rechaza la hipótesis de investigación.

## **CAPITULO V**

### **RESULTADOS**

El presente estudio tuvo como objetivo el comparar dos métodos de enseñanza, el tradicional y el Psicodrama Pedagógico en el campo de la prevención. Se contó con la participación de un grupo de estudiantes del primer semestre de tronco común de las licenciaturas de Diseño Gráfico, Psicología, Derecho y Comunicación. Se conformaron dos subgrupos, donde la distribución se dio al azar de manera equitativa; se contó con el mismo número de mujeres y hombres en ambos. Una vez conformados los grupos se determinó al azar el grupo control y el experimental.

La muestra presentó las siguientes características; el 62% de ellos fueron del sexo femenino y el 38% del sexo masculino. Su edad osciló entre los 18 a 20 años, pero el 65% tenía 19 años de edad.

Se encontró que el 77% tienen como única ocupación estudiar; mientras que el 23% estudia y trabaja. Se observó que en su mayoría aun son dependientes del medio familiar, puesto que el 77% viven con ambos padres, el 19% viven solo con la madre y el resto con algún familiar.

La edad de ambos padres fluctúa entre los cuarenta; el 27% de los padres cuentan con un nivel profesional, el 34% con un nivel medio superior y/o carrera técnica; mientras que el 27% de las madres tienen un nivel técnico y el 19% alguna licenciatura.

El 50% de los padres ejercen su profesión, el resto cuentan con un negocio propio o son comerciantes. En el caso de la madre el 65% se dedican al hogar, el 12% desempeñan un trabajo técnico y solo el 4% ejercen su profesión. Con respecto al lugar que ocupan entre los hermanos; el 35% son hijos intermedios, el 31% son primogénitos y el 31% son hijos últimos.



Cuando se exploró los patrones de conducta sexual, el 46% reportó haber tenido relaciones sexuales, de los cuales el 30% dicen que su primera relación sexual fue durante los 17 y 18 años. El 31% cuenta con una pareja sexual regular y el 15% no tiene pareja sexual. Con relación al número de parejas sexuales, el 14% mencionó que tiene una sola pareja sexual y el 32% tienen dos o más parejas. Cuando tienen relaciones sexuales el 35% usa condón, el 8% no lo utiliza y el 3% lo usa a veces. También dijeron no utilizar drogas cuando tienen relaciones sexuales; aunque el 8% reconoce haber consumido bebidas alcohólicas.

Por otro lado; se determinó el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA que tenían los dos grupos antes del curso; para ello se realizó una primera evaluación a través del cuestionario elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA). El análisis de datos fue a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 6. Se encontró que ambos grupos tenían conocimientos básicos y la información que manejaban era similar. El promedio de calificación para cada grupo fue de 6.2, después se les impartió un curso sobre VIH/SIDA; las temáticas desarrolladas fueron las mismas en ambos grupos y posteriormente se volvió a evaluar. Se encontró que hubo un incremento en los conocimientos en los dos grupos, siendo mayor en donde se aplicó el Psicodrama Pedagógico. El grupo con enseñanza tradicional obtuvo un promedio de 6.8; mientras que en el grupo donde se trabajó con técnicas Psicodramáticas fue de 7.8 (ver anexo 4, tabla 1).

Se realizó un análisis de cada reactivo para determinar las diferencias antes y después en el grupo Experimental y en el grupo Control, con relación a la enseñanza tradicional y al Psicodrama Pedagógico. En la pregunta que explora conocimientos generales del VIH/SIDA se encontró que antes del curso en ambos grupos la respuesta que en su mayoría dijo fue, ***“es una enfermedad de transmisión sexual, para la cual no hay cura”***. Solo el 23.6% refirió que es un virus que ataca al sistema inmunológico; con una  $t = 2.22$  y una  $X^2 = 0.32$ . Después del curso las respuestas fueron más elaboradas e incluyen aspectos que se mencionaron durante el curso.

El 84.6% del grupo que trabajo con Psicodrama y el 61.6% del grupo sin Psicodrama, refirieron que es un “*virus que ataca al sistema inmunológico, debilita, destruye y evita que se creen nuevas defensas dejando al organismo desprotegido*”; se obtuvo una  $t = 4.78$  y una  $X^2 = 0.18$ . Por los resultados obtenidos se puede decir que el aprendizaje tiende a ser más significativo cuando hay una participación activa; aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos (ver anexo 4, tabla 2).

Se observó antes del curso que los participantes reconocían las vías de contagio; y diferenciaban las situaciones que no presentan riesgo como son: nadar en albercas y usar baños públicos, después del curso no mostraron modificación. Lo mismo ocurrió con las preguntas referentes al número de parejas sexuales, el tipo de práctica sexual y la orientación sexual; es decir, antes del curso existía el conocimiento de que entre mayor sea el número de parejas sexuales la posibilidad de contagio aumenta; asimismo, identificaron que la práctica de mayor riesgo es la penetración anal la cual es asociada a la orientación homosexual.

En cuanto a los reactivos relacionados a las creencias y actitudes con relación al VIH/SIDA y el uso del condón se encontraron cambios favorables después del curso, siendo más notorios en el grupo donde se trabajo con técnicas Psicodramaticas. A continuación se presentan las preguntas donde se observaron diferencias.

Se encontró que antes del curso existía la creencia de contagio cuando se jugaba con un niño que vive con VIH/SIDA. En el grupo sin Psicodrama el 92.3% lo creía y en el grupo con Psicodrama el 100%; con una  $t = 0.96$  y una  $X^2 = 0.32$ .

Después del curso este temor disminuyó; en el grupo sin Psicodrama, el 7.7% continuó creyendo que existe riesgo de contagio al jugar con un niño que vive con VIH/SIDA; mientras en el grupo con Psicodrama el temor desapareció; se obtuvo una  $t = 0.96$  y una  $X^2 = 0.32$ ; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos (ver anexo 4, tabla 3).

Antes del curso se creía que había riesgo de contagio de VIH/SIDA al donar sangre. En el grupo que se trabajó sin Psicodrama el 69.2% lo dijeron y en el grupo que se trabajó con Psicodrama el 76.9%, con una  $t = 0.19$  y una  $X^2 = 0.65$ , después del curso el donar sangre es visto como una práctica de mediano riesgo. El grupo Experimental logró tener una percepción similar con el grupo Control (38.5%) a pesar de que había mayor temor al inicio; se obtuvo una  $r = 0.00$  (no-correlación) y una  $X^2 = 1.00$ ; ambos grupos identificaron que el donar sangre es de bajo riesgo de contagio; por lo tanto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos (ver anexo 4, tabla 4).

Asimismo antes del curso se creía que había riesgo de contagio de VIH/SIDA, al recibir una transfusión sanguínea. En el grupo sin Psicodrama el 61.5% lo pensaba y en el grupo con Psicodrama el 84.6%; se obtuvo una  $t = 1.81$  y una  $X^2 = 0.40$ . Después del curso disminuyó el temor en ambos grupos; siendo más notorio en el grupo que se trabajó con aproximación vivencial. En el grupo sin Psicodrama el 46.2% lo continuó creyendo y en el grupo que se trabajó con Psicodrama fue de 38.5%, con una  $t = 0.15$  y una  $X^2 = 0.69$  (ver anexo 4, tabla 5).

La conducta homosexual es considerada como una práctica de riesgo aun si se tiene una pareja sexual. Antes del curso en el grupo sin Psicodrama el 69.2% lo creía y en el grupo con Psicodrama el 61.5%; se obtuvo una  $t = 0.16$  y una  $X^2 = 0.68$ . Después del curso esta creencia se incrementó en el grupo sin Psicodrama, el 84.6% lo creyó; sin embargo, en el grupo con Psicodrama disminuyó y el 53.8% continuó considerándolo como riesgo, con una  $t = 3.52$  y una  $X^2 = 0.17$  (ver anexo 4, tabla 6).

Al indagar cuál era la creencia del propio riesgo de contagio de VIH/SIDA, en ambos grupos antes del curso era de 61.5%; con una  $t = 0.00$  y una  $X^2 = 1.00$ ; después del curso esta creencia aumentó en el grupo sin Psicodrama al 69.2%; sin embargo, en el grupo con Psicodrama disminuyó y el 53.8% consideraron que pueden estar en riesgo; probablemente porque el nivel de conciencia aumentó y se favoreció el conservar la salud a través de llevar a cabo medidas preventivas, se obtuvo una  $t = 0.65$  y una  $X^2 = 0.420$  (ver anexo 4, tabla 7).

Se observó temor ante el uso del condón en ambos grupos antes del curso; el 23.1% pensaban que este podía quedarse dentro de la matriz; se obtuvo una  $t = 1.20$  y una  $X^2 = 0.54$ ; después del curso esta creencia se reafirmó e incrementó en el grupo sin Psicodrama el 61.5% lo pensaba; sin embargo, en el grupo con Psicodrama dicha creencia se modificó y solo el 15.4% creyó que había riesgo de que el condón se quede dentro de la matriz; se obtuvo una  $t = 5.85$  y una  $X^2 = 0.01$ ; por lo tanto, hay diferencias estadísticamente significativas en las creencias y actitudes ante el uso del condón, siendo favorables en el grupo donde se trabajó con una aproximación vivencial (ver anexo 4, tabla 8).

En los dos grupos antes del curso se creía que las relaciones sexuales son menos satisfactorias cuando se utiliza el condón. En el grupo sin Psicodrama el 76.9% lo dijo y en el grupo con Psicodrama el 53.8%; con una  $t = 1.72$  y una  $X^2 = 0.42$ ; después del curso esta creencia se incrementó en el grupo sin Psicodrama al 92.3%. En el grupo con Psicodrama disminuyó y el 46.2% lo creyó; mientras que el 53.8% reconoció que el uso del condón no interfiere en las relaciones sexuales inclusive puede haber mayor satisfacción al sentirse protegidos; se obtuvo una  $t = 6.50$  y una  $X^2 = 0.01$ ; por lo tanto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las creencias y actitudes ante el uso del condón después de haber participado en un curso donde se trabajó con y sin aproximación vivencial (ver anexo 4, tabla 9).

Antes del curso el 61.5% de ambos grupos creían que existía riesgo de contagio de VIH/SIDA, cuando se tienen relaciones sexuales con una persona que se inyecta drogas aún cuando se use condón. Por lo tanto los dos grupos tienen una correlación igual a cero,  $t = 0.00$  y una  $X^2 = 1.00$ .

Después del curso en el grupo sin Psicodrama se incrementó esta creencia al 92.3% y en el grupo con Psicodrama disminuyó y el 38.5%; considero que existía riesgo; mientras que en este grupo el 61.5% creyó que el condón es un medio seguro para evitar el contagio de VIH/SIDA se obtuvo una  $t = 8.32$  y una  $X^2 = 0.00$ ; por lo tanto se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de enseñanza; puesto que, después del curso se observaron respuestas favorables cuando se trabajó de manera vivencial (ver anexo 4, tabla 10).

Así mismo, antes del curso se creía que el condón no es un medio seguro para prevenir el contagio del VIH/SIDA cuando se tienen relaciones sexuales con una pareja ocasional. En el grupo sin Psicodrama el 92.3% lo creía y en el grupo con Psicodrama el 69.2% lo menciona; con una  $t = 3.00$  y una  $X^2 = 0.22$ . Después del curso esta creencia se modificó y en el grupo con Psicodrama el temor al contagio disminuye y el 15.4% lo considera; por lo tanto el 84.6% dijo tener confianza al condón. En el grupo sin Psicodrama el 84.6% creyó que el condón no es un medio seguro para prevenir el contagio; se obtuvo una  $t = 12.46$  y una  $X^2 = 0.00$ ; por lo tanto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al uso del condón (ver anexo 4, tabla 11).

Cuando se exploró las creencias y actitudes con relación a la eficacia del uso del condón, se encontró, que antes del curso se creía que había riesgo de contagio al tener relaciones sexuales con alguien que tiene VIH/SIDA, aun usando condón. En el grupo con Psicodrama el 84.6% lo dijo y en el grupo sin Psicodrama el 76.9% lo mencionó; con una  $t = 0.25$  y una  $X^2 = 0.88$ ; sin embargo, después del curso esta creencia se modificó y en el grupo con Psicodrama el 15.4% lo creyó; por lo tanto, el 84.6% reconoció que no existía riesgo de contagio. Sin embargo, en el grupo sin Psicodrama el temor se incrementó y el 84.6% menciona que había riesgo de contagio, se obtuvo una  $t = 12.46$  y una  $X^2 = 0.00$ ; por lo tanto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos (ver anexo 4, tabla 12).

