

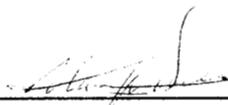


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
CAMPUS IZTAPALAPA

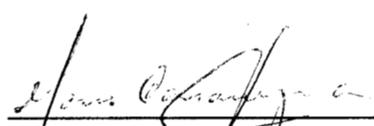
*CAMBIO DE ACTITUD HACIA EL
SIDA EN ADOLESCENTES
ENTRE 12 Y 18 AÑOS, BASADO
EN UN PROGRAMA
EDUCATIVO.*

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA SOCIAL
P R E S E N T A N :
SANDOVAL CORONA ALICIA.
SOTO RODRÍGUEZ M. C. HAYDEÉ.



LIC. IRENE SILVA SILVA
ASESOR



DR. MARIO CARRANZA AGUILAR
LECTOR

MEXICO, D.F. MAYO, 1999.

UNIDAD: IZTAPALAPA
DIVISIÓN: CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
CARRERA: PSICOLOGIA SOCIAL
MATERIA: SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN
TÍTULO: CAMBIO DE ACTITUD HACIA EL SIDA EN ADOLESCENTES
ENTRE 12 Y 18 AÑOS, BASADO EN UN PROGRAMA
EDUCATIVO.
FECHA: MAYO, 1999.
ALUMNAS: SANDOVAL CORONA ALICIA.
SOTO RODRIGUEZ M.C. HAYDEE
MATRICULAS: 92228627.
94223277.
ASESOR: LIC. IRENE SILVA SILVA.



FIRMA DEL ASESOR.

A mis Padres:

Les doy las gracias por estar a mi lado en las situaciones buenas y malas como estudiante, y por saber guiarme para darles esta alegría.

Su Hija.

Luli:

Gracias por aguantar mi carácter en momentos de tensión, y acompañarme en todas mis aventuras.

Tu Hermana que te quiere.

Monse:

Si tu decisión es ser alguien en la vida, lógralo escalando un peldaño más que yo.

Te ama, tu Tía.

Alicia.

José:

Tú que estuviste al término de este
peldaño apoyándome para terminar y
animando para ello.....

Bésame con el beso de tu boca,
caríñosa mitad del alma mía
un solo beso el corazón invoca,
que la dicha de dos... me mataría.

¡Un beso nada más!... ¡A su perfume
en mi alma derramándose, la embriaga;
y mi alma por tu beso se consume
y por mis labios impacientes raga.

¡Úntase con la tuya!... ¡A no puedo
lejos tenerla de tus labios rojos...
¡Pronto!... ¡dame tus labios!... ¡tengo miedo
de ver tan cerca de tus divinos ojos!

Hay un cielo mujer, en tus abrazos,
siento de dicha el corazón opreso...
¡Oh!, sosténme en la vida de tus brazos
para que no me mates con tu beso!

Con mucho amor. Alicia



Haydeé y Francisco.

Gracias por el apoyo y por
aguantar toda la carga de trabajo
que tuvimos juntos.

Su amiga. A. O. F.

Sol

Por mostrarme cada día el camino que
aunque tortuoso alguna vez, se mantiene teñido
en colores pastel por tu mano.

Lenchito.

Que con tu vida, me muestras a mitad del
camino, lo que es mantenerse en pie, y tener
valor para mirar hacia atrás.

Soft

Que cuando pierdo fuerza, tu mano sobre la
mía me ayuda a construir.

Lili

Dues tu camino se abre cada día para mí, y
el mío en el tuyo.

Debby

Porque tu sonrisa, sana cada día mis heridas,
e ilumina mi camino

Mami

Pa que a lo largo de tu andar, construyes
para todos, y en mí.

Este logro es Suyo, con la promesa de seguir siempre adelante, por cuanto he
recibido de ustedes, y lo que hacen de mí cada día. Gracias.

con amor:

Haydee Soto.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
SIERRA DE SANTA CATARINA	
1.1 SIERRA DE SANTA CATARINA	4
1.1.1 UBICACIÓN	4
1.1.2 TERRENO	4
1.1.3 SERVICIOS	4
1.1.4 POBLACIÓN	5
1.1.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	6
1.2 SAN MIGUEL TEOTONGO	7
1.2.1 PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN	8
1.2.2 PROGRAMA DE ECOLOGÍA	9
1.2.3 PROGRAMA PRODUCTIVO	9
1.2.4 PROGRAMA CULTURAL	10
1.2.5 PROGRAMA DE COMUNICACIÓN	11
1.2.6 PROGRAMA DE SALUD	11
1.3 ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87	13
1.3.1 POBLACIÓN ESTUDIANTIL	13
CAPÍTULO II	15
PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD COMUNITARIA.	
2.1 PSICOLOGÍA SOCIAL	16
2.1.1 PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA	16
2.1.2 PSICOLOGÍA SOCIAL Y SALUD	20
2.2 PSICOLOGÍA DE LA SALUD	21
2.3 PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD	23
2.3.1 CAMPOS DE ESTUDIO	23
2.3.2 VARIABLES EN PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD	25
CAPÍTULO III	29
SIDA Y SALUD	
3.1 SIDA	30
3.1.1 QUE ES EL SIDA-VIH	30
3.1.2 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD	32
3.1.3 DERECHOS HUMANOS RELACIONADOS CON EL SIDA	33
3.1.4 EL VIRUS DEL SIDA EN EL ORGANISMO, ETAPAS DE EVOLUCIÓN	34
3.1.5 VÍAS DE TRANSMISIÓN	37
3.1.6 PRUEBAS QUE DETECTAN VIH/SIDA	39
3.1.6.1 ELISA	39
3.1.6.2 WESTERN BLOT	39
3.1.6.3 INMUNOFLUORESCENCIA	40
3.1.7 PREVENCIÓN	40
3.2 SIDA Y SALUD	41
3.2.1 SIDA EN MÉXICO	43
3.2.2 SIDA Y SALUD SEXUAL	45
3.3 EPIDEMIOLOGÍA	47
3.4 ORGANIZACIONES CON TRABAJO EN SIDA EN MÉXICO	49
3.4.1 CONASIDA	49
3.4.2 ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES	49
3.5 DERECHOS HUMANOS Y SIDA	50
3.5.1 ASPECTOS JURIDICOS	51
3.5.1.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	51
3.5.1.2 TRATADOS INTERNACIONALES	52
3.5.1.3 CÓDIGO PENAL	53
3.5.1.4 LEY GENERAL DE SALUD	53
CAPÍTULO IV	54
SALUD, ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD	
4.1 SEXUALIDAD	55
4.1.1 ASPECTO BIOLÓGICO	55
4.1.2 ASPECTO SOCIAL	56
4.1.3 ASPECTO PSICOLÓGICO	57
4.1.4 CONDUCTA SEXUAL	59
4.1.5 PROBLEMAS SOCIALES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD	59
4.2 ADOLESCENCIA	63
4.2.1 RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN, ADOLESCENCIA Y SALUD	64
4.3 SALUD Y ADOLESCENCIA	65
4.3.1 SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	66
4.3.2 SALUD SEXUAL Y ADOLESCENCIA	67
4.3.2.1 ETS MAS FRECUENTES EN ADOLESCENTES	68
4.3.2.2 PRINCIPALES RAZONES DEL AUMENTO DE INCIDENCIAS	69

CAPÍTULO V		71
ACTITUDES		
5.1	DEFINICIÓN	72
5.2	ESTRUCTURA	74
	5.2.1 COMPONENTE COGNOSCITIVO	74
	5.2.2 COMPONENTE AFECTIVO	74
	5.2.3 COMPONENTE CONDUCTUAL	75
5.3	FORMACIÓN	76
	5.3.1 ENFOQUES FUNCIONALISTAS	76
	5.3.2 ENFOQUES BASADOS EN LA NOCIÓN DE CONGRUENCIAS COGNOSCITIVAS	77
	5.3.3 ENFOQUES BASADOS EN LA TEORÍA DEL REFUERZO	77
5.4	FUNCIÓN	79
5.5	MEDICIÓN	80
	5.5.1 ESCALA DE THURSTONE	81
	5.5.2 ESCALA DE LIKERT	81
	5.5.3 DIFERENCIAL SEMANTICO DE OSGOOD	81
	5.5.4 MÉTODO DE LOUIS GUTMAN	82
	5.5.5 ESCALA DE DISTANCIA SOCIAL	82
	5.5.6 TÉCNICAS DE RESPUESTA LIBRE	82
	5.5.7 SOCIOMETRÍA	82
5.6	MODIFICACIÓN	83
	5.6.1 CAMBIO DEL COMPONENTE COGNOSCITIVO	83
	5.6.2 CAMBIO DEL COMPONENTE AFECTIVO	83
	5.6.3 CAMBIO DEL COMPONENTE CONDUCTUAL	84
CAPÍTULO VI		85
METODOLOGÍA		
6.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	86
6.2	OBJETIVOS	86
	6.2.1 OBJETIVO GENERAL	86
	6.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	86
6.3	HIPÓTESIS	87
	6.3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO	87
6.4	VARIABLES	87
	6.4.1 VARIABLES INDEPENDIENTES	87
	6.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE	87
	6.4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES	87
6.5	POBLACIÓN	89
	6.5.1 MUESTRA	89
	6.5.2 MUESTREO	89
6.6	INSTRUMENTO	90
	6.6.1 DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS	91
6.7	PROCEDIMIENTO	92
	6.7.1 DIAGNÓSTICO INICIAL – ESTUDIO DE ACTITUDES HACIA EL SIDA	92
	6.7.2 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SIDA	92
	6.7.3 DIAGNÓSTICO FINAL – ESTUDIO DE ACTITUDES HACIA EL SIDA	93
	6.7.4 INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS	93
CAPÍTULO VII		94
RESULTADOS		
7.1	CODIFICACION DE LA INFORMACIÓN	95
7.2	INTERPRETACIÓN DE DATOS	96
7.3	DISCUSION DE LOS RESULTADOS	122
CAPÍTULO VIII		124
CONCLUSIONES		
ANEXOS		131
1	INCIDENCIA POR ETS Y SIDA 1987 – 1998	131
2	CASOS DE SIDA POR ENTIDAD FEDERATIVA	133
3	INSTRUMENTO	135
4	PROGRAMA EDUCATIVO VIH/SIDA	139
REFERENCIAS		170
BIBLIOGRAFIA		172

INTRODUCCIÓN

**"TENEMOS QUE ACEPTAR QUE
EL COMPORTAMIENTO HUMANO
RESULTA MÁS COMPLEJO QUE
CUALQUIER VIRUS".**

JONATHAN MANN.

EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) ES UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA EMERGENTE QUE AFECTA A TODOS LOS PAISES DEL MUNDO; POR SU ALTA LETALIDAD HA CAUSADO GRAN IMPACTO ENTRE LA POBLACIÓN URBANA EN EDAD REPRODUCTIVA. EN MÉXICO, LAS PROYECCIONES EFECTUADAS COLOCAN AL SIDA COMO UNA CAUSA IMPORTANTE DE MORTALIDAD, ESPECIALMENTE ENTRE LOS HOMBRES JOVENES, POR ELLO, LA EPIDEMIA DEL SIDA ESTA SACUDIENDO LA CONCIENCIA COLECTIVA. CUANDO EN 1981 SE DETECTO EL PRIMER CASO DE SIDA EN NUESTRO PAÍS, SE OBSERVO QUE EL CONOCIMIENTO EN CUANTO AL SEXO ERA ESCASO O CASI NULO.

COMO ES BIEN SABIDO, EN MÉXICO LA POBLACIÓN ADOLESCENTE OCUPA UNA PORCIÓN IMPORTANTE; Y ES EL GRUPO DONDE LAS EXIGENCIAS Y MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES DE LA SALUD SEXUAL SON MÁS EVIDENTES, Y EN DONDE SE REQUIEREN RESPUESTAS SOCIALES PARA QUE PUEDAN CUMPLIR CON SUS ASPIRACIONES DE BIENESTAR Y DESARROLLO Y, A SU VEZ CONTRIBUIR A EL MEJORAMIENTO DE SU SOCIEDAD.

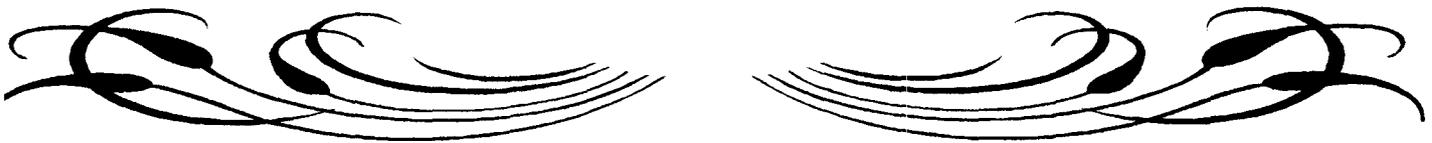
EL ESTABLECER CON CIERTA PRECISIÓN LA MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA POBLACIÓN MEXICANA SUSCEPTIBLE DE CONTRAER EL SIDA, DEPENDERÁ DE UN MEJOR CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO; ES EN ESTE ARGUMENTO EN EL QUE BASAMOS LA IMPORTANCIA Y RELEVANCIA SOCIAL, DEL FORMAR PROYECTOS EDUCATIVOS, DE PERFIL PREVENTIVO EN EL TRATAMIENTO DE EL SIDA, PRINCIPALMENTE EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE NIVEL SECUNDARIA ENTRE LOS 12 Y LOS 18 AÑOS, QUE ESTÁN POR EJERCER SU SEXUALIDAD, Y CON ELLO INCURSIONANDO EN CONDUCTAS DE RIESGO. ES PUES, IMPORTANTE REALIZAR INVESTIGACIÓN EN TORNO A LAS PRINCIPALES ACTITUDES EN TORNO AL VIH/SIDA, POSITIVAS Y NEGATIVAS, QUE TIENEN LUGAR EN EL ÁMBITO SOCIAL, E IDENTIFICAR LOS FACTORES CULTURALES, IDEOLÓGICOS Y SOCIALES QUE EXPLICAN TALES REACCIONES.