## 5.1 DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo principal comparar el método de enseñanza tradicional, con la utilización del método Psicodrama tico como una herramienta pedagógica en el ámbito de la prevención; puesto que en la formación de conocimientos intervienen factores tales como; valores, creencias y actitudes que son necesarios considerar si se quiere un cambio favorable en el comportamiento. Una manera de modificar estos es a través de un trabajo integral donde además de transmitir conocimientos se incluyan aspectos emocionales por medio de la propia vivencia. Una forma de lograrlo es utilizando técnicas Psicodrama ticas, que por su estructura metodológica favorece la aproximación del conocimiento a través de la experiencia.

Se ha observado que a pesar de las diversas campañas de prevención y la difusión que se ha dado a la epidemia de VIH/SIDA, el número de personas contagiadas aumenta diariamente aunque cuenten con la información y conozcan como pueden evitar el contagio. Los medios de comunicación crearon programas preventivos, los cuales se enfocaron principalmente en informar ¿Qué es el SIDA?; las vías de transmisión, resaltando la vía sexual como la de mayor riesgo; así mismo, se dio a conocer el uso adecuado del condón, por ser un medio eficaz para evitar el contagio. También se ha enfatizado en diferenciar las conductas de riesgo; sin embargo, es importante que los programas preventivos además de transmitir información consideren aspectos tales como: el psicosocial, psicoemocional y la experiencia de vida.

Diversas investigaciones han demostrado que la sola información sobre el SIDA no es suficiente para un cambio de conducta; pues además de los conocimientos se requiere de la percepción de riesgo de contagio, para que se puedan llevar a cabo conductas de protección y precaución para no adquirir la enfermedad. La estructura cognitiva se ve influida por dos factores principales: el miedo y la comprensión del riesgo; elementos básicos a considerar en los programas preventivos (Villagran, 1993).

Según Lawrence, (cit en Mejía 1995), para que la prevención sea efectiva la información debe acompañarse con el desarrollo de habilidades de una conducta específica; también es necesario que se incluyan aspectos psicológicos, sociales y culturales.

Se eligió trabajar con adolescentes por ser una población vulnerable; porque cuentan con poca información al respecto y que en ocasiones no preguntan por pena o para evitar evidenciar su práctica sexual. Se diseñó un curso preventivo sobre VIH/SIDA dirigido a adolescentes; donde se comparó la enseñanza tradicional con el método Psicodramático. Para lo cual se conformaron dos grupos en uno de ellos se trabajó de manera tradicional; es decir, los alumnos asumieron un papel pasivo – receptivo y los conocimientos se presentaron de manera verbal y escrita a través del pizarrón y hojas de rota folio. Mientras que en el otro grupo los alumnos tuvieron una participación activa y los conocimientos se relacionaron con las emociones (angustia, miedo, vergüenza, ansiedad etc.) que se generaron al abordar los temas referentes a las diferentes prácticas sexuales, número de parejas sexuales y el desarrollo de la enfermedad etc.

Al inicio del estudio se realizó una evaluación a través de una encuesta elaborada por la Organización Mundial de la Salud y el Consejo Nacional para la prevención del SIDA donde se observó que los participantes de ambos grupos contaban con los conocimientos básicos con respecto al VIH/SIDA. La calificación promedio que se obtuvo en los dos grupos fue de 6.2; así mismo, reconocieron que se trataba de una enfermedad para la que no se tiene cura y además ataca al sistema inmunológico y se transmite principalmente por vía sexual. También identificaron que el contagio puede darse por vía sanguínea y en un porcentaje menor por vía perinatal; se brinda menos importancia a esta última vía probablemente por tratarse de una situación más específica. Asimismo, identificaron las prácticas de mayor riesgo y reconocieron que la probabilidad de contagio aumenta cuando se tiene más de una pareja sexual. Con respecto al uso del condón dijeron conocerlo aunque en el momento de solicitarles explicaran su uso correcto no pudieron hacerlo

Después del curso se realizó una segunda evaluación con la misma encuesta y se encontró que los conocimientos se reafirmaron y se ampliaron en los dos grupos, siendo mayor en el grupo donde la información se asoció con un trabajo vivencial. La calificación promedio del grupo experimental fue de 7.8; mientras que en el grupo control fue de 6.8. En el grupo que se trabajó de manera vivencial hubo una mejor retención de los conocimientos.

En un análisis más detallado se observó que los reactivos que hacían referencia a las creencias y actitudes con relación al VIH/SIDA y uso del condón, se modificaron favorablemente en el grupo Experimental, mientras que en el grupo Control se mantuvieron. A continuación se presentan las preguntas en las que hubo cambios.

Los reactivos que se asocian a un aspecto más emocional muestran diferencias significativas después del curso en el grupo donde se trabajó con Psicodrama; porque a través de este se logró conducir paulatinamente al individuo a enfrentar sus temores con relación al VIH/SIDA, de tal manera que le permitió actuar prepositivamente en beneficio propio como de los demás. Las enfermedades infecto contagiosas e incurables provocan elevados índices de temor; como son conductas de rechazo que al no ser trabajadas de manera adecuada pueden provocar bloqueos y evitación a reconocer los riesgos y asumir medidas preventivas.

Antes del curso los participantes creían que había un alto riesgo de contagio al jugar con un niño que vive con el VIH/SIDA, aun conociendo las vías de transmisión. Durante el curso se enfatizó en remarcar las situaciones que representan alto, bajo o nulo riesgo; después del curso en el grupo que trabajó con Psicodrama reconoció que no hay riesgo de contagio al jugar con un niño que vive con VIH/SIDA; en el grupo Control un porcentaje menor dijo que existía temor al tener contacto y/o acercamiento físico con aquellas personas que tienen la enfermedad.

Cuando se informó que el virus del VIH/SIDA necesita estar alojado en un organismo vivo (célula), para sobrevivir; y aunque se ha encontrado en menor proporción en líquidos corporales tales como; saliva, sudor, lágrimas, orina, excremento y líquido cefalorraquídeo no representa riesgo de contagio porque el medio en que se encuentra es poco favorable para que sobreviva (Marchetti, Ortiz, Rodríguez y Salinas, 1993);



por lo tanto se puede afirmar que el VIH/SIDA no se transmite al platicar, dar la mano, besar, toser, estornudar, compartir utensilios de cocina, ropa de vestir y cama, utilizar la misma piscina o los mismos sanitarios; ni tampoco por picaduras de mosquitos, pulgas u otros insectos, o al alimentar y bañar a enfermos.

Las conductas y actitudes despertadas que se manifiestan frente a este padecimiento se mantienen aun cuando se sabe las vías de trasmisión en el grupo donde no se abordan las emociones generadas con la revisión de los temas.

Por otro lado el reactivo referente a la vía de trasmisión sanguínea se encontró que antes del curso existía temor de contagio al donar sangre. Después del curso el donar sangre es vista como una práctica de menor riesgo. Esta creencia se modificó al ampliar el conocimiento y resaltar que a partir del año 1986 (CONASIDA, 2004), hubo mayor control y medidas de seguridad tanto para donadores como para quienes recibían una transfusión sanguínea. En ambos grupos se observó una respuesta igual aun cuando en el grupo que trabajo con aproximación vivencial al inicio había mostrado mayor temor, se logró nivelar con el otro grupo.

Asimismo, se reconoce que las personas que utilizan drogas inyectables están en riesgo de contraer VIH/SIDA, porque suelen compartir jeringas sin conocer el estado de salud entre ellas y al estar bajo el efecto de sustancias tóxicas las medidas de cuidado y protección disminuyen o desaparecen quedando expuestos al contagio.

Cuando se detectaron casos de SIDA en personas que usan drogas “...se abrió un espacio para aquellas teorías que sostenían una suerte biológica punitiva, en las que el SIDA funcionaba como un castigo divino y el VIH como una especie de ángel exterminador de presuntos pecadores” (Cahn, et al ., 1992, p. 20). Es común que la sociedad señale a las personas que no se apegan a las normas.

## **CREENCIAS DE CONTAGIO CON RELACIÓN A LA PRÁCTICA SEXUAL Y AL NÚMERO DE PAREJAS.**

La sexualidad es asociada con sentimientos de vergüenza, culpa y prohibición; con la aparición del VIH/SIDA, se estigmatiza más esta expresión en el hombre ya que la principal vía de trasmisión es la sexual.

Antes del curso se observó que se identificaba como una práctica de mayor riesgo a la penetración anal la cual es asociada con la población homosexual. Ello se puede deber a que los primeros casos contagiados de VIH/SIDA que se presentaron fue en este grupo. Se creía que se trataba de una enfermedad exclusiva de este sector; después de varios estudios se logró explicar cómo se presenta el contagio identificando las vías de trasmisión.

En la actualidad se sabe que la penetración anal resulta ser la práctica de mayor riesgo, independiente de la orientación sexual que se tenga; puesto que la estructura fisiológica del ano no es adecuada para recibir un pene y es fácil que haya ruptura de tejidos siendo esto un medio idóneo para la entrada o salida del VIH/SIDA.

Se sabe que esta enfermedad no es exclusiva de una orientación sexual; sin embargo esta creencia persiste y resulta difícil modificarla. Se puede afirmar que el intercambio sexual con alguien del mismo sexo continuo siendo rechazado.

En el trabajo realizado se puede pensar que las personas al asumir un rol pasivo – receptivo al recibir la información con respecto al VIH/SIDA, puede generar temores por tratarse de una enfermedad incurable y esto paralizar al individuo bloqueándolo o evadiendo el problema. Sin embargo, cuando se vive de cerca el riesgo se logran reconocer e identificar los medios de protección y el temor disminuye. El individuo puede sentirse más seguro y protegido si lleva a cabo las recomendaciones y las medidas de protección. Según Villagran, (1993) el miedo que surge ante la percepción del contagio debe ser abordado con una visión dual; es decir, enfatizar sobre la pérdida de salud y lo que conlleva esto; pero sin que lo anterior resulte ser excesivo ya que si se llega a generar un temor y miedo elevado, puede provocar sentimientos de desesperanza provocando en el sujeto inactividad. Cuando un ser humano se encuentra en situaciones dolorosas o que amenazan su bienestar con frecuencia elige evadir las porque a través de ello logra disminuir su nivel de ansiedad.

## **CREENCIAS Y ACTITUDES ANTE EL USO DEL CONDÓN.**

Una forma de modificar la creencia y actitudes con relación al uso del condón ha sido a través de las campañas preventivas ya que estas han buscado modificar las costumbres y hábitos en la practica sexual; asimismo han promoviendo su uso, por ser una barrera protectora que ayuda a prevenir el contagio del VIH/SIDA al evitar el contacto con los fluidos sexuales; sin embargo, las creencias culturales y sociales poco favorables hacía la sexualidad en nuestra sociedad han propiciado una actitud desfavorable para su utilización.

En el estudio realizado se encontró que los participantes de ambos grupos dijeron haber oído hablar del condón al inicio del curso, pero cuando se les solicitó que explicaran el uso correcto de este, la mayoría hacía referencia a algunas de sus características.

Después del curso los participantes explicaron los pasos a seguir para la colocación del mismo; sin embargo, fue más notorio en el grupo donde el conocimiento se brindo de una manera interactiva; es decir, hubo mayor retención de la información por la interacción que se dio con el objeto de estudio, que cuando la explicación se brinda de manera verbal y gráficamente.

Por otro lado, se encontró que antes del curso existía temor ante el uso del condón, pues de creía que podría quedarse dentro de la matriz. Esta creencia se modificó notablemente después del curso en el grupo que trabajo con Psicodrama, pues se logro tener mayor confianza en este. Sin embargo, en el grupo donde se trabajo de manera tradicional continuo creyendo que existía riesgo.

Así mismo, creía que el uso del condón inhibe la sensibilidad durante la actividad sexual. Después del curso esta creencia se modificó radicalmente en el grupo con Psicodrama, pues dijeron que el condón puede ayudar a que la relación sexual sea más placentera; ello se puede deber a que la persona se saben y se siente protegido y permite mayor conciencia y se valora el costo beneficio entre el uso del condón y perder la salud.