EL PROGRAMA V.I.H. / SIDA, ES PRIMORDIALMENTE EDUCATIVO, CON EL CUAL SE PRETENDE CREAR CONSCIENCIA EN LA POBLACIÓN PARA QUE ASUMA LA RESPONSABILIDAD DE SU VIDA SEXUAL, PRINCIPALMENTE A TRAVÉS DEL USO DE PRESERVATIVOS, ESTE PROGRAMA SE ESTRUCTURA A PARTIR DE UN ESTUDIO DE ACTITUDES APLICADO A JOVENES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA; SE PRETENDE CORROBORAR QUE LA POBLACIÓN NO CUENTA CON LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA PREVENCIÓN DE DICHA ENFERMEDAD; LA CUAL HA VENIDO A LLAMAR NUESTRA ATENCIÓN, EN UN SENTIDO, CONTIENE TODO AQUELLO QUE NO HEMOS QUERIDO RECONOCER EN ESPECIAL DENTRO DE NUESTRA CULTURA: LA SEXUALIDAD Y MÁS ALLA, LA DUALIDAD ENTRE VIDA-MUERTE.

ESTE ES UN LLAMADO A ROMPER CON LOS CONDICIONAMIENTOS, BARRERAS Y LÍMITES QUE NOS HAN IMPUESTO SOCIALMENTE. ES IMPORTANTE MEJORAR NUESTRA CALIDAD DE VIDA, UNIRNOS PARA EDUCAR Y ASÍ PREVENIR, NO SOLO EL SIDA, SINO TANTAS OTRAS COSAS DE LAS CUALES AL INTERIOR DE LA FAMILIA GENERALMENTE NO NOS ATREVEMOS A TOCAR. NUESTRO OBJETIVO ES BUSCAR LA MEJOR FORMA DE SISTEMATIZAR EL TRABAJO EDUCATIVO, ESTABLECIENDO NUEVOS MECANISMOS DE COMUNICACIÓN Y ENLACE, EN BASE AL APOYO MUTUO Y LA RETROALIMENTACIÓN, IDENTIFICANDO LOS PUNTOS CENTRALES DE LAS ACTITUDES, CUYA DETECCIÓN ES BÁSICA PARA DESARROLLAR INTERVENCIONES EDUCATIVAS Y ASISTENCIALES. LA PROPUESTA DE FONDO ES ADAPTAR LOS MENSAJES EDUCATIVOS A LAS CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LOS GRUPOS A LOS QUE SE DIRIGEN. ESTE TIPO DE PROYECTOS FACILITARÁ EL ÉXITO DE LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN, ADAPTACIÓN, DESARROLLO Y DESEMPEÑO ÓPTIMO DURANTE Y DESPUÉS DEL PERIODO DE ADOLESCENCIA, ASUMIENDO LA SEXUALIDAD DE MANERA AUTÓNOMA, CONSCIENTE Y RESPONSABLE.



CAPÍTULO I
“SIERRA DE SANTA CATARINA”



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.
CAMPUS IZTAPALAPA.

CAPÍTULO I

SIERRA DE SANTA CATARINA.

EN ABRIL DE 1998, LA COORDINACIÓN DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA – IZTAPALAPA, RETOMANDO UN PROYECTO INICIADO EN 1989, EXTENDIÓ UNA INVITACIÓN A LOS ESTUDIANTES DE ESTA LICENCIATURA PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD, PARA RECUPERAR LA EXPERIENCIA COMUNITARIA REALIZADA EN LA COLONIA SAN MIGUEL TEOTONGO EN 1989; ESTE ASENTAMIENTO SE UBICA DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA SIERRA DE SANTA CATARINA Y REPRESENTA UNA PARTE DE LA HISTORIA DE ESTA COLONIA.

ES EN ESTE CONTEXTO QUE SURGE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, BASADA EN EL TRABAJO COMUNITARIO, EN PRO DEL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN A LA QUE ESTA DIRIGIDO, SIENDO ESTA LOS ESTUDIANTES DE SAN MIGUEL TEOTONGO DE EDUCACIÓN MEDIA, ESPECÍFICAMENTE DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87, TURNO VESPERTINO.

1.1

SIERRA DE SANTA CATARINA

1.1.1

UBICACIÓN

LA SIERRA DE SANTA CATARINA (SSC) ES UNA ZONA MONTAÑOSA, CON UNA SUPERFICIE DE 18.29 Kms², 10.52 PERTENECIENTES A LA DELEGACIÓN POLÍTICA IZTAPALAPA, Y 7.77 A TLAHUAC; UBICADA EN EL ORIENTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO; INTEGRADA POR 47 COLONIAS: CAMPESTRE EL POTRERO, BUENA VISTA, LOMAS DE LA ESTANCIA, SANTA CATARINA, SAN MIGUEL TEOTONGO, Y XALPA, POR CITAR ALGUNAS; ESTAS COLONIAS TIENEN SUS LÍMITES AL NORTE LA AUTOPISTA MÉXICO-PUEBLA, AL SUR LA COLONIA SAN LORENZO TEZONCO, AL ESTE LA DELEGACIÓN POLÍTICA DE TLAHUAC, Y AL OESTE LA CALZADA ERMITA IZTAPALAPA.

1.1.2

TERRENO

LAS 47 COLONIAS QUE INTEGRAN LA SSC, CUENTAN CON DOS TIPOS DE TERRENO: LOMERÍO Y PLANICIE EN DECLIVE; CUENTA CON CAÑADAS, MONTAÑAS Y BARRANCAS, BÁSICAMENTE COMPUESTAS DE PIEDRA VOLCANICA Y ARENA; EN LA ZONA NORTE SE ENCUENTRAN CERROS Y VOLCANES PEQUEÑOS.

1.1.3

SERVICIOS

LAS COLONIAS QUE CUENTAN CON MEJORES SERVICIOS, SON LAS UBICADAS EN LAS ZONAS BAJAS; ESTO PORQUE LAS ZONAS ALTAS SON ASENTAMIENTOS MÁS RECIENTES.

1.1.4 POBLACIÓN

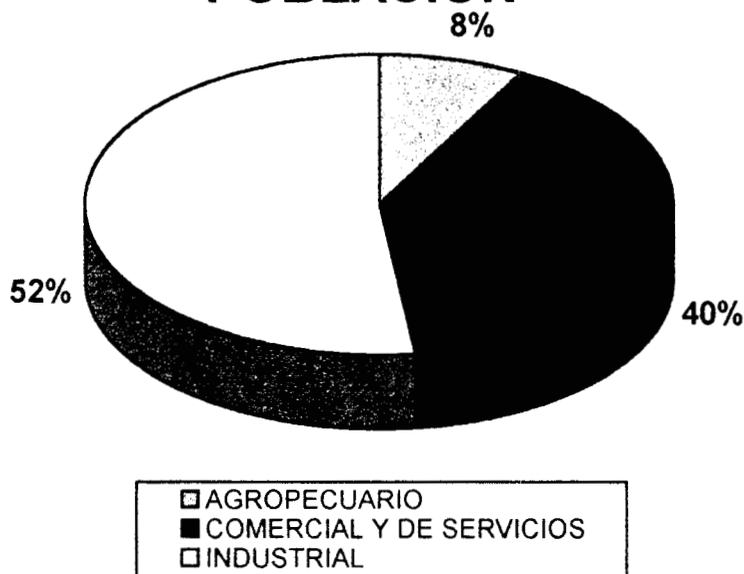
SE ESTIMA QUE LA MAYOR PARTE DE LA POBLACIÓN PROVIENE DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA.

PARA 1995, LA SSC ESTABA HABITADA POR APROXIMADAMENTE 350,900 PERSONAS, 50.7 % (N=178,000) HOMBRES, Y 49.3 % (N=172,900) MUJERES¹.

EN CUANTO A EDUCACIÓN, EL FONDO SOLIDARIO PARA LA VIVIENDA (FOSOVI) EN UN ESTUDIO REALIZADO EN 1993, REPORTÓ QUE EL 80 % DE LA POBLACIÓN QUE TUVO ACCESO A ALGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN, LO HIZO DENTRO DE LA ZONA Y EL RESTANTE, REALIZÓ SUS ESTUDIOS EN DELEGACIONES ALEDAÑAS.

EN EL MISMO ESTUDIO REALIZADO POR FOSOVI, Y EN COLABORACIÓN CON LA ORGANIZACIÓN "DECA-EQUIPO PUEBLO" SE INDICÓ QUE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA SE DISTRIBUYE EN UN 8 % EN EL SECTOR AGROPECUARIO, 40 % EN EL SECTOR COMERCIAL Y DE SERVICIOS, Y 52 % EN EL SECTOR INDUSTRIAL, DE LOS CUALES SOLO UN 15 % TRABAJA DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA SSC.

SECTORES EN QUE LABORA LA POBLACION



¹ DECA-EQUIPO PUEBLO (1996). *La Sierra de Santa Catarina*. MÉXICO: EQUIPO PUEBLO

1.1.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

EN CUANTO A SU ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL, CUENTAN CON DIVERSAS FORMAS ASOCIATIVAS, QUE VAN DESDE LOS COMITÉS DE BARRIO HASTA LAS UNIONES DE COLONOS INDEPENDIENTES, ENTRE LAS CUALES DESTACA LA UNIÓN DE COLONOS DE SAN MIGUEL TEOTONGO. ESTAS ORGANIZACIONES, A LO LARGO DE SU HISTORIA, HAN HECHO GESTIONES ANTE LAS AUTORIDADES DEL GOBIERNO PARA MEJORAR SUS CONDICIONES DE VIDA EN LUCHA POR LA DEFENSA DE SUS TERRENOS, LA ADQUISICIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS, LA REGULARIZACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE PREDIOS.

LA NECESIDAD DE FORMAR ESTOS TIPOS DE ORGANIZACIÓN SURGIÓ BÁSICAMENTE POR LA VENTA FRAUDULENTE DE TERRENOS POR ALGUNOS FRACCIONADORES Y LA NEGATIVA DE LAS AUTORIDADES LOCALES POR REGULARIZAR LOS TERRENOS; ALREDEDOR DE 1960, ESTA LUCHA FUE UN CONDICIONANTE PARA QUE LA POBLACIÓN, TANTO DE LA SSC COMO DE GRUPOS EXTERNOS SE AGLUTINARA.

AUNADO A ESTO, LA POBLACIÓN HA ELABORADO Y DESARROLLADO ALGUNOS PROYECTOS ALTERNATIVOS DE DESARROLLO SOCIAL, JUNTO CON ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONGs), Y EL APOYO DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL, EN EL DESARROLLO DE CENTROS DE SALUD, CASAS HOGAR PARA DISCAPACITADOS Y ANCIANOS, COCINAS POPULARES, TECHOS FRATERNOS, ENTRE OTROS. DESTACA EL CASO DE LA UNIÓN DE COLONOS DE SAN MIGUEL TEOTONGO, QUE DURANTE 20 AÑOS DE ORGANIZACIÓN Y LUCHA, HA IMPULSADO IMPORTANTES PROYECTOS DE BIENESTAR SOCIAL.

EL PAPEL DE ESTAS ORGANIZACIONES EN GENERAL HA SIDO FUNDAMENTAL, YA QUE LOS SERVICIOS PÚBLICOS CON QUE CUENTA LA SSC, SON PRODUCTO DE LA LUCHA QUE POR DÉCADAS HAN SOSTENIDO LOS COLONOS ORGANIZADOS ANTE EL GOBIERNO LOCAL. SOBRESALEN EN ESTA LUCHA, LAS UNIONES DE COLONOS DE XALPA, LOMAS DE LA ESTANCIA Y SAN MIGUEL TEOTONGO.

EN ESTE SENTIDO, Y EN CUANTO A LA ADQUISICIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS, ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA ZONA ES LA ESCASEZ DE AGUA, A LO CUAL, Y MEDIANTE LAS UNIONES DE COLONOS SE HA LOGRADO QUE LA DELEGACIÓN POLÍTICA, SUMINISTRE EL LÍQUIDO MEDIANTE PIPAS, AUNQUE TAMBIÉN ESTE SE DÉ MEDIANTE SERVICIOS PARTICULARES.

1.2 SAN MIGUEL TEOTONGO.

SAN MIGUEL TEOTONGO (SMT) ES UNA COLONIA POPULAR, QUE COMO YA SE HA DICHO, ESTA UBICADA EN EL ORIENTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO, FORMANDO PARTE DE LA SIERRA DE SANTA CATARINA, CUENTA CON 18 SECCIONES.

LOS COLONOS SE ORGANIZARON, FUNDANDO LA UNIÓN DE COLONOS DE SAN MIGUEL TEOTONGO, COMO RESPUESTA A LA VENTA DE TERRENOS DE LA MISMA, PUESTO QUE ESTOS FUERON VENDIDOS EN DOS Y HASTA TRES VECES A LOS POBLADORES DE LA ZONA POR DIFERENTES "CONCESIONADORES".

A TRAVÉS DE SU UNIÓN DE COLONOS LA COMUNIDAD HA LOGRADO LA INSTALACION DE SERVICIOS, ELABORANDO ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA COMO LAS COCINAS POPULARES, DESAYUNADORES, PROGRAMAS DE PRODUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO URBANO PARA LA COLONIA.

CUENTAN CON DIVERSOS PROYECTOS, ENTRE LOS CUALES DESTACA EL LLAMADO "PROYECTO DE AUTODESARROLLO", QUE ES UN ESFUERZO DE LA UNIÓN DE COLONOS Y EL EQUIPO PUEBLO, EN DONDE LA PROMOCIÓN DE NUEVAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN SE ORIENTAN A LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS ESPACIOS Y ALTERNATIVAS QUE MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES DE LA COLONIA.