En el reactivo referente al riesgo de contagio que existe al tener relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas y utiliza condón, antes del curso se creían que existía riesgo de contagio; después del curso el temor disminuyó; en el grupo experimental y el 38.5% lo siguió pensando; mientras que en el grupo control el temor se incremento al 92.3%. Cuando se explicaron las características del condón y se interactuó de manera directa en este a través de una aproximación vivencial, se logro una percepción favorable lo cual ayudo a que se le considere como un medio seguro y confiable. Asimismo, los participantes en el grupo control y en el experimental antes del curso, creían que una persona que tiene contacto heterosexual con una pareja ocasional, tiene mayor posibilidad de contraer VIH/SIDA, aun usando condón. Después del curso en el grupo control esta creencia se mantuvo, pero en el grupo que se trabajo con una aproximación vivencial la creencia se modificó notablemente; puesto que el 85% considero que el riesgo de contraer VIH/SIDA disminuye si se usa condón., lo cual nos muestra que el trabajo vivencial favorece a que exista mayor disposición para ser usado.

Cuando se preguntó a los participantes sobre el riesgo de contagio cuando se tienen relaciones sexuales con alguien que padece VIH/SIDA, aun usando condón; se observó que ambos grupos dudaron de la su eficacia antes del curso. Durante el curso se enfatizó en que es un medio seguro de protección; después del curso se encontró que en el grupo donde se trabajo a un nivel informativo se continuo dudando sobre su eficacia y en el grupo donde la información incluyó una aproximación vivencial, se le considero como un medio seguro que ayuda a prevenir el contagio del VIH/SIDA.

Aun que se reconoce que el condón es un medio adecuado de protección cuando se utiliza en parejas ocasionales o con la pareja estable y es de fácil adquisición; a veces se utiliza con poca frecuencia o no se usa, ello se debe a que el uso del condón no depende de los conocimientos generales que se tengan respecto a el y la manera de protección del SIDA. Según Villagran, (1993) intervienen otros factores psicosociales asociados a su uso; como son, las actitudes y creencias que se tengan ante este, así como la preocupación del contagio y la conciencia del propio riesgo que se tiene para a contraer SIDA.

Los mitos y temores que giran con respecto a la sexualidad y el condón son los que interfieren en su uso. Se logra observar que cuando estos miedos son trabajados desde el aspecto emocional disminuyen o desaparecen; no se logra tener el mismo impacto cuando se aborda desde el punto de vista intelectual, inclusive se corre el riesgo de reafirmarlos.

Con todo lo anterior se puede decir, que se logra tener creencias y actitudes favorables ante el uso del condón cuando la información se transmite de manera interactiva porque ayuda a que se tenga mayor conciencia y de esta manera se asuma una sexualidad responsable. La percepción de riesgo va relacionada con la identificación de la propia vulnerabilidad y favoreciendo la conciencia de la severidad del problema de salud que se tiene ante una enfermedad para la cual no hay cura. Se logran evaluar los beneficios ante el uso del condón para proteger la salud y tener un mayor control. El trabajo vivencia implica abordar las emociones y que la información que se transmite genera medidas de protección para la salud a través de ejercer una sexualidad responsable.

Con el Psicodrama se buscó enlazar la información con la vivencia, las emociones, y el pensamiento de esta manera se pueda vivir más de cerca el riesgo y sé de la oportunidad de explorar los miedos que existan con relación al SIDA y que estén interfieren en tener conciencia sobre la magnitud del problema; el que negarlos y reprimirlos incrementa la probabilidad de estar en riesgo. Las personas suelen reconocer las prácticas de riesgos en los demás pero no las propias; como una forma de no aceptar que se es vulnerable y como consecuencia de lo anterior no se llevan acabo las precauciones necesarias.

## 5.2 CONCLUSIONES

- El VIH/SIDA es un problema de salud multifactorial y como tal debe ser abordado; es necesario considerar aspectos sociales, culturales, políticos y emocionales; así como, la promoción de la salud, el auto cuidado y la prevención; puesto que es una forma eficaz para evitar la transmisión del VIH/SIDA.
- Los programas preventivos además de la información deben incluir aspectos fundamentales en el individuo como son: valores, creencias y actitudes relacionadas con la sexualidad, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA; para favorecer en la modificación de hábitos y costumbres en el ejercicio de la sexualidad.
- Las campañas y programas preventivos necesitan seguir trabajando con la población adolescente por sé un sector que esta en una etapa de cambio y se mueven por sus impulsos, porque buscando la satisfacción inmediata dejando a la suerte su salud al no valoraran el uso de medidas protectoras.
- Mediante el Psicodrama Pedagógico se busco brindar una alternativa en la prevención, ayudando a los jóvenes a explorar su sexualidad de una manera más natural, a través del juego para disminuir aquellas inhibiciones que obstaculicen el abordar esta temática; es un medio que promueve la reflexión sobre sus propias actitudes, sentimientos y comportamientos con relación al SIDA.
- Los programas deben asociarse a la causa – efecto; es decir, hacia la perdida de salud y comparar el costo – beneficio a largo plazo cuando se utilizan medidas de protección como es el condón.
- Los programas preventivos deben generar en el individuo concientización del problema sé salud que implica el VIH/SIDA a través de abordar aspectos emocionales (ansiedad, angustia, miedo, enojo etc.), para que ello no sea un elemento que obstaculice, paralice o reprima y no permita actuar en beneficio propio y de los demás.
- El aprendizaje tiende a ser más significativo cuando se tiene un acercamiento directo con el objeto de conocimiento; una manera de llevar a cabo una enseñanza activa es a través del Psicodrama Pedagógico.

- En el estudio realizado se observó que los participantes antes de recibir un curso sobre VIH/SIDA contaban con información general puesto que, identifican, las vías de transmisión, las prácticas sexuales de mayor riesgo; reconocían que el riesgo se incrementa con el número de parejas sexuales; lo que nos muestra que las campañas de prevención y los diversos medios de comunicación han logrado que las personas tengan conocimientos al respecto.
- Las creencias y actitudes son difíciles de modificar puesto que sus bases se establecen en el proceso de formación del individuo; sin embargo, una manera de lograrlo es a través del proceso de reeducación en el que se incluya la propia vivencia.
- Las creencias y actitudes referentes al VIH/SIDA son poco favorables antes del curso; sin embargo, después de este donde se trabajó de manera vivencial se ve modificada, aunque este no sucedió en el grupo que abordó la temática con una enseñanza tradicional. El Psicodrama permite aclarar la propia escala de valores favoreciendo el autocontrol a través del autoconocimiento, haciendo más consciente el patrón de sus sentimientos, pensamientos y acciones promoviendo y motivando a un cambio favorable.
- La prevención es efectiva cuando la información se acompaña con el desarrollo de habilidades; una forma de poder hacerlo es a través del Psicodrama porque se puede ensayar y asimilar nuevas estructuras de conocimiento; puesto que permite que el individuo desarrolle nuevos conceptos a través de la imaginación y el juego, su estructura metodológica favorece que el individuo viva de cerca su entorno inmediato promoviendo en él herramientas adecuadas que se pueden adaptar a su vida cotidiana.
- Los mitos y temores que giran con respecto a la sexualidad y el condón son los que interfieren en su uso. Cuando estos miedos son abordados desde el aspecto emocional disminuyen o desaparecen; sin embargo, no se logra tener el mismo impacto cuando se aborda desde el punto de vista intelectual; e inclusive se corre el riesgo de reafirmarlos.
- El Psicodrama favorece el abordar y aclarar aspectos emocionales que aparecen al tratar el tema del SIDA; asimismo disminuye la ansiedad al cambio que provoca la ruptura de conocimientos previos, eliminando estereotipos.

- Se logró tener creencias y actitudes favorables ante el uso del condón cuando la información se transmitió de manera interactiva; por que ayudó a generar mayor conciencia y de esta manera se logra asumir una sexualidad responsable.
- El Psicodrama es un medio por el cual una persona logra involucrarse en el desarrollo de hábitos positivos que promuevan su salud a través del ejercicio grupal; puesto que le brinda un soporte al compartir intereses, inquietudes y experiencias similares con otros. También promueve la educación a un nivel multidimensional, facilitando la comprensión del tema a tratar; aumentando la cohesión y solidaridad de los participantes.
- El trabajo vivencial favorece el adquirir conciencia asumiendo que se es vulnerable pero con una actitud propositiva guiada al auto cuidado donde se llevan a acabo conductas preventivas que ayuden a preservar la salud propia como la de los demás.



### **5.3 LIMITACIONES**

- Se debe contar con disposición en los participantes porque se requiere mayor participación e involucramiento; emocional, comportamental y corporal.
- El coordinador debe tener conocimientos básicos del Método Psicodramático para poder llevar a cabo la aplicación de este durante el curso.
- El coordinador del grupo debe ser lo suficientemente flexible y creativo para adaptarse a las diferentes situaciones, facilitando así el conocimiento.
- El coordinador debe tener una autoestima estable que le permita participar de manera segura y flexible con los participantes en la interacción continua con el objeto de estudio.
- El impartir un curso con esta metodología implica mayor gasto económico ya que se requiere de materiales didácticos adicionales.

### **5.4 SUGERENCIAS**

- Diseñar un curso más completo donde se incluyan Infecciones de transmisión sexual, para que de esta manera los jóvenes tengan un panorama más completo que les permita cuidar mejor su salud.
- En los cursos preventivos abordar temas como el uso de alcohol y drogas; puesto que el estar bajo efectos de sustancias tóxicas no se toma en cuenta las modalidades de protección.
- En los programas se debe enfatizar en el uso de drogas inyectables y la asociación que existe con el contagio de VIH, resaltando las medidas de seguridad.
- Es importante trabajar con poblaciones como son los hombres que tienen sexo con otros hombres ya que en México es donde existe mayor prevalencia; así mismo, se deben continuar sensibilizando a la población con respecto a la orientación sexual ya que en la actualidad se sigue rechazando el intercambio sexual de personas del mismo sexo; limitando con ello la apertura a adquirir nuevos hábitos y formas de expresión sexual más seguras.

- También abordar aquellas personas que usan drogas en especial inyectables, en la actualidad es un grupo en el cual se está incrementando el contagio; porque suelen compartir jeringas sin conocer el estado de salud entre ellas; ya que al estar bajo el efecto de sustancias tóxicas, las medidas de cuidado y protección disminuyen o desaparecen quedando expuestos al riesgo.
- Trabajar habilidades en la comunicación, en especial en la toma de decisiones y asertividad.
- Realizar un estudio de seguimiento para observar si hubo una permanencia en la modificación de creencias y actitudes referentes al VIH/SIDA y uso del condón.

## REFERENCIAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1988). La adolescencia normal. México.: Paidós.
- Alfaro, L. (1995). El Modelo de Acción Razonada como Predictor del uso del condón en Adolescentes y factores Psicosociales Asociados al Contagio de VIH. Tesis de Maestría. UNAM: México.
- Badillo, R. Y Espinosa, A. (1991) Psicodrama: Una alternativa de trabajo en grupo. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.: México.
- Bello, Ma. C. (1996). Guía para leer a Moreno. México.: Colibrí.
- Blatner, H. (1980). Psicodrama como utilizarlo y dirigirlo. México.: Pax-México.
- Blos, P. (1975). Psicoanálisis de la adolescencia. México.: Joaquín Mortiz.
- Boletín internacional sobre prevención y atención del SIDA: Acción en SIDA. (1995), Abril/Junio. The Appropriate Health Resources and Technologies Action Group, 25, 1-7.
- Bustos, D. (1985). Nuevos Rumbos en Psicoterapia Psicodramática: Individual, parejas y grupo en función social. Argentina.: Momento.
- Cahn, P. Cahn, R., Castro, A., Goodkin, K., Maglio, F., Maldausky, D., Mangone, C., Noguero, B., Pagano, M., Pérez, H., Soriano, S., Sumay, A. (1992) PSIDA: Un enfoque integral. México.: Paidós.
- Chelala, C., Mazin, R. y Zacarías, F. (1993). SIDA: La epidemia de los tiempos modernos. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Comisión de Derechos Humanos y Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (1993). M.C.S.C. [Folleto]. México.

Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. (1990). Evaluación cuantitativa: campaña de prevención contra el SIDA. El SIDA no es cuestión de suerte, sino de vida o muerte. [Folleto]. México.

Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. (S/F). Intervenciones preventivas para los adolescentes. (Informe de acciones realizadas durante 1990 a 1994) México.: CONASIDA.

Craig, G. (1993). Desarrollo Psicológico. México.: Prentice-Hall.

Del Río, C., Hernández, G. y Uribe, P. (S/F). Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA. [Folleto]. México.: CONASIDA.

Díaz, L., Flores, G., Rivera, A., Andrade, P., Ramos, L., Cubas, C., Villagran, V., Ramírez, P., Camacho, V., Muñiz, C., (1991). Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas Sexuales Relacionadas con el SIDA en Estudiantes Universitarios, Reporte Técnico.

Edward, E; y Harold, B. (1980) Fundamentos de Psicología Social México.: Limusa.

El SIDA en cifras (2004). “CONASIDA”. México, documento consultado en línea, 1° de Octubre de 2005. [http://w.w.w.salud.gob.mx/conasida/estadis/2004/SIDA 2004.pdf](http://w.w.w.salud.gob.mx/conasida/estadis/2004/SIDA%2004.pdf).

Epstein, J., Dusenbury, L., Botuin, G., Díaz, T. (1994). Acculturation, Beliefs about AID and AIDS Education Among New York City Hispanic Parents. Hispanic Journal of Behavioral Sciences. V. 16 No.(3).

Espinosa, G. (1993). Creencias y Actitudes del médico familiar del I.S.S.S.T.E. En el estado de Sinaloa, hacia la planificación familiar y los métodos Anticonceptivos. Tesis de Maestría en Psicología Social. UNAM.: México.

Fenichel, O. (1991). Teoría psicoanalítica de las neurosis. México.: Paidós.

Fisher, W., y Fisher, A. (1993). A general social psychological model for changing AIDS risk behavior. The Social Psychology of HIV Infection. USA.: (Pryor, J. y Glenn, R. Editor). Lawrence Erlbaum Associates, 127-153.

Flores, M. Y Díaz, R. (1994). Locus de control, asertividad y comunicación en la prevención del SIDA, La Psicología Social en México, 5, 622-627.

Freud, A. (1971). Él Yo y los mecanismos de defensa. México.: Paidós.

Freud, S. (1986). Obras Completas. Ordenamiento, comentarios y notas de Strachey, J. con la colab. De A. Freíd. (trad. Directa del alemán, Etcheverry). Buenos Aires.: Amorrortu Vols. 7 y 19.

Gerrad, Gibbons, Warner, Smith. (1993). Perceived Vulnerability to HIV Infection and AIDS Preventive Behavior: A critical Review of the evidence. U.S.A.: (Pryor, J. y Glenn, R. Editor).

Godinez, A. (1994). El proceso de duelo y su relación con el VIH/SIDA (revisión documental, propuesta y elaborada de un instrumento). Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.: México.

Greenberg, I. (1977). Moreno y el Psicodrama: Bibliografía e historia. Buenos Aires.: Hormé.

Hawley, R. (1981). Como dirigir psicodrama en el aula. México.: Pax-México.

Josselyn, I. (1974). El adolescente y su mundo. Buenos Aires.: Psique.

Linville, P., Fisher, G. y Fischhoff, B. (1993). "AIDS. Risk percepción and decisión biases"  
The Social Psychology of HIV Infection. USA.: (Pryor, J. y Glenn, R. Editor).

López, A., Villagrán, G. Y Díaz, R. (1994). Percepción de riesgo: atribución del contagio y aspectos emocionales en relación con el SIDA. La Psicología Social en México, 5, 594-600.

Maggi, Y., Díaz, B., Madrigal, M., Ríos, P., Zavala, J., (1998) Desarrollo humano y calidad: Valores y actitudes. México.: Limusa Noriega.

Marchetti, R., Ortiz, V., Rodríguez, A. y Salinas, H. (1993). Guía de orientación para informadores VIH/SIDA: Área de capacitación. [Folleto]. México.: CONASIDA.

Martínez, C., Moccio, F. Y Pavlosky, E. (1991). Psicodrama Psicoanalítico. Argentina.: Ayllu.

Mejía, H. (1995). SIDA: Percepción de riesgo y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.: México.

Miller D. (1989). Viviendo con SIDA y HIV. México: El Manual Moderno.

Miller, D., Weber, J. Green, J. (1989) Atención de Pacientes de SIDA. México: El Manual Moderno.

Miller, L., Bettencourt, A., Debro, S., y Hoffman, V. (1993). Negotiating safe sex: Interpersonal dynamics. The Social Psychology of HIV Infection. USA.: (Pryor, J. y Glenn, R. Editor).

Moreno, J. (1974). Psicodrama. Buenos Aires: Hormé.

Noseeda de Bustos. (S/F). Psicodrama pedagógico con adolescentes, Reporte Técnico.

Number, H. (1978). Principios del Psicoanálisis: su aplicación a las neurosis. Buenos Aires.: Amorrortu.

Páez, R., Ubillos, L., Pizarro, P., León C., (1994) Modelos de Creencias en Salud y en la Acción Razonada Aplicados al Caso del SIDA. Revista de Psicología General y Aplicada. España 47(2) 141-149.

Pearson, G. (1975). La adolescencia y el conflicto de las generaciones. Buenos Aires.: Siglo XXI.

Peláez, D. y Toronto, I. (1995). ¿Quién llama a TelSIDA? Perfil características psicosociales de las personas que llaman a la línea de información sobre SIDA. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.: México.

Petty, E., y Cacioppo, T. (1996) Attitudes and persuasion: Classic and contemporary approaches. USA.: Westview Press a Member of the Preseus Books Group.

Pick, S; Montero, M; López, L., Aguilar; J. (1988). Planeando tu vida: Nuevo programa de educación sexual para adolescentes. México.: Pax-México.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], (2000). Los varones y el SIDA: Un enfoque basado en consideraciones de género. Campaña mundial contra el SIDA. Los hombres marcan la diferencia, Marzo 2000. Suiza.

Ramírez, A. (1987). Psicodrama: Teoría y práctica. México.: Diana.

Reich, B., y Adcock, C., (1980). Valores, actitudes y cambio. México.: Continental.

Ríos, M., (1991). Elementos psicosociales en las actitudes hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Tesis de Maestría UNAM.: México.

Romaña, A. (1991). Construção colectiva do conhecimento a través do psicodrama. San Pablo, Brasil: Papirus. Versión libre. (Trad. y resumen Bello., Ma. C.).

Rossi, L. (1993). Prácticas sexuales en población con factores de riesgo por VIH. Tesis Doctoral en Psicología, UNAM.: México.

Summers, G. (1976). Medición de Actitudes. México: Trillas.

Torres, K., Alfaro, L., Díaz, R. y Villagrán, G. (1994). La distribución del origen del SIDA, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio del VIH. La Psicología Social en México, 5. 616-621.

Uribe, P. (1992). ¿Existen realmente casos de SIDA en adolescentes? Boletín Médico. Hospital Infantil, 49 (9), 624-627.

Van der. Velder, F. y Van der. Pligt J. (1991). AIDS-Related health behavior: Doping, protection motivation, and previous behavior. Journal of Behavior, 14(5), 429-451.

Van der. Pligt, J., Otten, W., Richard, R. y Van del Velder, F. (1993). Perceived risk of AIDS: unrealistic optimism and self-protective action. The Social Psychology of HIV Infection. USA.: (Pryor, J. y Glenn, R. Editor).

Villagrán, G., y Díaz, L., (1992). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. Revista Mexicana de Psicología V. 9 No. 1.



Villagran, G., (1993). Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón Tesis de Maestría: UNAM.: México.

Winkler, J. y Sánchez, M. (1994). Psicodrama pedagógico (Colec. Folletos de análisis. No. 9). México.: Universidad Autónoma Metropolitana (Iztapalapa).

# ANEXO 1

# **CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES SOBRE EL SIDA**

Este es un cuestionario creado por la Facultad de Psicología de la UNAM, que pretende conocer algunos aspectos relacionados con el SIDA y la sexualidad. Las respuestas son absolutamente confidenciales. Por lo que agradecemos tu cooperación en este estudio.

---

No escribas en esta sección a continuación se te darán las instrucciones para responder al cuestionario.

No. de Cuestionario \_\_\_\_\_

POR FAVOR MARCA CON UNA (X) EL NÚMERO QUE CORRESPONDE A TU RESPUESTA O EN SU CASO ESCRIBE LO QUE SE PIDE. EN ALGUNAS PREGUNTAS, SE ESPECIFICA SI POR TU RESPUESTA TIENEN QUE SALTARTE A OTRA PREGUNTA, SI ESTO NO TE SUCEDE POR FAVOR RESPONDE TODAS LAS PREGUNTAS. ES MUY IMPORTANTE TENER LA INFORMACIÓN MÁS COMPLETA POSIBLE. SI TIENES DUDAS PREGUNTA AL APLICADOR.

## **A. DATOS GENERALES**

1- Sexo (1) Masculino (2) Femenino

2.- Semestre \_\_\_\_\_

3.- Carrera \_\_\_\_\_

## **B. VIDA SEXUAL**

Ahora te haremos algunas preguntas sobre tu vida sexual recuerda que tus respuestas son totalmente confidenciales y anónimas, por lo que te pedimos que contestes todas las preguntas de manera honesta y sincera.

4.- ¿Has tenido relaciones sexuales?

(1) Sí

(2) no

5.- ¿Has tenido relaciones sexuales?

- (1) solo con mujeres
- (2) la mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres
- (3) tanto con hombres como con mujeres
- (4) la mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres
- (5) solo con hombres

6.- ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en toda tu vida?

\_\_\_\_\_

número de personas

7.- ¿Actualmente tienes pareja sexual regular?

- (1) Sí
- (2) no

8.- En los últimos seis meses de relaciones sexuales con tu pareja sexual regular ¿con qué frecuencia usaste el condón?

- (1) siempre
- (2) algunas veces
- (3) nunca

9.- ¿En el último mes has tenido relaciones sexuales con otra(s) persona(s) además de tu esposo (a) o pareja regular?

(1) si                      ¿cuántas? \_\_\_\_\_

(2) no

10. ¿En cuántas de estas relaciones usaron condón?

- (1) siempre
- (2) algunas veces
- (3) nunca

## C. ACTUDES Y CREENCIAS HACIA LOS PRESERVATIVOS O CONDONES

Las personas piensan diferentes cosas sobre los condones o preservativos. A continuación te presentamos algunas afirmaciones al respecto, por favor tacha para cada una, la opción que más se acerque a tu manera de pensar: (SI) y (NO).

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
11. Los preservativos (condones) hacen las relaciones Sexuales más placenteras.	( )	( )
12. Los preservativos (condones) son más apropiados para usar con parejas ocasionales.	( )	( )
13. El uso de preservativos o condones va en contra de mi religión.	( )	( )
14. El uso de preservativos (condones) puede quedarse dentro de la matriz o el estómago.	( )	( )
15. El precio de los preservativos (condones) es muy alto para usarlos con frecuencia.	( )	( )
16. Los preservativos (condones) son ofensivos para las esposas o parejas habituales.	( )	( )
17. Los preservativos o condones son más apropiados para usarse con la esposa o pareja habitual.	( )	( )
18. Los preservativos o condones son útiles para prevenir el embarazo si se utilizan correctamente	( )	( )
19. Los preservativos o condones son más apropiados para usarse con esposas o parejas habituales.	( )	( )
20. Yo aceptaría el uso del preservativo o condón si mi pareja me lo pidiera	( )	( )
21. Los preservativos o condones pueden hacer que el hombre pierda la erección.	( )	( )
22. No tener preservativos o condones es una buena razón rechazar las relaciones sexuales con una pareja ocasional.	( )	( )

## D. INFORMACIÓN SOBRE SIDA

Probablemente hayas escuchado hablar del SIDA, a continuación te hacemos algunas preguntas al respecto.

23. ¿Explica qué es el SIDA? (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA).

---

---

---

24. ¿Cuáles son las principales formas de contagio de SIDA

---

---

---

25. ¿Es posible que una persona contagiada por el virus que causa el SIDA no muestre los síntomas?

- a) Si
- b) No
- c) No sé, no estoy seguro.

26. Una persona que no muestra síntomas de la enfermedad y tiene el virus que causa el SIDA ¿Puede contagiar a otra?.

- a) Si
- b) No
- c) No sé

27. ¿Crees que una persona con SIDA pueda curarse?

- a) Si
- b) No
- c) No se

**SEÑALA POR FAVOR QUE TAN GRANDE CONSIDERAS QUE ES EL RIESGO DE CONTAGIO DEL VIRUS DEL SIDA AL REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES.**

**Nada riesgo (1)**

**Medianamente riesgo (2)**

**Muy riesgoso (3)**

- 28. Saludarse de la mano con alguien que tiene SIDA ( )
- 29. Jugar con un niño que tiene SIDA. ( )
- 30. Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA. ( )
- 31. Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA ( )
- 32. Masturbación mutua (estimulación mutua para tener un orgasmo) con una pareja ocasional. ( )
- 33. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional aunque se use preservativo (condón) ( )
- 34. Tener sexo oral con alguien que no conoces bien. ( )
- 35. Tener relaciones sexuales anales sin usar el preservativo (condón) con una pareja ocasional. ( )
- 36. Usar baños públicos ( )
- 37. Nadar en albercas públicas ( )
- 38. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo (condón). ( )
- 39. Usar una jeringa o aguja usada por otra persona sin haberla esterilizado previamente ( )
- 40. Donar sangre ( )
- 41. Recibir una transfusión sanguínea en un hospital ( )
- 42. Tener relaciones sexuales con muchas personas ( )

## E. CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE RIESGO

**¿QUIÉN O QUIENES DE LAS SIGUIENTES PERSONAS SE PODRÍAN  
CONTAGIAR DEL VIH-SIDA?.**

**Ninguna (1)**

**Regulares (2)**

**Muchas (3)**

- |                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| 43. Hombre homosexual con una pareja.         | ( ) |
| 44. Hombre homosexual con más de una pareja.  | ( ) |
| 45. Mujer homosexual con una pareja           | ( ) |
| 46. Mujer homosexual con más de una pareja    | ( ) |
| 47. Hombre heterosexual con una pareja        | ( ) |
| 48. Hombre heterosexual con más de una pareja | ( ) |
| 49. Mujer heterosexual con una pareja         | ( ) |
| 50. Mujer heterosexual con más de una pareja  | ( ) |
| 51. Hombres o Mujeres Bisexuales              | ( ) |
| 51. Tú.                                       | ( ) |



# ANEXO 2

# CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES SOBRE EL SIDA (ADAPTADO)

**INSTRUCCIONES:** A continuación se te presenta una serie de preguntas sobre tu vida personal y familiar. No hay repuestas buenas o malas, son totalmente anónimas y con fines estadísticos. Por favor, contesta lo más sincero posible y no dejes alguna pregunta sin respuesta. Si tienes alguna duda, pregunta al instructor.

DE ANTE MANO GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

## DATOS GENERALES

Sexo            ( ) Masculino            ( ) Femenino            Edad \_\_\_\_\_ años.  
¿Sólo estudias?( )            ¿Sólo trabajas( )            ¿Realizas ambas actividades( )  
Ultimo promedio escolar \_\_\_\_\_            ¿Con quien vives? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos hermanos tienes? \_\_\_\_\_            Hermanas \_\_\_\_\_  
¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? \_\_\_\_\_

## DATOS DE TUS PADRES

	<i>Papá</i>	<i>Mamá</i>
¿Están contigo?	_____	_____
Si no están, ¿quién ocupa su lugar?	_____	_____
Edad	_____	_____
Escolaridad	_____	_____
Ocupación	_____	_____

## VIDA SEXUAL

1. ¿Has tenido relaciones sexuales?  
( ) si                    ( ) no (pasa a la pregunta 8).
2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? \_\_\_\_\_ años.
3. ¿Actualmente, tienes pareja sexual regular (mínimo 6 meses). \_\_\_\_\_
4. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuándo tienes relaciones sexuales has usado o pedido utilizar el condón? \_\_\_\_\_
6. ¿Cuándo tomas bebidas alcohólicas tienes relaciones sexuales?  
( ) siempre                    ( ) algunas veces                    ( ) nunca
7. ¿Cuándo usas drogas, ¿tienes relaciones sexuales?  
( ) siempre                    ( ) algunas veces                    ( ) nunca

## INFORMACIÓN SOBRE SIDA

Probablemente hayas escuchado hablar del SIDA. A continuación te hacemos algunas preguntas al respecto.

8. ¿Explica qué es el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)?

---

---

---

---

9. ¿Cuáles son las principales formas de contagio del SIDA?

---

---

---

---

10. ¿Es posible que una persona contagiada por el virus que causa el SIDA no muestre síntomas?

( ) si                    ( ) no                    ( ) no sé, no estoy seguro.

11. ¿Crees que una persona con SIDA pueda curarse?

( ) si                    ( ) no                    ( ) no sé.

**CUALES DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES SON DE RIESGO PARA  
CONTRAER EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA).**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
12. Jugar con un niño que tiene SIDA.	()	()
13. Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA.	()	()
14. Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA	()	()
15. Masturbación mutua (estimulación mutua para tener un orgasmo) con una pareja ocasional.	()	()
16. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional aunque se use preservativo (condón)	()	()
17. Tener sexo oral con alguien que no conoces bien.	()	()
18. Tener relaciones sexuales anales sin usar el preservativo (condón) con una pareja ocasional.	()	()
19. Usar baños públicos	()	()
20. Nadar en albercas públicas	()	()
21. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo (condón).	()	()
22. Inyectarse droga como heroína, cocaína etc.	()	()
23. Donar sangre	()	()
24. Recibir una transfusión sanguínea en un hospital	()	()
25. Tener relaciones sexuales usando preservativo (condón) con una persona que se inyecta drogas.	()	()

**¿QUIÉN O QUIENES DE LAS SIGUIENTES PERSONAS SE PODRÍAN**

**CONTAGIAR DEL VIH-SIDA?.**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
27. Hombre homosexual con una pareja.	()	()
28. Hombre homosexual con más de una pareja.	()	()
29. Mujer homosexual con una pareja	()	()
30. Mujer homosexual con más de una pareja	()	()
31. Hombre heterosexual con una pareja	()	()
32. Hombre heterosexual con más de una pareja	()	()
33. Mujer heterosexual con una pareja	()	()
34. Mujer heterosexual con más de una pareja	()	()
35. Tú.	()	()

## ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA LOS PRESERVATIVOS (CONDONES)

Las personas piensan diferentes cosas sobre los condones. A continuación te presentamos algunas afirmaciones al respecto, por favor tacha para cada una, la opción que más se acerque a tu manera de pensar: (SI) y (NO).

37. ¿Has oído hablar del condón (preservativo)?, explica como se usa:

---

---

---

---

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
38. Los preservativos (condones) hacen las relaciones sexuales más placenteras.	( )	( )
39. Los preservativos (condones) son más apropiados para usar con parejas ocasionales.	( )	( )
40. El uso de preservativos (condones) puede quedarse dentro de la matriz o el estómago.	( )	( )
41. El precio de los preservativos (condones) es muy alto para usarlos con frecuencia.	( )	( )
42. Los preservativos (condones) son ofensivos para las esposas o parejas habituales.	( )	( )
43. Los preservativos (condones) son más apropiados para usarse con la esposa o pareja habitual.	( )	( )
44. Los preservativos (condones) son fáciles de usar.	( )	( )
45. Aceptarías el uso del preservativo (condón).	( )	( )
46. Los preservativos (condones) pueden hacer que el hombre pierda la erección.	( )	( )
47. No tener preservativos (condones) es una buena razón para rechazar las relaciones sexuales con una pareja ocasional.	( )	( )
48. ¿Los preservativos (condones) son caros?	_____	_____

# ANEXO 3

# DESCRIPCIÓN DEL CURSO DE VIH/SIDA

## SESIÓN 1 CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

### OBJETIVO:

Identificar los conocimientos que se tienen con respecto al VIH/SIDA; así como aumentar y/o corregir estos.

ENSEÑANZA TRADICIONAL		PSICODRAMA PEDAGOGICO	
ACTIVIDADES	MATERIAL	ACTIVIDADES	MATERIAL
1. Presentación: establecer la manera de trabajo.	-Salón amplio - Sillas	1. Presentación: establecer la manera de trabajo.	-Salón amplio - Sillas
2. Aplicación de cuestionario.	- Cuestionario impreso	2. Aplicación de Cuestionario.	- Cuestionario impreso
3. Presentación en hojas de rota folio los temas: -Definición y significado de las siglas VIH y SIDA. - Antecedentes Históricos de la propagación. - Definición del término seropositivo -Vías de transmisión	- Rota folio - Material didáctico previamente elaborado; de los temas presentados.	3. Trabajo Psicodrama tico: <b>Caldeamiento:</b> fantasía dirigida, para identificar el momento que saben de la existencia del SIDA. <b>Trabajo Psicodrama tico:</b> Compartir en subgrupos y presentar a través de imágenes y escenas lo recordado. <b>Sharing:</b> Compartiendo la experiencia. <b>Procesamiento:</b> Explicar el significado de VIH/SIDA, seropositivo, Antecedentes de la enfermedad y vías de transmisión.	- Rotafolio - Material didáctico previamente elaborado; de los temas presentados.
4. Se fomenta la participación oral en el grupo con respecto a los temas presentados.			





### SESIÓN 3

## DIFERENCIAR E IDENTIFICAR EL GRADO DE RIESGO DE CONTAGIO

#### OBJETIVO:

Analizar las prácticas de riesgo e identificar cuando se esta en riesgo de contraer la enfermedad.

ENSEÑANZA TRADICIONAL		PSICODRAMA PEDAGOGICO	
ACTIVIDADES	MATERIAL	ACTIVIDADES	MATERIAL
1. Conformar subgrupos donde de discuten sobre las prácticas de riesgo y en una cartulina se escribe estas clasificándolas como: alto, bajo o nulo riesgo.	-Salón amplio - Sillas - Cartulinas - Plumines - Masking tape	1. Trabajo Psicodrama tico: <b>Cladeamiento:</b> verbal, completando la frase “Hoy me siento ...” <b>Psicodrama Lúdico</b> Por medio de tarjetas se leen diversas situaciones y el grupo se mueve con relación a lo que se crean conveniente Especialización: Derecha = verdadero Izquierda = falso En medio = no sé. <b>Sharing:</b> Compartiendo la experiencia. <b>Procesamiento:</b> Se explico brevemente y de manera verbal las preferencias sexuales y las prácticas sexuales comunes.	-Salón amplio - Sillas - Tarjetas
2. Motivar a la participación y llegar a un consenso grupal del tema tratado.			
3. Se explica brevemente las preferencias y practicas sexuales más comunes.			

## SESIÓN 4

### MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO DE VIH/SIDA.

#### OBJETIVO:

Identificar los sentimientos y actitudes con respecto al VIH/SIDA; con la finalidad de disminuir los temores, ansiedades y de esta manera tener conciencia de la propia vulnerabilidad ante el contagio.

ENSEÑANZA TRADICIONAL		PSICODRAMA PEDAGOGICO	
ACTIVIDADES	MATERIAL	ACTIVIDADES	MATERIAL
1. Presentación en hojas de rota folio los temas: - Medidas de seguridad; relacionándolo con las Vías de transmisión. - Pruebas de detección - Tratamiento farmacológico.	-Salón amplio - Sillas - Material didáctico previamente elaborado; de los temas presentados.	1. Trabajo Psicodrama tico: <u><b>Cladeamiento:</b></u> con fantasía dirigida sé realizar un viaje al interior del cuerpo humano. <u><b>Psicodrama Lúdico</b></u> - Elaboración gráfica de armas para enfrentar al VIH/SIDA; a manera de juego se interactuó con el Grupo. - Se trabajo con la silla vacía, para establecer un dialogo con el VIH/SIDA. <u><b>Sharing:</b></u> Compartiendo la experiencia. <u><b>Procesamiento:</b></u> - Analizar situaciones; para determinar cuando se esta en riesgo a través de la presentación de diapositivas. - Se explico: Medidas de seguridad; relacionándolo con las Vías de transmisión. - Pruebas de detección - Tratamiento farmacológico.	-Salón amplio - Sillas - Cartulinas - Papel de colores - Tijeras. - Resistol. -Acuarelas. - Colores. - Espejo.  - Proyector de Diapositivas. - Diapositivas del tema; elaboradas por CONASIDA.
2. Analizar situaciones; para determinar cuando se esta en riesgo a través de la presentación de diapositivas.	- Proyector de Diapositivas. - Diapositivas del tema; elaboradas por CONASIDA.		