ESTA PROPUESTA DE AUTODESARROLLO INCORPORA UNA SERIE DE PROGRAMAS INDISPENSABLES PARA ATENDER LAS PRINCIPALES DEMANDAS DE LA COMUNIDAD, ESTOS PROGRAMAS A SABER SON:

- ALIMENTACIÓN

- ECOLOGÍA

- PRODUCTIVO

- CULTURAL

- COMUNICACIÓN

- SALUD

1.2.1 PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN

SU OBJETIVO ES INCREMENTAR EL NIVEL DE VIDA Y ALIMENTACIÓN DE LA POBLACIÓN DE SMT. A GRANDES RASGOS COMPRENDE:

<p>COCINAS POPULARES</p>	<p>ADMINISTRADAS POR SOCIAS DE LA MISMA COLONIA QUE ATIENDEN LAS DEMANDAS DE COMIDAS NUTRICIONALMENTE BALANCEADAS A PRECIOS ECONÓMICOS.</p>
<p>DESAYUNADORES INFANTILES</p>	<p>PRESTAN SERVICIOS PRINCIPALMENTE A LA POBLACIÓN INFANTIL Y SON UNA OPCIÓN NUTRICIONAL A LA DIETA FAMILIAR.</p>
<p>NUTRICIÓN INFANTIL</p>	<p>EN COORDINACIÓN CON EL PROGRAMA DE SALUD, SE REALIZA UN CONTROL PERMANENTE DE PESO Y TALLA EN MENORES DE 5 AÑOS, COMO UN INDICADOR DEL NIVEL NUTRICIONAL DE ESTA POBLACIÓN.</p>

1.2.2 PROGRAMA DE ECOLOGÍA

SU OBJETIVO ES APOYAR LA LUCHA POR LA DEFENSA DEL MEDIO AMBIENTE EN LA CIUDAD DE MÉXICO, A TRAVÉS DE LA GENERACIÓN DE ESPACIOS DE DESARROLLO ECOLÓGICO QUE PERMITAN LA PROTECCIÓN Y USO DE LAS ÁREAS VERDES DE LA COLONIA, FOMENTANDO LA CONSTRUCCIÓN DE UNA NUEVA CULTURA ECOLÓGICA. ESTE PROGRAMA A GRANDES RASGOS COMPRENDE:

<p>PARQUE ECOLÓGICO</p>	<p>CONSTRUCCIÓN DE UN ESPACIO DE ESPARCIMIENTO Y RECREACIÓN EN LA COLONIA, A LA VEZ QUE MEJORA LAS CONDICIONES DEL AMBIENTE, MEDIANTE LA CONSERVACIÓN DE LA FLORA Y FAUNA EXISTENTE EN LA ZONA</p>
<p>EDUCACIÓN AMBIENTAL</p>	<p>A TRAVÉS DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y DE CAPACITACIÓN, SE PRETENDE ELEVAR LA CONCIENCIA ECOLÓGICA Y LAS CONDUCTAS PROSOCIALES QUE FAVOREZCAN LA DEFENSA Y PRESERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE</p>

1.2.3 PROGRAMA PRODUCTIVO

EL OBJETIVO DE ESTE PROGRAMA ES ESTABLECER ÁREAS PRODUCTIVAS QUE PERMITAN OBTENER ALIMENTOS Y EXCEDENTES PARA BENEFICIO DE LA POBLACIÓN Y DE LA ORGANIZACIÓN; ESTE PROGRAMA A GRANDES RASGOS COMPRENDE:

<p>TORTILLERÍA</p>	<p>ESTIMULAR LA PRODUCCIÓN Y CONSUMO DE MAÍZ ENRIQUECIDO CON SOYA.</p>
<p>DESARROLLO</p>	<p>ESTUDIO DE FACTIBILIDAD SOCIAL Y ECONÓMICA DE DIFERENTES PROPUESTAS.</p>

1.2.4 PROGRAMA CULTURAL

EL OBJETIVO DE ESTE PROGRAMA ES DEMOCRATIZAR LA CULTURA A TRAVÉS DEL TRABAJO COLECTIVO, DONDE LA COMUNIDAD SE APROPIE, PRESERVE Y DIFUNDA SU PATRIMONIO CULTURAL E HISTÓRICO PARA RETOMAR EL SABER POPULAR, RECUPERANDO Y REAFIRMANDO LA IDENTIDAD REGIONAL; ESTE PROGRAMA A GRANDES RASGOS COMPRENDE:

<p>MUSEO COMUNITARIO</p>	<p>ES UN ESPACIO ABIERTO A TODAS LAS EXPRESIONES, ORGANIZACIONES Y SECTORES DE LA COLONIA PARA QUE LA COMUNIDAD SE RECONOZCA EN EL MUSEO COMO SUJETO ACTIVO EN LOS PROCESOS HISTÓRICOS Y CULTURALES QUE SE DAN EN SU SOCIEDAD.</p>	<p>OFRECE LOS SIGUIENTES SERVICIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ VISITAS GUIADAS ➤ CURSOS ➤ TALLERES ➤ CONFERENCIAS ➤ PUBLICACIONES ➤ INVESTIGACIÓN
<p>CENTRO CULTURAL</p>	<p>ES UN ESPACIO DE DIFUSIÓN Y PRODUCCIÓN COLECTIVA QUE PRETENDE AUMENTAR EL MONTO Y CALIDAD DE LOS EVENTOS Y SERVICIOS CULTURALES Y RECREATIVOS A LOS HABITANTES DE LA COLONIA</p>	<p>OFRECE LOS SIGUIENTES SERVICIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ VISITAS GUIADAS ➤ CURSOS ➤ TALLERES ➤ CONFERENCIAS ➤ PUBLICACIONES

1.2.5 PROGRAMA DE COMUNICACIÓN

EL OBJETIVO DE ESTE PROGRAMA ES POSIBILITAR LA UNIÓN Y ARTICULACIÓN ENTRE LA ORIENTACIÓN Y DECISIÓN INSTITUCIONAL Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA; PARA POTENCIAR NUEVAS LÍNEAS DE TRABAJO QUE ELEVEN EL NIVEL DE VIDA DE LA POBLACIÓN; ESTE PROGRAMA A GRANDES RASGOS COMPRENDE:

INVESTIGAR Y DIAGNOSTICAR NECESIDADES DE COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LA COLONIA.
PRODUCIR MENSAJES Y MATERIALES PARA OPTIMIZAR LOS PROGRAMAS DEL PROYECTO.
SOCIALIZAR Y DIFUNDIR MATERIALES DE COMUNICACIÓN PARA QUE INCREMENTEN EL CONOCIMIENTO Y LA INFORMACIÓN EN LA ZONA.
PROPORCIONAR Y PROPONER ALTERNATIVAS DE COMUNICACIÓN QUE FACILITEN LA SISTEMATIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS.

1.2.6 PROGRAMA DE SALUD

ESTE PROGRAMA TIENDE A ELEVAR LA CALIDAD DE VIDA Y DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD EN SMT A PARTIR DEL USO DE LA MEDICINA ALTERNATIVA Y DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD; ESTE PROGRAMA A GRANDES RASGOS COMPRENDE:

FORMACIÓN DE PROMOTORES DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DIAGNÓSTICO POBLACIONAL ➤ DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREVENTIVO ➤ USO Y MANEJO DE MEDICAMENTOS Y OTRAS ALTERNATIVAS PARA CURAR
EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD	SE CAPACITA A LA POBLACIÓN PARA ENFRENTAR PROBLEMAS DE SALUD.
ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD	<p>POR MEDIO DE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ MEDICAMENTOS HERBOLARIOS ➤ JARDINES BOTÁNICOS ➤ PRODUCCIÓN Y PROCESAMIENTO DE MEDICAMENTOS

LOS OBJETIVOS DE ESTE PROGRAMA HAN SIDO:

- BRINDAR ATENCIÓN CURATIVA A LA POBLACIÓN, OFRECIENDO DIFERENTES OPCIONES TERAPEUTICAS A TRAVÉS DE ALOPATÍA, ACUPUNTURA, HERBOLARIA Y MASAJES.
- PROMOVER CAMPAÑAS PREVENTIVAS EN EL ÁMBITO INDIVIDUAL, COMO TOMA DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAO, VACUNACIÓN, CONTROL DE PESO Y TALLA EN LOS NIÑOS, Y CONTROL DE EMBARAZO.
- REALIZAR CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD HACIA LA POBLACIÓN DE LA COLONIA, COMO CAMPAÑAS CONTRA BASURA, CAMPAÑAS DE REFORESTACION, DE DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS, ETC.
- ORGANIZAR CURSOS Y TALLERES DIRIGIDOS A LAS MUJERES SOBRE DIFERENTES TEMÁTICAS COMO NUTRICIÓN Y ALTERNATIVAS NUTRICIONALES, HERBOLARIA, SALUD DE LA MUJER, CONTROL Y MANEJO DEL ESTRÉS, ETC.
- COORDINAR CON OTROS GRUPOS DE SALUD DE LA ZONA Y DEL PAÍS PARA APOYO E INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS.
- APOYAR A LAS ORGANIZACIONES SOCIALES A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN POPULAR EN SALUD.

POR OTRA PARTE, ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE EL PROGRAMA EN SALUD HA ESTADO VINCULADO A OTRAS ORGANIZACIONES COMO EL MOVIMIENTO NACIONAL DE SALUD POPULAR (MNSP), Y PRODUSSEP.

1.3

ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87

LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87, SE UBICA EN ELOY CAVAZOS ESQUINA CON NARDO, COLONIA SAN MIGUEL TEOTONGO, SECCIÓN LA CRUZ, DELEGACIÓN IZTAPALAPA, MÉXICO, D.F. LOCALIZÁNDOSE ESTA UBICACIÓN EN LA PARTE ALTA DE LA SSC.

SE IMPARTE LA EDUCACIÓN MEDIA EN SU VARIANTE TÉCNICA Y MIXTA, A LOS POBLADORES DE LA ZONA DE LA SSC; CUENTA CON TRES CONSTRUCCIONES PRINCIPALES, LAS CUALES SON DESTINADAS A AULAS, LABORATORIOS Y ADMINISTRACION, Y LA ÚLTIMA PARA TALLERES; CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PÚBLICOS.

SE CUENTA CON UNA PEQUEÑA BIBLIOTECA, LA CUAL DA SERVICIO A LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL, CON LOS REQUISITOS DE PRESENTAR LA CREDENCIAL VIGENTE, Y PRESENTARSE CON EL UNIFORME ESCOLAR. SIN EMBARGO, EL ACERVO BIBLIOGRÁFICO ES REDUCIDO, AUNQUE SUFICIENTE PARA LOS REQUERIMIENTOS ACTUALES DE LA POBLACIÓN; CUENTAN CON SERVICIO DE VIDEOTECA Y AUDIOVISUAL, COMO APOYO A LA DOCENCIA.

EN CONTRAPARTE, NO SE CUENTA CON EL MATERIAL NECESARIO PARA LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS, AUNQUE SE CUENTA CON EL ESPACIO REQUERIDO PARA ELLO.

SE DETECTA GRAN DESERCIÓN EN SU POBLACIÓN ESTUDIANTIL (APROXIMADAMENTE 16.2 %), DEBIDO A QUE LA SITUACIÓN ECONÓMICA ACTUAL DEL PAÍS LOS OBLIGA A INSERTARSE EN LA VIDA PRODUCTIVA ANTES DE CONCLUIR SUS ESTUDIOS; Y SOLO EL 78.6 % LOGRA CONCLUIR LOS ESTUDIOS PARA ESTE NIVEL EDUCATIVO.

ESTA ESCUELA CUENTA CON SERVICIO EN TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, PERO PARA EFECTO DE ESTA INVESTIGACIÓN SOLO SE CONSIDERARON LOS ESTUDIANTES INSCRITOS EN EL TURNO VESPERTINO, QUE A SABER, SE DIVIDE EN 5 GRUPOS DE PRIMER GRADO, 3 PARA EL SEGUNDO, Y 2 PARA TERCERO.

1.3.1

POBLACIÓN ESTUDIANTIL

LA POBLACIÓN INSCRITA EN EL TURNO VESPERTINO SUMA 278 ESTUDIANTES, SUS EDADES FLUCTUAN ENTRE LOS 12 Y 18 AÑOS DE EDAD. EN SU MAYORÍA, SON HABITANTES DE LA ZONA.

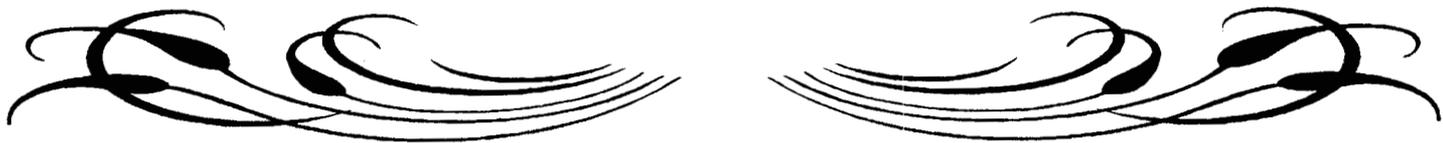
EL HORARIO DE CLASES ES DE 14:00 A 21:00 HORAS, COMPUESTO POR 8 SESIONES DE 50 MINUTOS CADA UNA, Y UN RECESO DE 20 MINUTOS, DURANTE EL CUAL LOS ESTUDIANTES ORGANIZAN JUEGOS DE PELOTA, Y RIÑAS, TANTO GRUPAL COMO INTERGRUPALMENTE.

GRAN PARTE DE LA POBLACIÓN MASCULINA LABORA POR LA MAÑANA, PARA AYUDAR EN EL SUSTENTO DE SUS HOGARES; POR ESTO SE OBSERVA UN ÍNDICE ELEVADO DE AUSENTISMO, Y CIERTO GRADO DE ANTIPATÍA.

HEMOS PRESENTADO HASTA ESTE MOMENTO EL MARCO CONTEXTUAL EN EL QUE SE DESENVUELVE LA POBLACIÓN CON LA QUE SE TRABAJA EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, COMO YA SE HA SENTADO EN LA INTRODUCCIÓN, PRESENTAMOS AQUÍ UN ESTUDIO DE CAMBIO DE ACTITUDES PROPUESTO MEDIANTE LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA ABORDÁNDOLO DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD, LA CUAL SE INTEGRA EN PRIMER TERMINO POR LA PSICOLOGÍA SOCIAL, QUE MEDIANTE LAS PERSPECTIVAS COMUNITARIA Y DE SALUD SE PRESENTA COMO UNA RELATIVAMENTE NUEVA FORMA DE HACER INVESTIGACIÓN, LA CUAL EMINENTEMENTE PSICOSOCIAL, INTEGRA TODO EL BAGAJE CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO DE DIVERSAS DISCIPLINAS ORIENTADAS A UN SOLO FIN: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, MEDIANTE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.



CAPÍTULO II
“PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA
SALUD”



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.
CAMPUS IZTAPALAPA.

CAPÍTULO II

PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

2.1

PSICOLOGÍA SOCIAL.

LA PSICOLOGÍA SOCIAL ES LA DISCIPLINA QUE INVESTIGA LAS RELACIONES ENTRE SOCIEDAD E INDIVIDUO, PERO NO ES UN SUSTITUTO PARA LA SOCIOLOGÍA O LA PSICOLOGÍA COMO TALES, SINO QUE REPRESENTA UN ENFOQUE NUEVO.

LOS PSICÓLOGOS SOCIALES NO SE CANSAN DE REPETIR QUE EL NIÑO AL NACER NO POSEE NI NATURALEZA HUMANA NI CULTURA; SEÑALAN TAMBIÉN EL HECHO DE QUE TIENE UN DETERMINADO TIPO DE ESTÍMULOS Y RESPUESTAS RUDIMENTARIAS, Y UN SISTEMA NERVIOSO EXTREMADAMENTE SENSIBLE, SOBRE EL QUE EL MUNDO SOCIAL EDIFICA UNA AMPLIA VARIEDAD DE HÁBITOS, ACTITUDES Y CREENCIAS CULTURALES APROPIADAS QUE LE CAPACITARÁN PARA OCUPAR LOS CARGOS QUE LA SOCIEDAD ESPERA DE ÉL, PUEDE DECIRSE QUE EL ORGANISMO BIOLÓGICO ES EL FUNDAMENTO DEL QUE EMERGE LA PERSONALIDAD Y ES EL SUSTRATO DE LA PERSONALIDAD A TRAVÉS DE LA VIDA.

A LA PSICOLOGÍA SOCIAL LE INTERESAN ESTUDIOS EN RELACIÓN CON TEMAS COMO: ACTITUDES, PERCEPCIÓN Y ATRACCION INTERPERSONAL, RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, CONFORMISMO, AGRESIÓN, COMPORTAMIENTOS DE AYUDA, Y EL PREJUICIO, ENTRE OTROS.

2.1.1

PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA.

LA PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA SE PRESENTA COMO UNA NUEVA FORMA DE HACER INVESTIGACIÓN. SURGE EN LA DÉCADA DE LOS SESENTA EN LOS E.U.A. Y LLEGA A LATINOAMÉRICA EN LA DÉCADA SIGUIENTE; SU OBJETO ES ESTUDIAR LOS FACTORES PSICOSOCIALES QUE PERMITEN DESARROLLAR, FOMENTAR Y MANTENER EL CONTROL Y PODER QUE LOS INDIVIDUOS EJERCEN SOBRE SU AMBIENTE INDIVIDUAL Y SOCIAL PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS QUE LOS AQUEJAN Y LOGRAR CAMBIOS EN LAS ESTRUCTURAS SOCIALES. EL FACTOR PRIMORDIAL EN ESTA LABOR ES GENERAR EL "CAMBIO SOCIAL", MEDIANTE SU AGENTE DE TRANSFORMACIÓN QUE ES LA "COMUNIDAD", LA CUAL DEBE SER IMPLICADA EN TODO EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN, DESDE LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES HASTA LA BUSQUEDA DE SOLUCIONES, TODO CONDUCIDO A GENERAR UNA CONCIENCIA INTEGRAL QUE CONLLEVE A LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL.

ESTA DISCIPLINA SE SUSTENTA EN UN SIN NÚMERO DE "MICROTEORÍAS" O MODELOS ELABORADOS PARA RESPONDER A PROBLEMAS CONCRETOS; SIN EMBARGO, Y PARA EFECTO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, HAREMOS REFERENCIA A EL MODELO SOCIO-COMUNITARIO, EL CUAL SE PRESENTA COMO UN MODELO DE ACCIÓN-INVESTIGACIÓN DENOMINADO "INTERVENCIÓN EN LA INVESTIGACIÓN", EN DONDE EL PROFESIONAL ACTUA COMO UN AGENTE DE CAMBIO SOCIAL CUYA FUNCIÓN IMPLICARÍA:

- PROPORCIONAR INFORMACIÓN PROMOVRIENDO ACTITUDES Y OPINIONES.
- OFRECER LA AYUDA QUE SE REQUIERA PARA DEFINIR LOS PROBLEMAS Y LAS SOLUCIONES EN EL CONTEXTO DE LOS PARTICIPANTES.
- EXPLICAR A LOS SUJETOS LOS OBJETIVOS PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.
- PLANIFICAR CON ELLOS LOS PROGRAMAS DE ACCIÓN SOCIAL Y COMPARTIR LOS HALLAZGOS.

CON ESTA AUTOGESTIÓN Y EL CONSECUENTE DESARROLLO COMUNITARIO SE INTENTA LOGRAR UN CAMBIO SOCIAL. AUNADO A ESTE MODELO, ES RELEVANTE LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA PARA EL TRABAJO SOCIO-COMUNITARIO. ESTE MÉTODO SURGE SEGÚN SANGUINETI² A FINALES DE LOS SESENTA EN AMÉRICA LATINA COMO CRÍTICA A LAS TEORÍAS DEL DESARROLLO Y DE LA MODERNIZACIÓN, Y COMO REACCIÓN EN CONTRA DE LAS CIENCIAS SOCIALES TRADICIONALES.

DESDE FINES DEL SIGLO XIX SE DAN DOS PARADIGMAS; AMBOS DETERMINAN LOS ENFOQUES DE LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA: UNO SE DIRIGE AL ESTRUCTURAL FUNCIONALISMO, OTRO HACIA EL MATERIALISMO HISTÓRICO.

LA LÓGICA DEL FUNCIONALISMO, DIRIGIDA AL MANTENIMIENTO DEL ESTADO DE COSAS, VISUALIZA LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN COMO UNA METODOLOGÍA DE LA CIENCIA APLICADA, EN DONDE LA ACCIÓN Y LA PARTICIPACIÓN SE ORIENTAN A MEJORAR Y A REPRODUCIR LAS ESTRUCTURAS SOCIALES.

LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA, DESDE EL MATERIALISMO HISTÓRICO, DEBE SER UNA RESPUESTA QUE PERMITA A LAS CLASES EXPLOTADAS NO SOLO CONOCER SU REALIDAD, SINO TRANSFORMARLA; EN ESTE ENFOQUE DESTACAN LAS INVESTIGACIONES RADICALES DE LA DÉCADA DE LOS 60.

EN CUANTO A SU CONCEPTUALIZACIÓN, GAJARDO (1982, 1985)³ EXPONE LA EXISTENCIA DE TRES CONCEPCIONES EN LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA:

- A. COMO MÉTODO DE ACCIÓN MECANISMO DE UN APRENDIZAJE COLECTIVO QUE CULMINA CON LA TRANSFORMACIÓN DE LA COMUNIDAD EN SUJETO POLÍTICO.
- B. COMO COMPONENTE DE LOS PROCESOS DE PLANIFICACIÓN LOCAL DE GRUPOS DE UNA O MÁS COMUNIDADES QUE VIVEN EN CONDICIONES DE DOMINACIÓN Y POBREZA POR LA FORMA EN QUE SE ESTRUCTURA LA SOCIEDAD.
- C. COMO MÉTODO GENERAL PARA LA ELABORACIÓN TEÓRICA, SEA EN EL CAMPO DE LA EDUCACIÓN O EN EL DE LAS CIENCIAS SOCIALES CONTRIBUYENDO A LA DISMINUCIÓN DE LAS BRECHAS QUE GENERALMENTE EXISTEN ENTRE TEORÍA Y PRÁCTICA, ENTRE SUJETO Y OBJETO, EN LAS PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA.

LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA ES UN ENFOQUE EN LA INVESTIGACIÓN SOCIAL MEDIANTE EL CUAL SE BUSCA LA PLENA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL ANÁLISIS DE SU PROPIA REALIDAD, CON EL OBJETO DE PROMOVER LA PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL BENEFICIO DE LOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN; LA ACTIVIDAD ES, POR LO TANTO, EDUCATIVA, DE INVESTIGACIÓN Y DE ACCIÓN (CARTAGENA, COLOMBIA 1977).

² CARRANZA M. ALMEIDA E. (1995). La Investigación Participativa: Una opción Metodológica para la Psicología Comunitaria MÉXICO:UAP-
³ UADY
⁴ IDEM.

ENTENDEMOS PUES, LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA COMO UNA ACTIVIDAD INTEGRADORA QUE COMBINA LA INVESTIGACIÓN DE LA REALIDAD, EL TRABAJO EDUCATIVO Y LA ACCIÓN TRANSFORMADORA. EN REALIDAD, NO EXISTE UN MODELO DOCTRINARIO, SINO UNA GRAN DIVERSIDAD DE PROPUESTAS Y PROCEDIMIENTOS QUE VARIAN SEGÚN LOS CONTEXTOS SOCIALES; NO OBSTANTE, EXISTE UNA RELACIÓN DE INTERDEPENDENCIA ENTRE LOS DIFERENTES MODELOS QUE PERMITE APUNTAR ALGUNOS CRITERIOS MÍNIMOS QUE INTEGRAN Y FUNDAMENTAN A LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA:

- **SE VISUALIZA LA REALIDAD COMO UNA TOTALIDAD CONCRETA;**
- * **CONSIDERA QUE CUALQUIER GRUPO-COMUNIDAD ESTA EN CONDICIONES DE DEFINIR SUS NECESIDADES E INTERESES, Y DE ORGANIZARSE PARA TRATAR DE SOLUCIONARLOS. DE ESTA FORMA, EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN SE ORIGINA EN EL GRUPO-COMUNIDAD**
- * **LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA SE DESCUBRE COMO UN MÉTODO DE TRABAJO PRODUCTIVO, NO SOLO DE INVESTIGACIÓN, SINO QUE IMPLICA ORGANIZAR E IMPULSAR MOVIMIENTOS SOCIALES DE BASE, COMPROMETIDOS EN ALCANZAR METAS DE CAMBIO ESTRUCTURAL.**
- * **ESTABLECE UNA NUEVA RELACIÓN ENTRE TEORÍA Y PRÁCTICA; LA PRETENSION DE CONOCER NO CORRESPONDE A UNA CURIOSIDAD INTELECTUAL SINO AL PROPÓSITO DE TRANSFORMAR LA REALIDAD.**
- * **PLANTEA UNA NUEVA RELACIÓN ENTRE SUJETO Y OBJETO, INVESTIGADOR Y COMUNIDAD; SE PRETENDE QUE LA RELACIÓN SUJETO-OBJETO SE CONVIERTA EN UNA RELACIÓN SUJETO-SUJETO A TRAVÉS DEL DIÁLOGO, PERO COMPROMETIDOS IDEOLÓGICAMENTE EN LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL.**
- **LOS TIPOS DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA, SEGÚN CARRANZA (1995), RUBIN DE CELIS (1978) LOS CLASIFICA EN:**
 - PARTICIPACIÓN A PARTIR DE LA DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN
 - PARTICIPACIÓN A PARTIR DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS
 - PARTICIPACIÓN EN TODO EL PROCESO SOBRE UN TEMA PROPUESTO POR EL INVESTIGADOR EXTERNO
 - PARTICIPACIÓN EN TODO EL PROCESO SOBRE UN TEMA PROPUESTO POR EL GRUPO MISMO
 - PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN, A PARTIR DE LA ACCIÓN EDUCATIVA

LA PARTICIPACIÓN DE LOS INVESTIGADORES PROFESIONALES, EN LO TEÓRICO SE REFIERE A LOS APORTES QUE FACILITEN LA DEFINICIÓN DE LOS PROBLEMAS, Y EL ANÁLISIS DE LOS PROCESOS; EN LO PRÁCTICO, SE REFIERE A LA CONTRIBUCIÓN DE INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LOS OBJETIVOS PLANEADOS POR LA COMUNIDAD, Y A LA FORMACIÓN PARA AUMENTAR LA CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES.

* **PARA LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA LA CULTURA PROPIA DE LAS COMUNIDADES ES PORTADORA DE ELEMENTOS PARA LA INTERPRETACIÓN, CREACIÓN Y TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTOS.** AL CONJUGARSE EL SABER POPULAR CON EL CIENTÍFICO, SE LOGRA UN ACERCAMIENTO MAS PROPICIO DE LOS HECHOS Y PROCESOS CONCRETOS. ASÍ, LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA SE PLANTEA COMO UNA META DE RECUPERACIÓN DE ESTE SABER DE LA GENTE COMÚN.