## SESIÓN 5

### CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA EL USO DEL CONDÓN.

#### OBJETIVO:

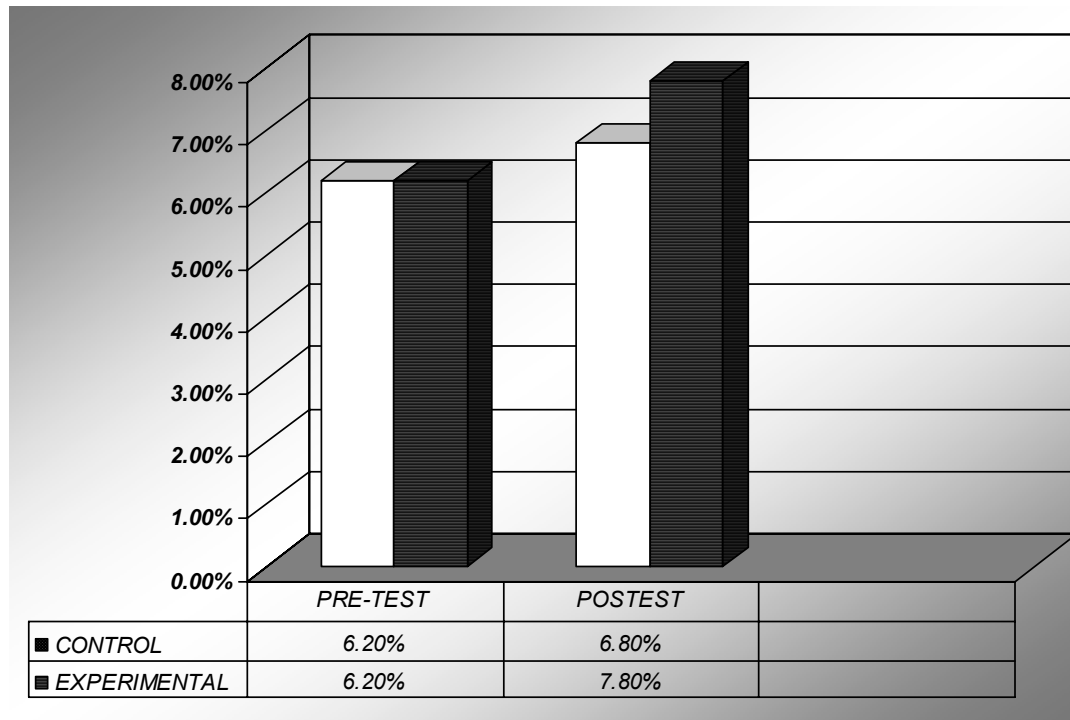
Modificar las Creencia y actitudes mediante el uso adecuado del condón y otras barreras protectoras; así mismo fomentar las practicas de: Sexo Seguro y Sexo Protegido.

ENSEÑANZA TRADICIONAL		PSICODRAMA PEDAGOGICO	
ACTIVIDES	MATERIAL	ACTIVIDADES	MATERIAL
1. Explicar los términos de Sexo Seguro y Sexo Protegido; así como algunas de las prácticas sexuales correspondientes a cada uno de ellos.	-Salón amplio - Sillas	1. Trabajo Psicodrama tico: <b>Caldeamiento:</b> verbal, en movimiento, mencionando en voz alta lo aprendido y la utilidad del taller completando la frase “Hoy me siento ...” <b>Trabajo Psicodrama tico</b> Ensayar el uso del Condón a través de un Tildo. Reatrolimentación a través de competencias. <b>Sharing:</b> Compartiendo la experiencia. <b>Procesamiento:</b> - Explicar los términos de Sexo Seguro y Sexo Protegido; así como algunas de las prácticas sexuales correspondientes a cada uno de ellos.	-Salón amplio - Sillas -Tildo - Condone (masculinos-femeninos) -Dedales - Lubricantes
2. Presentar en hojas de rota folio el uso adecuado del condón masculino y femenino.	Tildo - Condone (masculinos-femeninos) -Dedales - Lubricantes		
3. Aplicación de cuestionario.	- Cuestionario impreso	2. Aplicación de Cuestionario.	- Cuestionario impreso
4. Cierre del Taller		4. Cierre del Taller	

# ANEXO 4

TABLA NO. 1

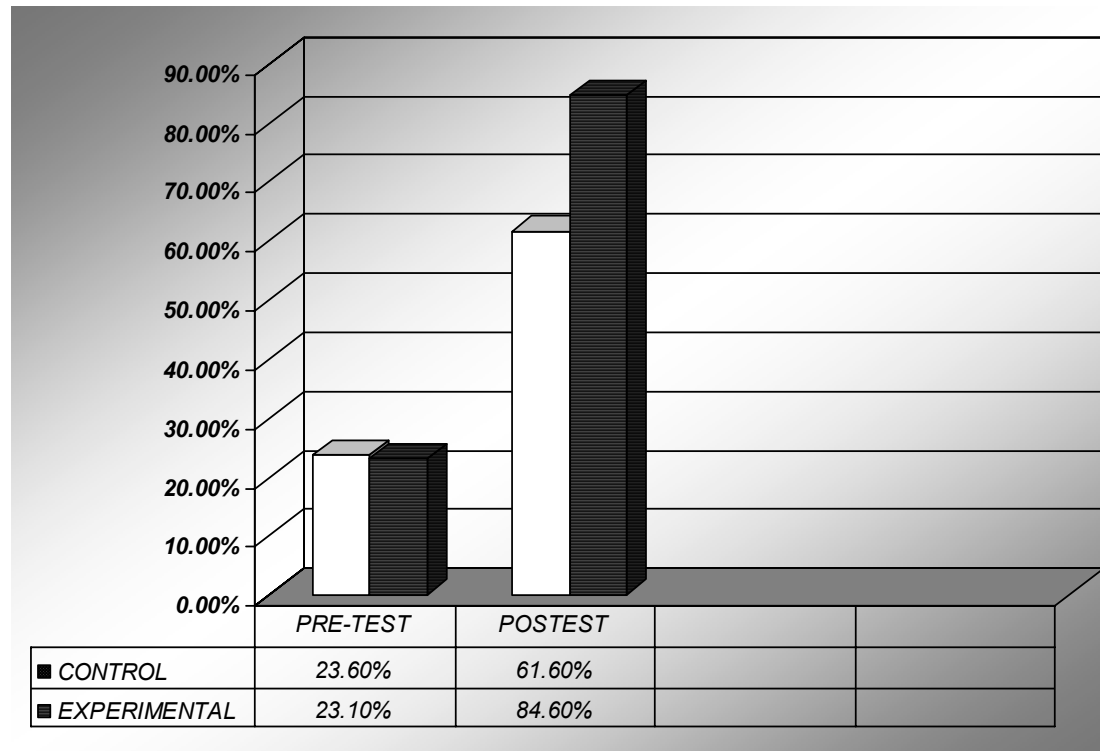
### CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA.



Hay un incremento en los conocimientos con respecto al VIH/SIDA, después del curso; siendo mayor en el grupo donde se trabajó de manera vivencial a través del Psicodrama.

TABLA NO. 2

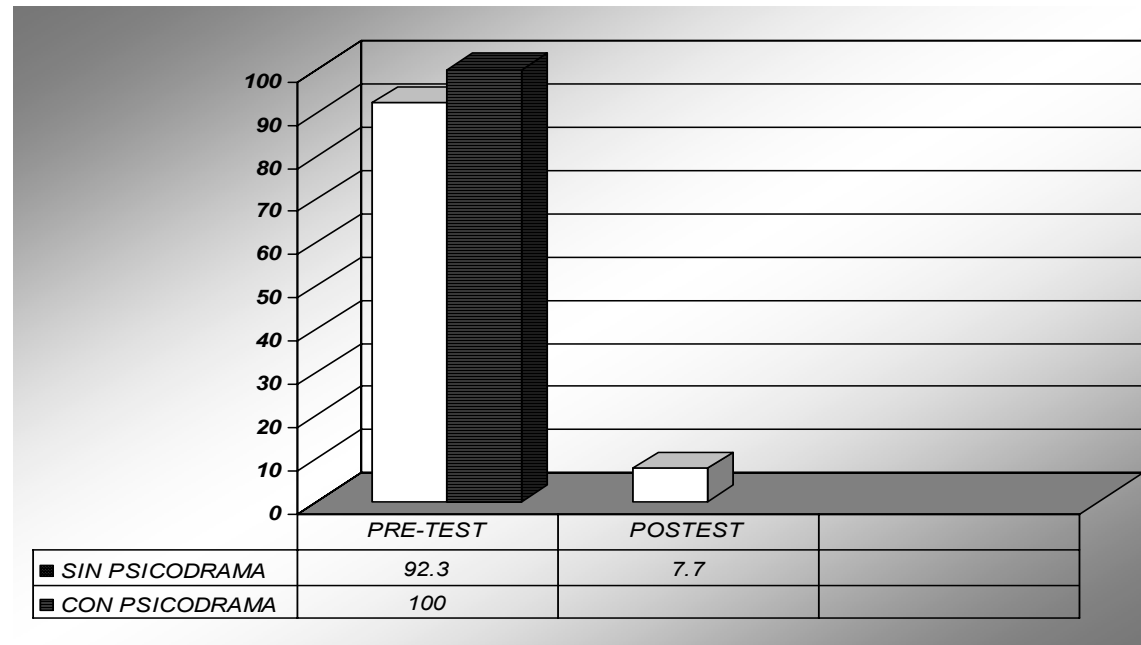
### ¿QUÉ ES EL SIDA?.



Se observan conocimientos generales antes del curso con respecto al VIH/SIDA. Después del curso el aprendizaje es más significativo cuando hay una participación vivencial.

TABLA NO. 3

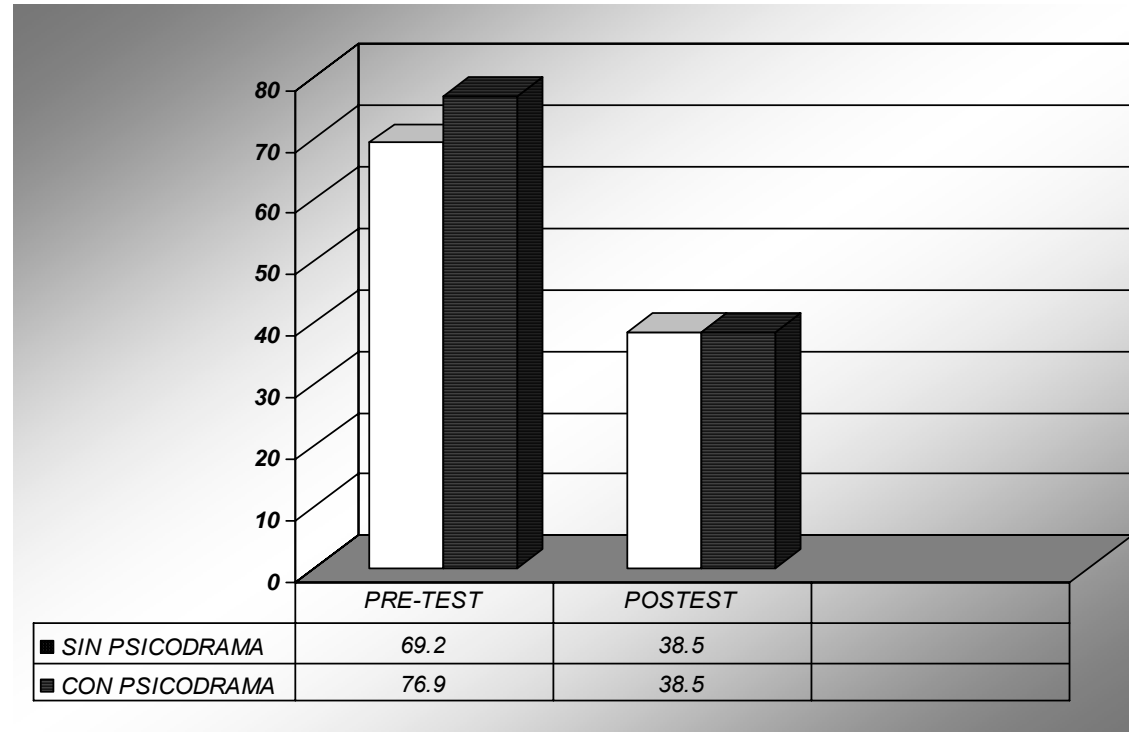
**¿HAY RIESGO DE CONTAGIO AL JUGAR CON UN NIÑO QUE TIENE VIH/SIDA?.**



Antes del curso hay miedo de contagio al jugar con un niño que padece VIH/SIDA; después del curso el temor se eliminó en el grupo donde se trabajó con Psicodrama.