NO SE PROPONE INVESTIGAR, NI CONOCER POR CONOCER, SINO QUE, A TRAVÉS DEL PROCESO DEL CONOCIMIENTO, PRETENDE LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL Y EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA COMUNIDAD. EN ESTE SENTIDO, LA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA NO TERMINA CON RESPUESTAS DE ORDEN TEÓRICO, SINO CON RESPUESTAS DE ACCIÓN QUE BENEFICIEN INMEDIATA Y DIRECTAMENTE A LA POBLACIÓN, EN TANTO QUE ESTA APROVECHE NO SOLO LOS RESULTADOS SINO EL PROCESO MISMO.

* **LA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA ES UN PROCESO QUE INTEGRA LA INVESTIGACIÓN, LA EDUCACIÓN Y LA ACCIÓN TRANSFORMADORA,** COMO EXPERIENCIA EDUCATIVA HACE MAYOR ÉNFASIS EN EL APRENDIZAJE, APOYA LA REFLEXIÓN COLECTIVA, PARA LOGRAR MAYOR PARTICIPACIÓN EN LOS PROCESOS DE CAMBIO.

LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA COMO HECHO EDUCATIVO, DEBE PERMITIR EL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD PARA TRANSFORMARLA. AQUÍ, EL CONCEPTO DE EDUCACIÓN POPULAR SE ENTIENDE COMO UN PROCESO DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN. ESTAS CONVERGENCIAS ENTRE LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA Y LA EDUCACIÓN POPULAR, CONDUCEN A ENTENDERLAS COMO LOS ELEMENTOS DE UN PROCESO SISTEMÁTICO Y CIENTÍFICO QUE LIGA PERMANENTEMENTE EL CONOCIMIENTO Y LA ACCIÓN, LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA, EN FUNCIÓN DE LOS INTERESES DE LAS CLASES Y GRUPOS POPULARES.

* **LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA BUSCA SUPERAR LA DICOTOMÍA ENTRE TÉCNICAS CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS PARA LA INDAGACIÓN DE LA REALIDAD SOCIAL;** ALGUNAS TÉCNICAS UTILIZADAS SON: LA OBSERVACIÓN, LA ENTREVISTA, EL DIARIO DE CAMPO, EL CÍRCULO DE INVESTIGACIÓN, LA HISTORIA DE VIDA, LA AUTOBIOGRAFÍA RAZONADA, EL TALLER, LOS SOCIODRAMAS, LOS AUDIOVISUALES, ETC.

* **LA DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN** CONSTITUYE OTRO ELEMENTO DE LA VIVENCIA SOCIALIZADA DE LA COMUNIDAD Y, POR ELLO, NO PUEDE SER UN PRODUCTO ELABORADO EXTERNAMENTE O TRAÍDO DE FUERA. DEBE SER UNA EXPRESIÓN PRÁCTICA DEL PENSAMIENTO DE LA COMUNIDAD.

LA DEVOLUCIÓN SUPONE UN EFECTO MOVILIZADOR. PARA LOGRARLO, SE REQUIERE DE UN CÓDIGO COMPARTIDO DE COMUNICACIÓN ENTRE EL SUJETO EXTERNO Y EL SUJETO INTERNO, QUE LLEVE A UNA CONCEPTUALIZACIÓN O CATEGORIZACIÓN COMÚN.

LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA MAS QUE UN MÉTODO ES CONSIDERADA UNA METODOLOGÍA QUE CONDUCE EL QUEHACER DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, MEDIANTE UNA SERIE DE REGLAS A SEGUIR. POR ESTA RAZÓN, NO PODEMOS HABLAR DE UN MODELO DOCTRINARIO QUE RIJA EL TRABAJO DE LA INVESTIGACIÓN, SINO MÁS BIEN DE PROPUESTAS Y ALTERNATIVAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL.

2.1.2 PSICOLOGÍA SOCIAL Y SALUD.

YA EN 1948, EN EL CONGRESO DE CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, SE DEFINÍA A LA SALUD COMO EL ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL Y NO LA MERA AUSENCIA DE ENFERMEDAD. DE ESTA FORMA, LA SALUD SE ENTIENDE HOY COMO EL NIVEL MAS ALTO POSIBLE DE BIENESTAR FÍSICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL, QUE PERMITAN LOS FACTORES SOCIALES EN LOS QUE VIVE INMERSO EL INDIVIDUO. LO RELEVANTE DE ESTE NUEVO CONCEPTO ES LA ACEPTACIÓN DE QUE EN EL ESTADO DE SALUD SE ENCUENTRAN IMPLICADOS FACTORES PERSONALES, GRUPALES, SOCIALES Y CULTURALES QUE SON DETERMINANTES, TANTO EN EL ORIGEN COMO EN EL MANTENIMIENTO, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DEL PROCESO DE ENFERMAR.

ESTO PERMITE HABLAR DE COMPORTAMIENTO DE RIESGO FRENTE A POBLACIONES DE RIESGO, E INFERIR EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA EN GENERAL, Y DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL EN PARTICULAR, COMO CIENCIA QUE ESTUDIA EL COMPORTAMIENTO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD; SIN EMBARGO, SE DESCUIDAN LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES QUE INEVITABLEMENTE CONCURREN EN CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD COMO LAS CUESTIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN GENERAL.

NO OBSTANTE, LO IMPORTANTE ES SUBRAYAR QUE EN LA CONSIDERACIÓN DE LA SALUD EN EL MARCO DE UN PARADIGMA HOLISTA O INTEGRAL LOS ASPECTOS MÁS SIGNIFICATIVOS PUEDEN SER:

- 1) LA SALUD NO ES SOLO LA AUSENCIA DE ENFERMEDAD, ES UN PROCESO EN EL QUE EL HOMBRE DESARROLLA AL MÁXIMO SUS CAPACIDADES ACTUALES Y POTENCIALES, TENDIENDO A LA PLENITUD DE SU AUTO-REALIZACIÓN COMO ENTIDAD PERSONAL Y SOCIAL.
- 2) EL CONCEPTO DE SALUD ES UN CONCEPTO DINÁMICO Y CAMBIANTE, CUYO CONTENIDO VARÍA EN FUNCIÓN DE LAS CONDICIONES HISTÓRICAS, CULTURALES Y SOCIALES DE LA COMUNIDAD A LA QUE PERTENECE.
- 3) LA SALUD ES UN DERECHO, PERO ADEMÁS, ES UNA RESPONSABILIDAD PERSONAL QUE DEBE SER FOMENTADA Y PROMOCIONADA POR LA SOCIEDAD Y SUS INSTITUCIONES.
- 4) LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ES UNA TAREA INTERDISCIPLINAR.
- 5) LA SALUD ES UN PROBLEMA SOCIAL Y POLÍTICO, QUE REQUIERE LA PARTICIPACIÓN ACTIVA Y SOLIDARIA DE TODA COMUNIDAD.

TODO LO EXPUESTO IMPLICA DIRECTAMENTE A LA PSICOLOGÍA SOCIAL EN LAS CUESTIONES DE SALUD EN LO REFERENTE A TEMAS QUE SON RELEVANTES EN EL DESARROLLO DE TÉCNICAS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CONDUCTAS SALUDABLES.

DE HECHO, LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD (OMS) PROPONE LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN, LA MEJORA DE CONDICIONES NO SOLO FÍSICAS, SINO TAMBIÉN SOCIALES AL REDUCIR LOS RIESGOS ASOCIADOS AL ESTILO DE VIDA, LA ADOPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES, Y LA PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS COMO ALTERNATIVA A LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.

2.2 PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

EN EL AÑO DE 1978 LA OMS, CELEBRÓ LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN ALMA ATA; EN LA CUAL SE PROPUSO PROTEGER Y PROMOVER LA SALUD COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO O REHABILITACIÓN DE LAS ENFERMEDADES; CONTEMPLANDO TAMBIÉN EL HECHO DE QUE ALGUNOS PROBLEMAS CRÓNICOS NO TENIAN SU ORIGEN EN LOS GERMENES SINO EN LOS COMPORTAMIENTOS DEL SUJETO (EL CASO DEL CÁNCER, SIDA, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, ACCIDENTES DE TRÁFICO, ETC.).

ANTE LA PRESENCIA DEL COMPORTAMIENTO COMO EL GRAN RESPONSABLE DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD COMENZÓ LA COOPERACIÓN ENTRE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO Y LAS CIENCIAS BIOMÉDICAS, CON ELLO SE APUNTALÓ DEFINITIVAMENTE EL RECHAZO A LA DICOTOMÍA ENTRE SALUD FÍSICA Y SALUD MENTAL Y SE APOSTÓ POR EL MODELO BIOPSIOSOCIAL DANDO LUGAR CON ESTA, A EL SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD, LA CUAL PONE ÉNFASIS EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ENFOCANDO SUS INTERVENCIONES EN LA MODIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA INADECUADOS ABORDANDO LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA PROMOCIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD, Y DE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ADEMÁS DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES QUE CONTRIBUYEN A LA SALUD Y A LA ENFERMEDAD.

DESDE ESTA PERSPECTIVA SE ABORDAN TEMAS COMO A) LOS COMPORTAMIENTOS COMO FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD, B) EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD A TRAVÉS DE LOS COMPORTAMIENTOS (INMUNIZADORES), C) LAS COGNICIONES ACERCA DE LA SALUD-ENFERMEDAD, D) LA COMUNICACIÓN, TOMA DE DECISIONES Y ADHERENCIA, Y E) EL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y LA INCAPACIDAD; TODO ELLO A PARTIR DE ACCIONES CONCRETAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, EN LA CUAL SE CONTEMPLAN LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, ENTRE OTRAS.

CONCEBIDA Y DENOMINADA COMO TAL, LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD SURGE EN LOS E.U.A. EN LA DÉCADA DE LOS 70, CON LA ACEPTACIÓN DEL CONCEPTO INTEGRAL DE SALUD, Y CON LA ADOPCIÓN DE LOS TRES MARCOS DE REFERENCIA: EL BIOLÓGICO, EL PSICOLÓGICO Y EL SOCIAL, ESTA SE HA VISTO REFLEJADA EN UN NÚMERO CRECIENTE DE CONEXIONES ENTRE LA MEDICINA Y LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO.

UNO DE LOS PRIMEROS ACERCAMIENTOS AL TEMA DE LA SALUD-ENFERMEDAD DESDE ESA PERSPECTIVA LO CONSTITUYÓ LA "MEDICINA COMPORTAMENTAL", Y DENTRO DE ESE MARCO, LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD SE DEFINE COMO "EL CONJUNTO DE CONTRIBUCIONES CIENTÍFICAS, EDUCATIVAS Y PROFESIONALES QUE LAS DIFERENTES DISCIPLINAS PSICOLÓGICAS HACEN A LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, A LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, A LA IDENTIFICACIÓN DE LOS CORRELATOS ETIOLÓGICOS Y DIAGNÓSTICOS DE LA SALUD, LA ENFERMEDAD Y LAS DISFUNCIONES RELACIONADAS, A LA MEJORA DEL SISTEMA SANITARIO Y A LA FORMACIÓN DE UNA POLÍTICA SANITARIA" (MATARAZZO, 1980, 815. CITADO POR RODRÍGUEZ MARIN).

LO QUE CARACTERIZA A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD ES SU ATENCIÓN PREFERENTE HACIA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DEL CAMBIO DE CONDUCTA EN DIRECCIONES DE MEJORA DE LA SALUD.

PARA JOHNSTON⁴, LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD ES LA APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA AL ESTUDIO DE LOS PROCESOS COMPORTAMENTALES IMPLICADOS EN LA SALUD, ENFERMEDAD Y CUIDADO DE SALUD. ASÍ PUES, LOS PSICÓLOGOS DE LA SALUD CONTRIBUYEN CON SU TRABAJO AL CAMPO DE LA MEDICINA COMPORTAMENTAL, COMO LO PUEDEN HACER MÉDICOS, PERSONAL DE ENFERMERÍA, TRABAJADORES SOCIALES, ASÍ COMO LOS MIEMBROS DE OTRAS DISCIPLINAS A LA INTEGRACIÓN DE LAS CIENCIAS BIOMÉDICAS Y COMPORTAMENTALES RELEVANTES PARA LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.

EN SUMA, LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD DEFINE UN CAMPO DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA AL MARCO DE LA SALUD, SE NUTRE DE UNA AMPLIA GAMA DE TEORÍAS Y MÉTODOS DE MUCHAS DISCIPLINAS PSICOLÓGICAS BÁSICAS, Y DELIMITA UN ÁREA DE PRÁCTICA PROFESIONAL.

FINALMENTE SE PUEDE DECIR QUE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD CONSTITUYE UN ÁREA DE APLICACIÓN, QUE ESTUDIA LOS FACTORES EMOCIONALES, COGNITIVOS Y COMPORTAMENTALES, ASOCIADOS A LA SALUD Y ENFERMEDAD FÍSICAS DE LOS INDIVIDUOS, Y COLABORA EN EL DISEÑO Y APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALES, GRUPALES Y COMUNITARIOS, PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PARA CONSEGUIR UNA BUENA CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO.

2.3 PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD.

SI LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD ES LA APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA CIENTÍFICA A LOS PROBLEMAS DE LA SALUD, LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD ES CONSTITUIDA POR LA APLICACIÓN ESPECÍFICA DE LOS CONOCIMIENTOS Y TÉCNICAS DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL A LA COMPRESIÓN DE TALES PROBLEMAS, Y AL DISEÑO Y PUESTA EN PRÁCTICA DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN ESE MARCO. LA ESENCIA DE LA APORTACIÓN PSICOSOCIAL ES EL ANÁLISIS DE TODAS LAS POSIBLES INTERACCIONES IMPLICADAS EN EL PROCESO DE ENFERMEDAD.

LA CONDUCTA RELACIONADA CON LA SALUD Y LA ENFERMEDAD SE APRENDE O SE REALIZA EN UN CONTEXTO SOCIAL, POR LO QUE UN ABORDAJE PURAMENTE INDIVIDUAL PROBABLEMENTE SOLO OFRECERÍA UNA PERSPECTIVA MUY LIMITADA DE LAS RELACIONES ENTRE CONDUCTA Y ENFERMEDAD PUESTO QUE EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL DETERMINA LAS ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DEL INDIVIDUO EN RELACIÓN A LA SALUD Y A LA ENFERMEDAD, ES ESTE CONTEXTO EL QUE DISEÑA EL PAPEL SOCIAL DE ENFERMO, Y EL QUE, INCLUSO, DETERMINA MUCHAS VECES LA APARICIÓN DE NUEVOS PROBLEMAS DE SALUD COMO LA HIPERACTIVIDAD; ADEMÁS, ASIGNA UN CONTENIDO ESTIGMATIZANTE A DETERMINADAS ENFERMEDADES, COMO POR EJEMPLO EL SIDA; E INCLUSO PUEDE ESTABLECER LA BONDAD DE DETERMINADAS CAUSAS PARA OTRAS ENFERMEDADES.

EN SUMA, LAS CONDUCTAS DEL HOMBRE SANO Y DEL HOMBRE ENFERMO NO PUEDEN COMPRENDERSE SI SON SEPARADAS DE SU CONTEXTO SOCIAL; AÚN MÁS, LOS SERVICIOS SANITARIOS SE INTEGRAN EN ORGANIZACIONES QUE SE AJUSTAN A DETERMINADOS PROCESOS SOCIALES, Y EL CONOCIMIENTO DE TODOS ESTOS ASPECTOS NOS PERMITIRÁ UNA MEJOR COMPRESIÓN DE LOS MISMOS Y NOS PROPORCIONARÁ HERRAMIENTAS PARA FACILITAR LA INTERACCION DEL USUARIO CON LA ORGANIZACIÓN SANITARIA.

2.3.1 CAMPOS DE ESTUDIO

2.3.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

MIENTRAS QUE LA PREVENCIÓN ES UN CONCEPTO RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD, LA PROMOCIÓN ES UN CONCEPTO RELACIONADO CON LA SALUD Y SE LLEVA A CABO BÁSICAMENTE MEDIANTE LA EDUCACIÓN SANITARIA, QUE REPRESENTA UNA ACCIÓN EJERCIDA SOBRE LOS INDIVIDUOS PARA LLEVARLES A MODIFICAR SUS COMPORTAMIENTOS, A FIN DE QUE ADQUIERAN Y CONSERVEN HÁBITOS DE SALUD SANOS, APRENDAN A USAR JUICIOSAMENTE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE TIENEN A SU DISPOSICIÓN Y ESTEN CAPACITADOS PARA TOMAR, INDIVIDUAL O COLECTIVAMENTE, LAS DECISIONES QUE IMPLICAN LA MEJORA DE SU ESTADO DE SALUD Y EL SANEAMIENTO DEL MEDIO EN QUE VIVEN.

DE TAL FORMA QUE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA A LOS COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD ABRE UN CAMPO DE ESTUDIO Y APLICACIÓN DE DIMENSIONES INSOSPECHADAS; EN ESTE CAMPO, LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD HA ESTUDIADO LOS FACTORES POR LOS QUE LOS INDIVIDUOS SE MANTIENEN SALUDABLES, O QUE FAVORECEN LAS CONDUCTAS SANAS, Y LOS FACTORES POR LOS QUE SE ADOPTAN CONDUCTAS Y HÁBITOS DE RIESGO; ADEMÁS, APORTA CONOCIMIENTOS ÚTILES PROVENIENTES DE LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN PERSUASIVA, LOS PRINCIPIOS DEL APRENDIZAJE SOCIAL, TEORÍAS SOBRE LA FORMACIÓN Y CAMBIO DE ACTITUDES Y TEORÍAS DE LA ATRIBUCIÓN, EN EL DISEÑO DE CAMPAÑAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PARA LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES.

2.3.1.2 PROCESO DE ENFERMEDAD

LA PSICOLOGÍA SOCIAL CONTRIBUYE EN ESTE CAMPO ESTUDIANDO LA PERCEPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS POR PARTE DE LOS PACIENTES, LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD Y DE LA SALUD EN DIVERSAS CULTURAS; LOS EFECTOS DE LAS ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PROCESO REHABILITADOR ASÍ COMO DE LAS ACTITUDES DE LOS ENFERMOS Y SUS FAMILIAS ACERCA DE ESTOS MISMOS PROCESOS.

2.3.1.3 CONDUCTA DE ENFERMEDAD

SE HACE UNA DISTINCIÓN ENTRE CONDUCTA DE ENFERMEDAD Y ENFERMEDAD, LA PRIMERA SE REFIERE A LAS ACCIONES QUE LAS PERSONAS REALIZAN CUANDO CREEN QUE ESTAN EXPERIMENTANDO SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD, MIENTRAS QUE LA ENFERMEDAD EN SÍ MISMA IMPLICA UNA PATOLOGÍA DOCUMENTADA. ESTA DISTINCIÓN ES IMPORTANTE PORQUE LAS CONDUCTAS DE ENFERMEDAD NO NECESARIAMENTE IMPLICAN PATOLOGÍA, Y LAS TRAYECTORIAS PSICOLÓGICA Y BIOLÓGICA RESPONSABLES PARA LOS DOS TIPOS DE RESULTADOS, SON FRECUENTEMENTE DIFERENTES.

SON CONSIDERADAS CONDUCTAS DE ENFERMEDAD TODAS AQUELLAS ACCIONES QUE AFECTAN AL SIGNIFICADO SOCIAL Y PERSONAL DE LOS SÍNTOMAS, DE LA ENFERMEDAD, DE LAS DISCAPACIDADES Y SUS CONSECUENCIAS.

2.3.1.4 RELACIÓN ENTRE EL PROFESIONAL DE SALUD Y EL ENFERMO.

EL ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN, Y DE LOS FACTORES QUE LOS FACILITAN U OBSTACULIZAN, ES UNA CUESTIÓN QUE DEBE CONSIDERARSE FUNDAMENTALMENTE DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL, EN EL MARCO ESPECÍFICO DE LA INTERACCION PROFESIONAL SANITARIO-ENFERMO.

TODA RELACIÓN TERAPÉUTICA IMPLICA UN PROCESO DE INFLUENCIA INTERPERSONAL. DESDE ESTE PUNTO DE PARTIDA, LA INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL SOBRE LA CONFORMIDAD Y LA OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD Y LOS MODELOS DE LAS BASES DE PODER SOCIAL HAN AYUDADO TAMBIÉN A LA COMPRENSIÓN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS PRESCRIPCIONES Y RÉGIMENES TERAPÉUTICOS POR PARTE DE LOS ENFERMOS.

2.3.1.5

SISTEMA DE CUIDADO DE SALUD Y POLÍTICA SANITARIA

PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL, LA PSICOLOGÍA SOCIAL APORTA SU ARSENAL METODOLÓGICO Y CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES DE LA POBLACIÓN Y DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS, RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD. EN SEGUNDO LUGAR, OFRECE EL ESTUDIO DE COMO LOS MECANISMOS DE INFLUENCIA SOCIAL, JUNTO CON EL SISTEMA SOCIO-CULTURAL, INCIDEN EN LOS ESTILOS DE VIDA Y EN EL USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

LA PSICOLOGÍA SOCIAL APORTA TAMBIÉN LAS TÉCNICAS DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y PROGRAMAS DE MANEJO DEL ESTRÉS PARA EL PERSONAL DE SALUD, TÉCNICAS DE COORDINACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO SANITARIO Y TÉCNICAS DE ORGANIZACIÓN Y APROVECHAMIENTO DE RECURSOS; PARTICIPA EN EL ESTUDIO DE NECESIDADES DE LA POBLACIÓN, CON EL FIN DE ESTABLECER PRIORIDADES Y DE INTEGRARLAS CON LAS POLÍTICAS DE SALUD. ASIMISMO COLABORA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS PROPUESTOS, Y EN SU DIFUSIÓN A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL. FINALMENTE, OTRO DE SUS FOCOS DE INTERÉS, LO CONSTITUYE EL ESTUDIO DEL IMPACTO DE LA NUEVAS TECNOLOGÍAS TANTO EN EL NIVEL DE SALUD COMO EN SU CUIDADO.

2.3.2

VARIABLES EN PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

2.3.2.1

SALUD

ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL; EN EL CONTEXTO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, SE CONSIDERA A ESTA NO TANTO COMO UN ESTADO ABSTRACTO, SINO COMO LA CAPACIDAD DE DESARROLLAR EL PROPIO POTENCIAL PERSONAL Y RESPONDER DE FORMA POSITIVA A LOS RETOS DEL AMBIENTE. SE CONSIDERA COMO UN RECURSO PARA LA VIDA DIARIA, PERO NO COMO EL OBJETO DE LA VIDA; ESTE ES UN CONCEPTO POSITIVO QUE RESALTA LOS RECURSOS SOCIALES Y PERSONALES, TANTO COMO LAS CAPACIDADES FÍSICAS; PARA LO CUAL SE REQUIERE DISPONER DE INFORMACIÓN Y HABILIDADES SOCIALES, MEDIANTE UN ENTORNO GLOBAL QUE LO PROMUEVA Y GENERE LAS OPORTUNIDADES PARA REALIZAR ELECCIONES SALUDABLES.

2.3.2.2

PROMOCIÓN DE LA SALUD

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD REQUIERE UNA COOPERACIÓN Y VINCULACIÓN ENTRE TODOS LOS SECTORES DE LA SOCIEDAD, PARA ASEGURAR QUE EL "ENTORNO GLOBAL" PROMUEVA LA SALUD. ESTÁ DIRIGIDA A LA ELABORACIÓN DE PLANES Y PROYECTOS DE SALUD, Y ESTÁ ORIENTADO HACIA LOS ESTILOS DE VIDA; INCLUYENDO LA INTERVENCIÓN SOBRE EL ENTORNO PARA PROMOVER LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y MODIFICAR LOS FACTORES QUE IMPIDAN PONERLOS EN PRÁCTICA. ESTA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SE HA RESUMIDO EN LA FRASE "CONSEGUIR QUE LAS OPCIONES MAS SALUDABLES SEAN LAS MAS FACILES DE ELEGIR".

2.3.2.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD ES UN TERMINO UTILIZADO PARA REFERIR A LAS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE CREADAS CONSCIENTEMENTE CON EL OBJETO DE FACILITAR CAMBIOS DE CONDUCTA ENCAMINADOS HACIA UNA META COMÚN PREDETERMINADA. ESTA SE OCUPA TANTO DE LAS CONDUCTAS SALUDABLES COMO DE RIESGO.

2.3.2.4 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

ESTE TERMINO ES UTILIZADO PARA DESIGNAR ESTRATEGIAS ENCAMINADAS A REDUCIR LOS FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS, Y REFORZAR LOS FACTORES QUE DISMINUYAN LA SUSCEPTIBILIDAD A LA ENFERMEDAD; TAMBIÉN SE OCUPA DE LA PLANEACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD YA ESTABLECIDA. SE HABLA PUES, DE PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA, LA PRIMERA SE REFIERE AL PREVENIR LA APARICIÓN DE LAS ENFERMEDADES, MIENTRAS QUE LA SECUNDARIA PRETENDE RETARDAR EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD Y SUS IMPLICACIONES.

LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD SE DIRIGE PRINCIPALMENTE A LOS GRUPOS DE ALTO RIESGO. EL COMPLEMENTO DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ES LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

2.3.2.5 ESTILO DE VIDA

ESTE TERMINO SE UTILIZA PARA REFERIRSE A LA FORMA DE VIDA, COMPRENDE PAUTAS DE CONDUCTA DETERMINADAS SOCIALMENTE Y LA INTERPRETACIÓN DE SITUACIONES SOCIALES, QUE SE UTILIZAN POR LOS GRUPOS COMO MECANISMO PARA AFRONTAR LOS PROBLEMAS DE LA VIDA.

EL ESTILO DE VIDA DE LOS SUJETOS ESTA INTEGRADO POR LAS REACCIONES HABITUALES Y LAS PAUTAS DE CONDUCTA QUE EL SUJETO DESARROLLA DURANTE LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN, Y ESTAN SUJETAS A CAMBIOS.

EL ESTUDIO SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA, EN PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD, RESULTA DE SUMA IMPORTANCIA YA QUE A PARTIR DE ELLOS Y SU MODIFICACIÓN SE ACTUA DIRECTAMENTE SOBRE LA SALUD, TANTO SOBRE LOS FACTORES DEL ENTORNO, COMO DE LA PERSONA.

2.3.2.6 APOYO SOCIAL

ES LA ASISTENCIA CON LA QUE DISPONEN LAS PERSONAS, DENTRO DE SUS RELACIONES SOCIALES, PARA DESARROLLAR SUS CAPACIDADES DE AFRONTAR PROBLEMAS, COMO PARA AMORTIGUAR LOS SUCESOS NEGATIVOS; INCLUYE EL APOYO EMOCIONAL, EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN, Y EL SUMINISTRO DE BIENES MATERIALES Y DE SERVICIOS.

2.3.2.7 BIENESTAR

VALORACIÓN SUBJETIVA DEL ESTADO DE SALUD RELACIONADA CON LA AUTOESTIMA Y LA SENSACIÓN DE PERTENENCIA A LA COMUNIDAD MEDIANTE LA INTEGRACIÓN SOCIAL, MAS QUE CON EL FUNCIONAMIENTO BIOLÓGICO.

2.3.2.8 CALIDAD DE VIDA

PERCEPCIÓN QUE TIENE EL INDIVIDUO O GRUPO SOBRE LAS CONDICIONES CON QUE CUENTAN, NECESARIAS PARA PROPORCIONARLES FELICIDAD Y REALIZACIÓN PERSONAL.