TABLA NO. 4

**¿HAY RIESGO DE CONTAGIO DE VIH/SIDA AL DONAR SANGRE?.**

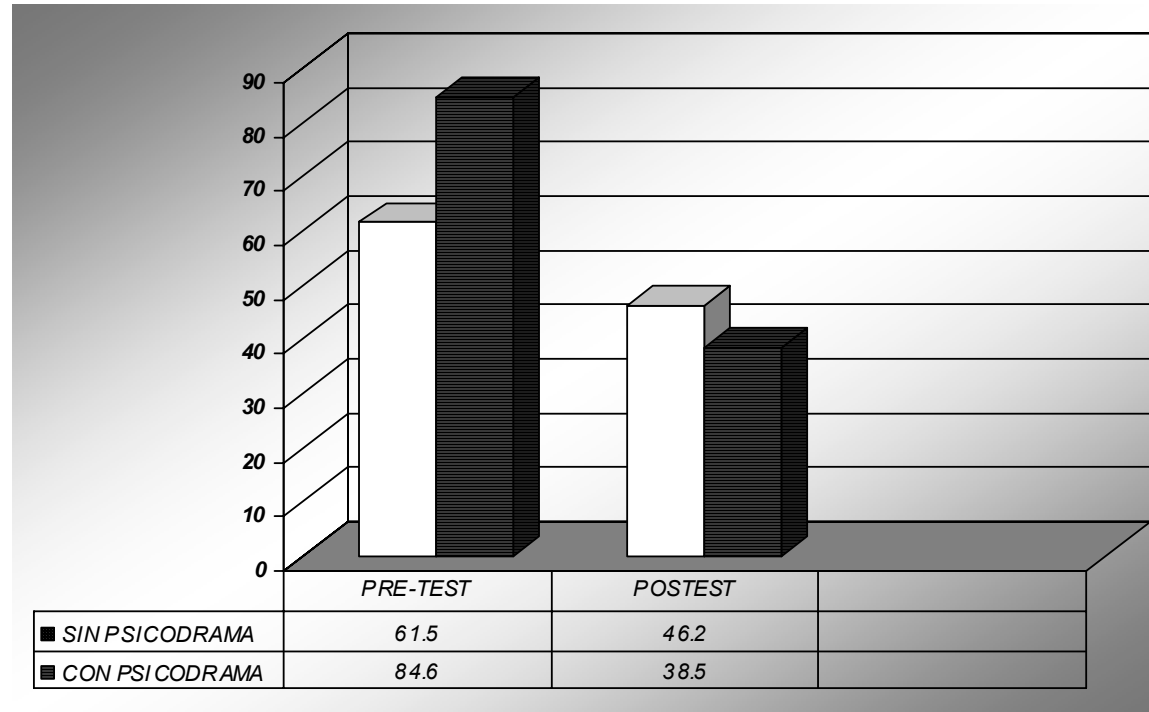


Después del curso el temor ante el riesgo de contagio al donar sangre disminuyó. Actualmente el sector salud tiene mayores precauciones.



TABLA NO. 5

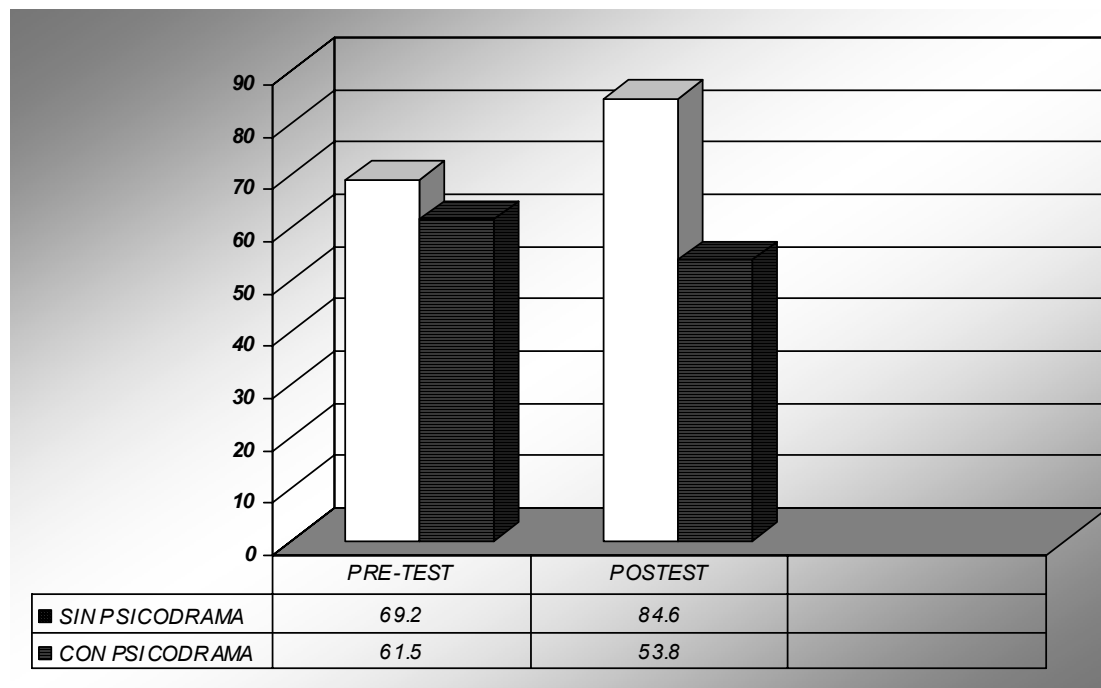
**¿HAY RIESGO DE CONTAGIO DE VIH/SIDA AL RECIBIR UNA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA?.**



El temor de contagio de VIH/SIDA al recibir una transfusión sanguínea disminuyó después del curso. Se informó que en la actualidad hay mayor control en el sector público al respecto.

TABLA NO. 6

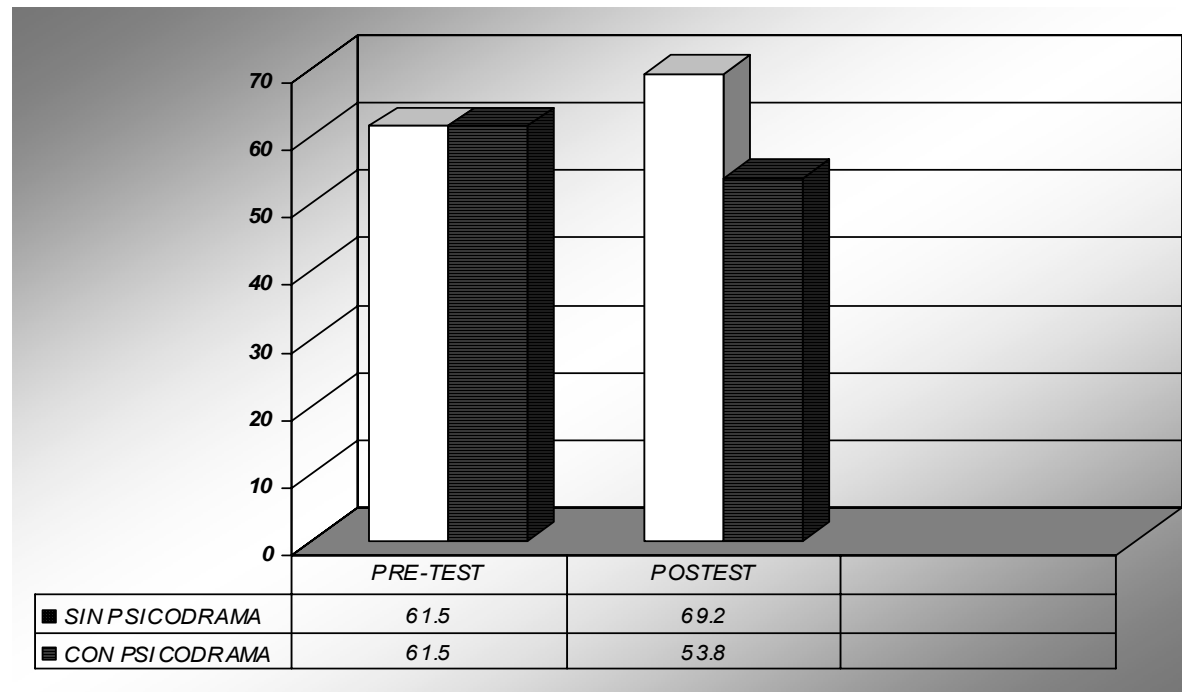
**¿HAY RIESGO DE CONTAGIO DE VIH/SIDA EN LA CONDUCTA SEXUAL CON UNA PAREJA HOMOSEXUAL?.**



Se reconoce que la práctica sexual de mayor alto riesgo es la homosexual aun con una sola pareja.

TABLA NO. 7

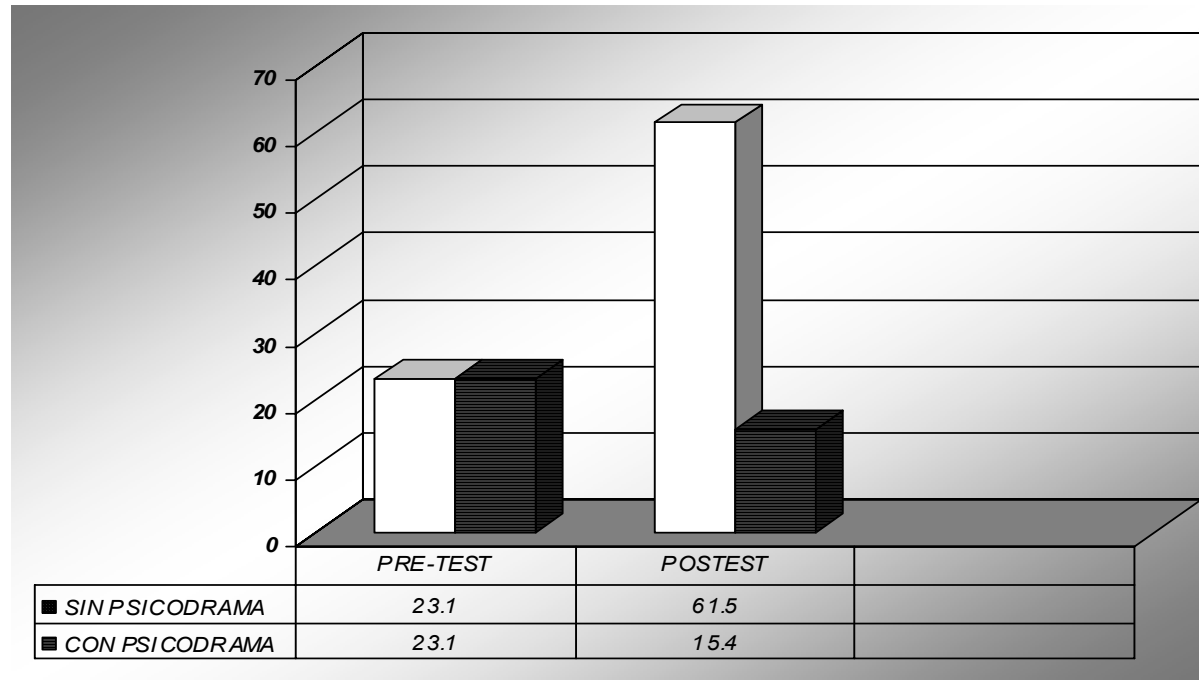
### ¿TÚ ESTÁS EN RIESGO?.



La auto-percepción de riesgo disminuyó después del curso en el grupo de psicodrama. Hay mayor conciencia para asumir medidas de protección.

TABLA NO. 8

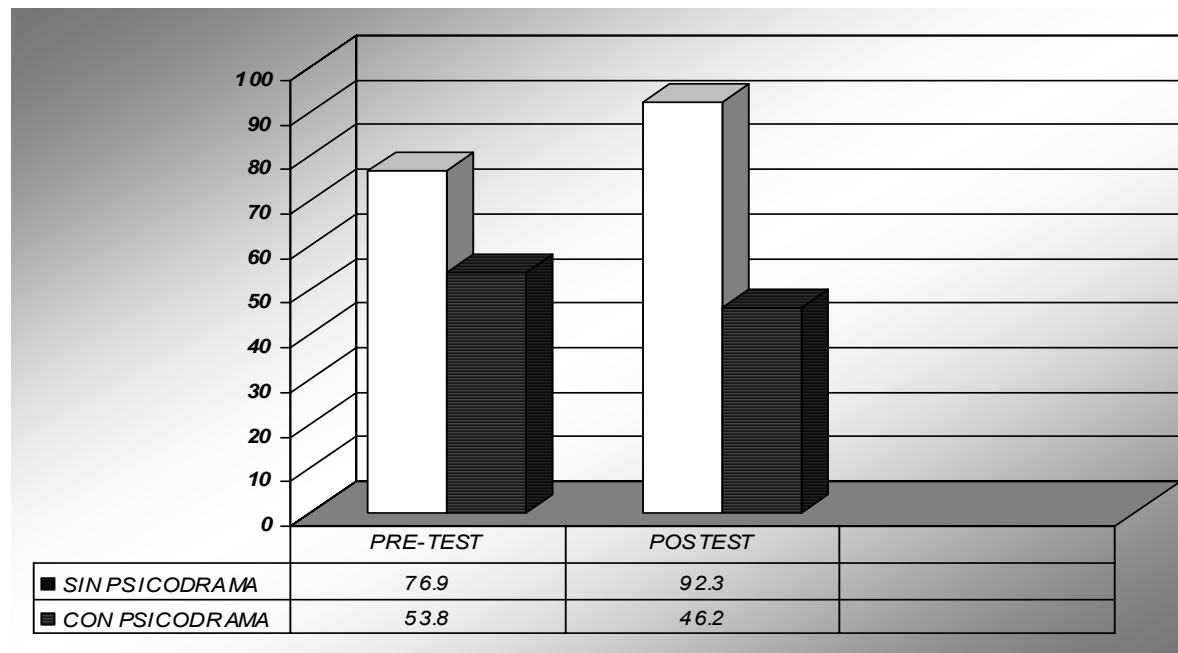
**¿EL CONDÓN PUEDE QUEDARSE DENTRO DE LA MATRIZ?.**



Antes del curso había temor de que el condón se quedará dentro de la matriz; después del curso hay mayor confianza ante su uso, en el grupo que se trabajo de manera vivencial.

TABLA NO. 9

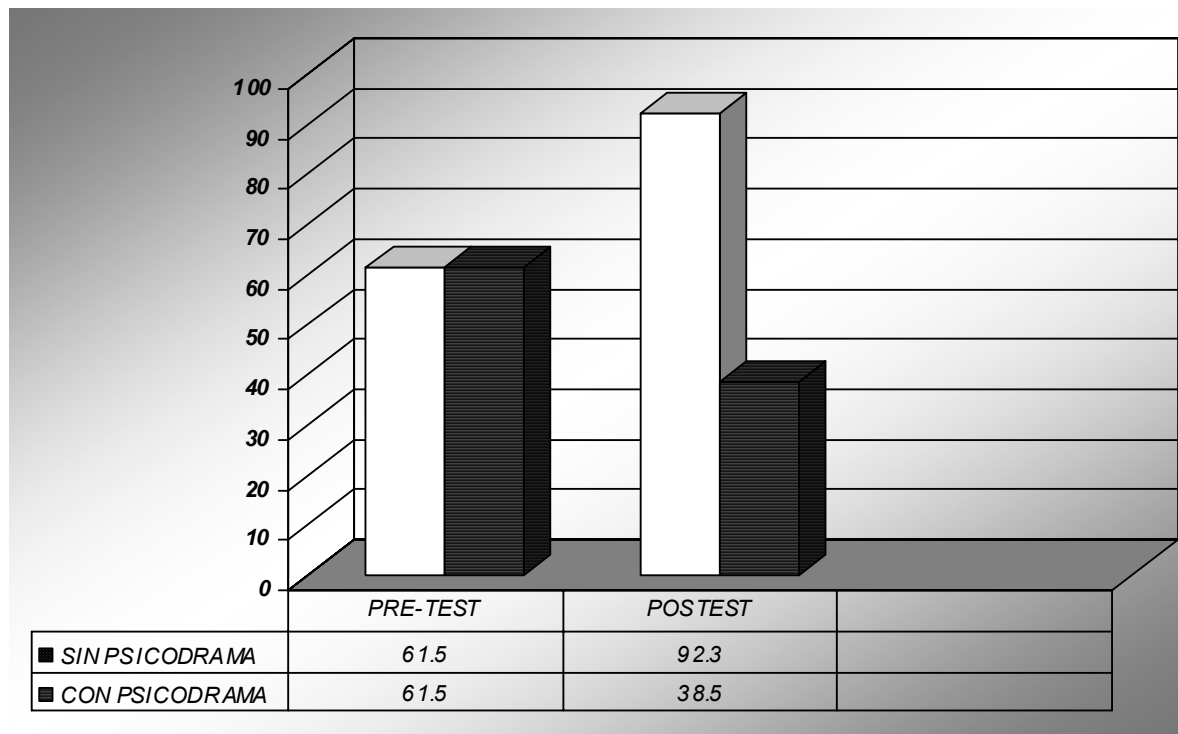
**¿LOS CONDOMES HACEN LAS RELACIONES SEXUALES MENOS PLACENTERAS?.**



Después del curso hay una respuesta favorable hacía el uso del condón en el grupo que se trabajo de manera vivencial.

TABLA NO. 10

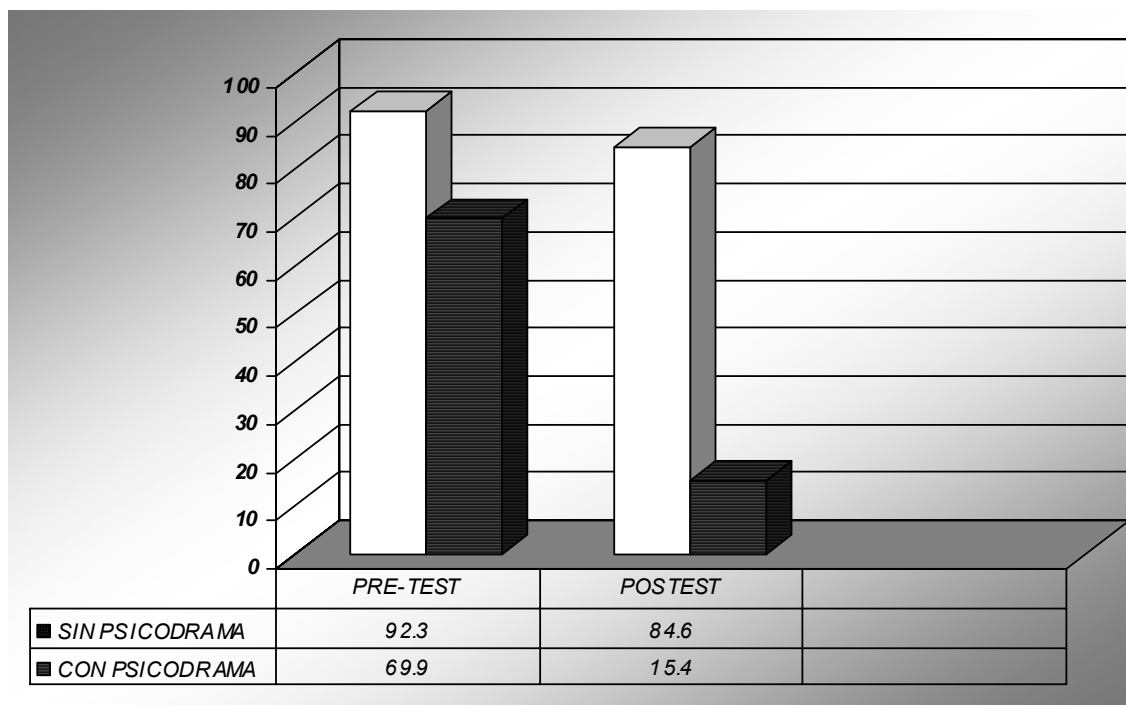
**¿HAY RIESGO DE CONTAGIO, USANDO CONDÓN CON UNA PAREJA QUE SE INYECTA DROGAS?.**



En el grupo que se trabajo de manera vivencial, el condón es considerado como un medio seguro para evitar el contagio.

TABLA NO. 11

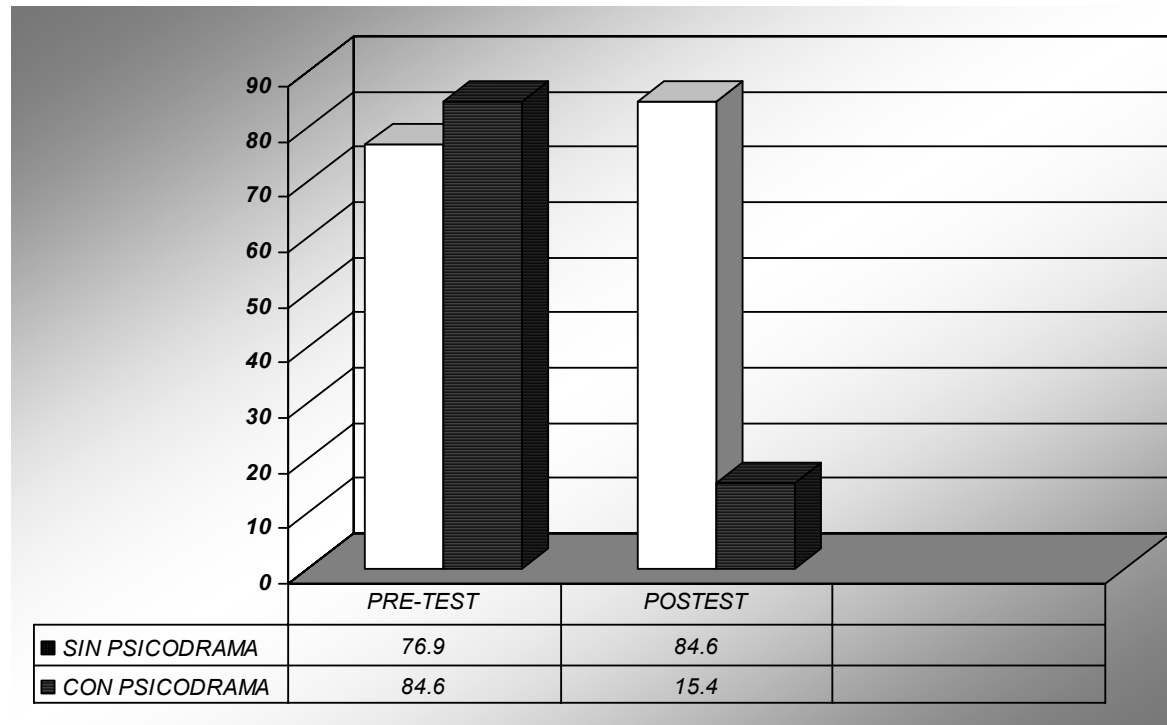
**¿HAY RIESGO DE CONTAGIO EN LAS RELACIONES SEXUALES CON UNA PAREJA OCASIONAL USANDO CONDÓN?.**



Después del curso en el grupo con psicodrama se le considera al condón un medio seguro para prevenir el contagio de VIH/SIDA.

TABLA NO. 12

**¿HAY RIESGO DE CONTAGIO EN LAS RELACIONES SEXUALES CON ALGUIEN QUE TIENE SIDA AÚN USANDO CONDÓN?.**



En el grupo que se trabajo con aproximación vivencial después del curso creen que el condón es un medio seguro y eficaz de protección contra el VIH/SIDA.