2.3.2.9 COMUNIDAD

GRUPO ESPECÍFICO DE PERSONAS QUE SUELEN VIVIR EN UNA ZONA GEOGRÁFICA DELIMITADA, COMPARTIENDO UNA CULTURA, Y ORGANIZADAS EN TORNO A UNA ESTRUCTURA SOCIAL, QUE MUESTRAN UNA CIERTA CONCIENCIA DE SU IDENTIDAD SOCIAL.

2.3.2.10 CONDUCTA DE RIESGO

FORMA ESPECÍFICA DE COMPORTAMIENTO DE LA CUAL SE CONOCE ESTÁ RELACIONADA CON MAYOR SUSCEPTIBILIDAD A ENFERMEDADES O A ESTADOS DE SALUD DEFICIENTES.

2.3.2.11 ELECCIÓN SALUDABLE

ES LA ELECCIÓN DE LOS INDIVIDUOS ENTRE LAS ALTERNATIVAS A SU ALCANCE PARA FOMENTAR LA SALUD; ESTÁN DETERMINADAS POR LAS CONDICIONES DEL ENTORNO GLOBAL.

2.3.2.12 ENTORNO GLOBAL

TODOS LOS ASPECTOS IDENTIFICABLES DEL ENTORNO FÍSICO, SOCIAL Y ECONÓMICO QUE PUEDEN INFLUENCIAR EL ESTADO DE SALUD DE LA PERSONA O LOS GRUPOS.

2.3.2.13 GRUPO DE RIESGO

EN EL ÁMBITO DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, GRUPO DE PERSONAS QUE EN VIRTUD DE SU CONDICIÓN BIOLÓGICA, SOCIAL O ECONÓMICA, DE SU CONDUCTA O AMBIENTE, SON MAS SUSCEPTIBLES A DETERMINADAS ENFERMEDADES O A ESTADOS DE SALUD DEFICIENTES CON RESPECTO AL RESTO DE LA POBLACIÓN.

2.3.2.14 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

PROCESO MEDIANTE EL CUAL LA CONDUCTA DEL INDIVIDUO SE DIRIGE A UN RESULTADO PREDETERMINADO MEDIANTE LA MANIPULACIÓN DE DIVERSOS FACTORES, LOS CUALES DEPENDERÁN DE LA ESTRATEGIA ELEGIDA.

2.3.2.15 POLÍTICA DE SALUD

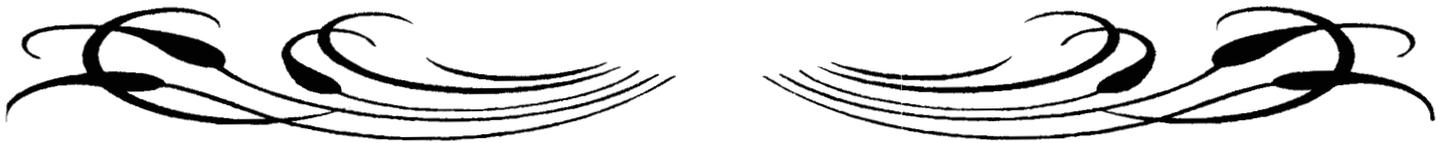
DECLARACIÓN OFICIAL DENTRO DE LAS INSTITUCIONES QUE CONCEDE PRIORIDAD A LA SALUD O RECONOCE LA IMPORTANCIA DE ESTA. COMPRENDE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS SECTORES FUERA DEL ÁMBITO SANITARIO QUE LA AFECTAN.

2.3.2.16 ESTRÉS

ACTUALMENTE LAS DEFINICIONES DEL ESTRÉS COINCIDEN EN ENTENDERLO COMO UNA TRANSACCION ENTRE LA PERSONA Y EL AMBIENTE. O UNA SITUACIÓN RESULTANTE DE LA INTERPRETACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS ACONTECIMIENTOS QUE LA PERSONA HACE. ES UNA RELACIÓN PARTICULAR ENTRE EL INDIVIDUO Y EL ENTORNO QUE ES EVALUADO POR ESTE COMO AMENAZANTE O DESBORDANTE DE SUS RECURSOS Y QUE PONE EN PELIGRO SU BIENESTAR.



CAPÍTULO III
“SIDA Y SALUD”



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.
CAMPUS IZTAPALAPA.

CAPÍTULO III SIDA Y SALUD

3.1 SIDA

SEGÚN DATOS DE CONASIDA, MÉXICO PRESENTA, DE 1983 A ENERO DE 1996, APROXIMADAMENTE 20,000 CASOS DE SIDA. ESTA CANTIDAD UBICABA A NUESTRO PAÍS EN 1996 EN EL SEGUNDO LUGAR DE AMÉRICA LATINA Y DÉCIMO EN EL MUNDO.

EN NUESTRO PAÍS, EL MAYOR NÚMERO DE CONTAGIOS SE PRESENTA EN LA REGIÓN CENTRO, LA ENTIDAD FEDERATIVA MAS AFECTADA ES EL DISTRITO FEDERAL. LE SIGUEN BAJA CALIFORNIA Y JALISCO. LOS ESTADOS CON MENOR ÍNDICE SON GUANAJUATO, DURANGO Y CHIAPAS.⁵

EN EUROPA ES ESPAÑA EL PAÍS CON MAYOR ÍNDICE DE AFECTADOS DECLARADOS EN 1994.

3.1.1. QUE ES EL SIDA - VIH

EL NOMBRE DE SIDA SON LAS SIGLAS DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

LO CUAL SE DERIVA DE:

SÍNDROME: ENFERMEDAD O CONDICIÓN CARACTERIZADA POR UN GRUPO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN SIMULTANEAMENTE.

INMUNO: SE REFIERE AL SISTEMA INMUNOLÓGICO, ES DECIR, AL SISTEMA DEL ORGANISMO QUE COMBATE A LAS ENFERMEDADES.

DEFICIENCIA: INDICA FALTA O AUSENCIA DE ALGO, EN ESTE CASO SE REFIERE A LA DEBILIDAD DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO.

ADQUIRIDO: QUIERE DECIR QUE NO ES UNA CONDICIÓN GENÉTICA O HEREDITARIA, SINO QUE SE ADQUIERE DESPUÉS DE LA CONCEPCIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIONES ESPECÍFICAS.

⁵

FUENTE: BASE DE DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

LOS CONCEPTOS QUE EXISTEN SOBRE EL SIDA SON DIVERSOS A CONTINUACIÓN CITAREMOS DOS:

* CONJUNTO DE ENFERMEDADES QUE SOBREVIENTEN COMO RESULTADO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH); SE DENOMINA SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). (AIDSCOM, 1991).

• EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD QUE ATACA AL SISTEMA INMUNOLÓGICO DEBILITANDO LAS DEFENSAS NATURALES DEL ORGANISMO CONTRA MICROBIOS E INFECCIONES. ESTA ENFERMEDAD DEJA A LA PERSONA VULNERABLE A UNA VARIEDAD DE INFECCIONES Y ENFERMEDADES POTENCIALMENTE MORTALES QUE NO LO DAÑARIAN SI TUVIERA UN SISTEMA INMUNOLÓGICO SANO. (OMS)

LA DIFERENCIA QUE EXISTE ENTRE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA ES QUE UNA PERSONA PUEDE ESTAR INFECTADA POR EL VIH Y VIVIR MUCHOS AÑOS SIN PROBLEMAS MANIFIESTOS DE SALUD. EL SIDA ES LA ETAPA MÁS GRAVE DE LA INFECCIÓN QUE GENERALMENTE SE PRESENTA VARIOS AÑOS DESPUÉS DE LA INFECCIÓN DEL VIH.

EL VIRUS SE REPLICA DENTRO DEL ORGANISMO, AFECTANDO A LAS CÉLULAS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO, ES DECIR, UNA DESTRUCCIÓN PROGRESIVA DEL SISTEMA INMUNITARIO O DEFENSIVO, POR LO QUE BAJAN LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO, HACIÉNDOLO QUE SE PRESENTEN MANIFESTACIONES ESPECÍFICAS, COMO SON: SÍNDROME DE DESGASTE FÍSICO, INFECCIONES OPORTUNISTAS GRAVES Y DE DIFÍCIL TRATAMIENTO O RECURRENTES Y EN DIFERENTES PARTES DEL CUERPO COMO BOCA, PIEL, VÍAS RESPIRATORIAS, VÍAS DIGESTIVAS, OJOS, ETC.

LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO SE ENCUENTRAN EN LOS LEUCOCITOS O GLOBULOS BLANCOS DE LA SANGRE. EN EL SIDA ESPECIALMENTE EN LOS LINFOCITOS.

EL VIRUS DEL SIDA ATACA A LOS LINFOCITOS T, LOS PRIMEROS EN DEFENDER. LOS LINFOCITOS B PRODUCEN LOS ANTICUERPOS. TODO ESTE SISTEMA DE LINFOCITOS T Y B ESTA CONTROLADO Y DIRIGIDO POR LOS LINFOCITOS T4, Y LA DEPRESIÓN DEL COCIENTE T4 ES EL PUNTO REFERENCIAL A LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.

EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ES UN MICROORGANISMO O AGENTE INFECCIOSO DE LOS MÁS PEQUEÑOS QUE SE CONOCEN, ES POR ELLO QUE NO SE PUEDE DISTINGUIR CON UN MICROSCOPIO DE LUZ, SINO CON UNO ELECTRÓNICO.

DENTRO DE SUS CARACTERÍSTICAS SE HA ENCONTRADO QUE SU ÚNICA FORMA DE SOBREVIVIR ES ALOJÁNDOSE DENTRO DE UN ORGANISMO VIVO (CÉLULA). FUERA DE LA CÉLULA VIVE MUY POCAS HORAS, ADEMÁS LOS AGENTES QUÍMICOS COMO EL CLORO, ÉTER, ALCOHOL O TEMPERATURAS MAYORES A 56 GRADOS CENTÍGRADOS ACABAN CON ÉL.

PARA REPRODUCIRSE DEBE ESTAR DENTRO DE UNA CÉLULA VIVA Y NO TIENE NINGÚN SISTEMA DE LOCOMOCIÓN, POR LO QUE NO CAMINA, NI VUELA, NI PUEDE TRASLADARSE DE UN LADO A OTRO, POR LO TANTO PARA PASAR DE UN ORGANISMO A OTRO Y PODER INFECTAR, NECESITA HACERLO DENTRO DE UNA CÉLULA VIVA Y CONTAR CON UNA VÍA DE ENTRADA (HERIDA, MUCOSA O VASO SANGUÍNEO).

LA INFECCIÓN POR VIH SE CARACTERIZA POR LA INCAPACIDAD DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO (ENCARGADO DE LA DEFENSA CONTRA INFECCIONES) PARA RESPONDER EFICAZMENTE A CUALQUIER AGENTE PATÓGENO QUE LO ATAQUE, Y QUE USUALMENTE SON INOFENSIVOS PARA UNA PERSONA SANA.

3.1.2 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

LA ENFERMEDAD SE DESCUBRIÓ EN 1981, REPORTÁNDOSE LOS PRIMEROS CASOS EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMÉRICA, SE DIERON UNA SERIE DE ESPECULACIONES SOBRE EL ORIGEN DE EL VIH.

EXISTEN VARIAS TEORÍAS RESPECTO AL TEMA, TALES COMO QUE SE CREÓ EN UN LABORATORIO COMO PARTE DE LA GUERRA BACTERIOLÓGICA; QUE SE ESCAPO DE UN LABORATORIO DONDE SE ESTUDIABA UN TRATAMIENTO PARA EL PALUDISMO; Y/O QUE DEBIDO A QUE ES UN VIRUS MUY SEMEJANTE AL QUE POSEE EL MONO VERDE DE ÁFRICA, PASO AL HOMBRE HACE 40 A 100 AÑOS ADAPTÁNDOSE A SU ORGANISMO HASTA PODER AFECTARLO; ACTUALMENTE SOLO PUEDE AFECTAR A HUMANOS.

LAS DOS PRIMERAS TEORÍAS SE DESECHARON POR FALTA DE EVIDENCIA, ACEPTÁNDOSE COMO POSIBLE LA TERCERA POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

1. LA SEMEJANZA ESTRUCTURAL ENTRE EL VIRUS DEL MONO VERDE Y EL QUE AFECTA AL HOMBRE;
2. LOS TIPOS MÁS ANTIGUOS DE VIRUS SE ENCUENTRAN EN LA MISMA ZONA QUE HABITA EL MONO VERDE; Y
3. LOS CASOS MAS ANTIGUOS DE LA ENFERMEDAD SE ENCONTRARON EN LA MISMA ZONA.

PARECE PUES, HABER POCA DUDA DE QUE LA EPIDEMIA DEL VIH SE ORIGINÓ EN ÁFRICA, LOS DATOS APUNTAN A ESTE ORIGEN, DE DONDE PUDO HABER PASADO AL CARIBE Y EUROPA, DISEMINÁNDOSE POSTERIORMENTE A TRAVÉS DE PLASMA SANGUÍNEO Y EN POBLACIONES HOMOSEXUALES PROMISCUAS.

EXISTEN ESTUDIOS DE SUEROS SANGUÍNEOS DONDE DESDE LA DÉCADA DE LOS CINCUENTA SE ENCONTRARON ANTICUERPOS CONTRA EL VIH; POSTERIORMENTE SE CONOCEN CASOS DE MUERTE POR ENFERMEDAD MUY PARECIDA AL SIDA, PERO TODAS ESAS PERSONAS MURIERON SIN DIAGNÓSTICO PRECISO.

DESDE 1978 SE TUVIERON NOTICIAS DE CASOS QUE APARECIERON EN LOS E.U.A. EN HOMBRES HOMOSEXUALES JOVENES CON SARCOMA DE KAPOSI; SE SOSPECHÓ QUE LA CAUSA ESTABA ASOCIADA CON LAS RELACIONES HOMOSEXUALES. MÁS TARDE, CURRANT Y COLS. SE DIERON CUENTA DE QUE HABÍA VARIOS PACIENTES ADICTOS A DROGAS INTRAVENOSAS Y HEMOFÍLICOS QUE PRESENTABAN LA ENFERMEDAD, LO QUE SUPONÍA QUE EL AGENTE PATÓGENO SE TRANSMITÍA TAMBIÉN POR SANGRE O PRODUCTOS DE ESTA.

EL DR. LUC MONTAGNIER EN EL INSTITUTO PASTEUR DE FRANCIA, Y DESPUÉS EL DR. GALLO EN BOSTON (EUA), INICIARON EL AISLAMIENTO DEL VIRUS, CONSIGUIÉNDOLO EN OTOÑO DE 1982. EL DESCUBRIMIENTO SE ATRIBUYE AL DR. MONTAGNIER.

EN MAYO DE 1983 LOS CIENTÍFICOS DEL INSTITUTO PASTEUR DE PARÍS DESCUBRIERON POR PRIMERA VEZ UN VIRUS AL QUE DENOMINARON LAV (VIRUS ASOCIADO A LINFADENOPATÍA). FUE A PRINCIPIOS DE 1984, CUANDO EN LOS E.U.A. PUBLICARON UN INFORME SOBRE EL VIRUS QUE DENOMINARON HUMAN IMMUNODEFICIENCIA VIRUS III. AMBOS ERAN EL MISMO VIRUS QUE HOY SE CONOCE COMO VIH.

LOS PRIMEROS SUJETOS AFECTADOS FUERON LOS HOMOSEXUALES, DESPUÉS SE GENERALIZÓ A LOS HETEROSEXUALES.

EN MÉXICO, EL PRIMER CASO FUE REPORTADO EN LA CIUDAD DE MÉXICO EN EL AÑO DE 1983, EN EL PABELLON DE NEUMOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL PERTENECIENTE AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

EXISTEN DOS VIRUS PARECIDOS:

VIH 1, PROPIO DEL SIDA QUE AFECTA A LOS HUMANOS.

VIH 2, PROPIO DE LOS PRIMATES SALVAJES AFRICANOS QUE PUEDEN PRODUCIR SIDA EN LOS HOMBRES, AUNQUE ES MUY DIFÍCIL. SE HAN AISLADO EN ALGUNAS PROSTITUTAS DE ORIGEN AFRICANO.

ESTOS DOS VIRUS SE PARECEN ENTRE SÍ A NIVEL GENÉTICO EN UN 50%

3.1.3

DERECHOS HUMANOS RELACIONADOS CON EL SIDA

- 1 LA LEY PROTEGE A TODOS LOS INDIVIDUOS POR IGUAL; EN CONSECUENCIA, NO DEBEN SUFRIR DISCRIMINACIÓN DE NINGÚN TIPO.
- 2 NO SE ESTÁ OBLIGADO A SOMETERSE A LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DEL VIH NI A DECLARAR QUE SE VIVE CON ÉL, O INCLUSO QUE SE HA DESARROLLADO EL SIDA.
- 3 SE TIENE DERECHO A QUE LA PRUEBA SEA ANÓNIMA, Y QUE LOS RESULTADOS DE LA MISMA SEAN CONSERVADOS CON ABSOLUTA DISCRECIÓN.
- 4 EN NINGÚN CASO PUEDEN SER OBJETO DE DETENCIÓN FORZOSA, AISLAMIENTO, SEGREGACIÓN SOCIAL O FAMILIAR POR VIVIR CON VIH O HABER DESARROLLADO SIDA.

- 5 NO PUEDE RESTRINGIRSE SU LIBRE TRÁNSITO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.
- 6 SI SE DESEA CONTRAER MATRIMONIO NO SE LE PODRÁ OBLIGAR A SOMETERSE A NINGUNA DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DEL VIH.
- 7 NO ES POSIBLE DESPEDIR DE SU EMPLEO A LOS SEROPOSITIVOS O ENFERMOS DE SIDA.
- 8 NO SE LES PODRÁ NEGAR EL DERECHO A SUPERARSE MEDIANTE LA EDUCACIÓN FORMAL O INFORMAL QUE SE IMPARTE EN INSTITUCIONES PÚBLICAS O PRIVADAS.
9. SE TIENE DERECHO A ASOCIARSE LIBREMENTE CON OTRAS PERSONAS O AFILIARSE A INSTITUCIONES QUE TENGAN COMO FINALIDAD LA PROTECCIÓN DE LOS INTERESES DE QUIENES VIVEN CON VIH O HAN DESARROLLADO SIDA.
- 10 VIVIR CON VIH NO ES UN IMPEDIMENTO PARA EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD.
11. NO EXISTE OBLIGACIÓN DE SOMETERSE A NINGUNA DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH, AL SOLICITAR EMPLEO.
12. SE TIENE DERECHO A BUSCAR, RECIBIR Y DIFUNDIR INFORMACIÓN PRECISA Y DOCUMENTADA SOBRE LOS MEDIOS DE PROPAGACIÓN DEL VIH Y LA FORMA DE PROTEGERSE.
- 13 LOS PORTADORES DEL VIH, TIENEN DERECHO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA Y SOCIAL QUE TENGAN COMO OBJETIVO MEJORAR LA CALIDAD Y TIEMPO DE VIDA, A UNA ATENCIÓN MÉDICA DIGNA, Y SU HISTORIAL MÉDICO DEBERA MANEJARSE EN FORMA CONFIDENCIAL; ADEMÁS TIENEN DERECHO A UNA MUERTE Y SERVICIO FUNERARIO DIGNOS.

3.1.4

EL VIRUS DEL SIDA EN EL ORGANISMO

ETAPAS DE EVOLUCIÓN DEL VIH/SIDA

EL VIRUS DEL SIDA SE INTRODUCE EN EL TORRENTE SANGUÍNEO, CONSIGUIENDO ASÍ INTRODUCIRSE EN EL INTERIOR DE LOS LINFOCITOS T4 DONDE PERMANECE SIN MANIFESTACIONES EXTERNAS DURANTE LARGO TIEMPO.

LAS CÉLULAS T4 INFECTADAS SE TRANSMITEN A OTRAS PERSONAS MEDIANTE TRANSFUSIONES DE SANGRE O LAS SECRECIONES SEXUALES. TAMBIÉN INFECTA EN EL ORGANISMO A OTROS GLOBULOS BLANCOS COMO LOS MACROGAGOS.

LAS MANIFESTACIONES EXTERNAS DE LA ENFERMEDAD DEL SIDA SE HACEN VER CUANDO GRAN NÚMERO DE LEUCOCITOS ESTÁN INFECTADOS Y DESTRUIDOS Y LAS DEFENSAS INMUNITARIAS DEL ORGANISMO SE HALLAN DEBILITADAS; ESTE DEBILITAMIENTO DEL ORGANISMO Y BAJA DE DEFENSAS, ES APROVECHADO POR VIRUS, MICROBIOS, BACTERIAS, HONGOS, ETC. , PARA INTRODUCIRSE, TAMBIÉN, EN EL ORGANISMO HUMANO.

POR OTRA PARTE ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LA DIFERENCIA ENTRE SEROPOSITIVO Y ENFERMO DE SIDA. EL "SEROPOSITIVO" SE REFIERE A PORTAR EN EL ORGANISMO EL VIH, SIN PRESENTAR MANIFESTACIONES; Y DESARROLLAR SIDA IMPLICA PRESENTAR LAS MANIFESTACIONES CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD COMO EL SARCOMA DE KAPOSI.

LA INCERTIDUMBRE REPRESENTA UN PAPEL PRIMORDIAL EN LA EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS, SE CLASIFICA A LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH, DE ESTA FORMA:

1. INFECCIÓN AGUDA O CONTAGIO
2. INFECCIÓN ASINTOMÁTICA, PORTADOR ASINTOMÁTICO
3. LINFADENOPATÍA GENERALIZADA PERSISTENTE (CRECIMIENTO DE LOS GANGLIOS EN TODO EL CUERPO).
4. SIDA

LOS SÍNTOMAS TIENEN DIFERENCIAS PARTICULARES: EL GRUPO CON MAYOR ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, ASÍ COMO CON UNA INTENSA NEGACIÓN, ES EL DE PACIENTES SEROPOSITIVOS ASINTOMÁTICOS CON LINFADENOPATÍA GENERALIZADA. ESTO SE ENTIENDE POR LA GRAN INCERTIDUMBRE ACERCA DEL FUTURO EN CUANTO A LO SOCIAL, AL TRATAMIENTO Y A LAS EXPECTATIVAS DE VIDA.

LOS PACIENTES SEROPOSITIVOS SINTOMÁTICOS PRESENTAN MECANISMOS DE ADAPTACIÓN QUE LES FACILITAN POSPONER LA CONFRONTACIÓN CON EL FUTURO, DE TAL MANERA QUE SE INSTAURA UNA SITUACIÓN ESPERANZADA QUE AYUDA A LA CONSERVACIÓN DE UNA HOMEOSTASIS⁶ PSICOLÓGICA.

LOS PACIENTES CON SIDA SE ENFRENTAN BÁSICAMENTE A DOS SITUACIONES QUE SON COMUNES A QUIENES PRESENTAN UNA ENFERMEDAD TERMINAL HABITUAL; ESTAS SON LAS EXPECTATIVAS DE PRONÓSTICO, MERCED AL TRATAMIENTO, Y LA CONFRONTACIÓN CON LA POSIBLE MUERTE.

⁶ CONSERVACIÓN DE LA ESTABILIDAD.

3.1.4.1

MANIFESTACIONES EXTERNAS DE LA ENFERMEDAD

PRIMAINFECCION

LA INFECCIÓN SE PRODUCE DE LAS 3 SEMANAS A 6 MESES DESPUÉS DEL CONTAGIO, ANTES NO SE PUEDE DETECTAR SI NO ES CON ANÁLISIS CLÍNICOS. SI RESULTAN POSITIVAS LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN, SE HACEN PORTADORES SEROPOSITIVOS; CONVIENE REPETIR LAS PRUEBAS AL MEDIO AÑO, PARA MAYOR SEGURIDAD E INFORMACIÓN, DESPUÉS YA NO ES NECESARIO REPETIR LA PRUEBA.

EVOLUCIÓN

EL PERIODO DE LATENCIA -SÍNTOMAS MENORES- DEL VIRUS EN EL PORTADOR ES DE SEIS MESES A 10 AÑOS, APROXIMADAMENTE.

FASE FINAL

LA ENFERMEDAD SE DESARROLLA GENERALMENTE A PARTIR DE LOS 10 AÑOS DE ADQUIRIDO EL VIH.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- AUMENTO DE TAMAÑO DE LOS GANGLIOS (LINFADENOPATÍA)
- PERDIDA SUPERIOR AL 10% DEL PESO CORPORAL
- FIEBRE
- SUDORACIÓN NOCTURNA
- FORMAS GRAVES DE HERPES
- DIARREA PERSISTENTE Y ABUNDANTE
- LINFOMAS O SARCOMA DE KAPOSÍ (TUMOR CANCEROSO)
- AFECTACIONES PULMONARES

UNO DE LOS SIGNOS DE SITUACIÓN GRAVE O MUY GRAVE ES EL BAJO PORCENTAJE DE LINFOCITOS T4. ESTE ES COMO EL "TERMÓMETRO" O UNIDAD DE MEDIDA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.

3.1.5 VÍAS DE TRANSMISIÓN

COMO YA SE HA DICHO, EL VIH NECESITA UN ORGANISMO VIVO PARA PODER SOBREVIVIR, Y LO HACE PRINCIPALMENTE EN LOS LINFOCITOS QUE SE ENCUENTRAN EN GRANDES CONCENTRACIONES EN:

- SANGRE
- LÍQUIDO PREEYACULATORIO
- FLUIDOS VAGINALES
- LECHE MATERNA

PARA CONTRAER LA INFECCIÓN HAY QUE ESTAR EXPUESTO AL VIRUS, PERO LA EFICACIA DE LA TRANSMISIÓN ES VARIABLE. EL MODO DE TRANSMISIÓN DEL VIH ES DIRECTO, ES ASÍ QUE HASTA HOY SE RECONOCEN 3 MECANISMOS O VÍAS DE TRANSMISIÓN PARA EL VIH: TRANSMISIÓN SEXUAL, TRANSMISIÓN A TRAVÉS DE SANGRE Y HEMODERIVADOS, Y TRANSMISIÓN PERINATAL.

3.1.5.1 TRANSMISIÓN SEXUAL

LA INFECCIÓN PUEDE OCURRIR POR PRÁCTICA HOMOSEXUAL, HETEROSEXUAL, Y BISEXUAL. EL VIRUS EN EL HOMBRE ESTÁ PRESENTE EN EL ESPERMA Y EN LAS SECRECIONES PROSTÁTICAS. EN LA MUJER SE HAYA EN LAS SECRECIONES DEL CUELLO UTERINO Y DE LA VAGINA, ASÍ COMO EN LA SANGRE DE LA MENSTRUACIÓN Y EN LA LECHE MATERNA. SE DEBEN CONSIDERAR VARIAS CONDICIONES PARA UN POSIBLE CONTAGIO, SIN EMBARGO, TODA PRÁCTICA SEXUAL SIN PROTECCIÓN CON UNA PERSONA SUSCEPTIBLE DE ESTAR INFECTADA, REPRESENTA UN RIESGO.

TIPOS DE COITO:

ANAL: SIN CONDÓN Y CON PRESENCIA DE SEMEN, LÍQUIDO PREEYACULATORIO Y/O SANGRE, ES LA PRÁCTICA DE MAYOR RIESGO YA QUE NI EL ANO NI EL RECTO ESTAN PREPARADOS PARA RECIBIR UNA PENETRACIÓN. LA PRÁCTICA DE ESTE TIPO DE COITO REPRESENTA MAYOR RIESGO QUE LA VAGINAL, POR LAS CARACTERÍSTICAS ANATOMOFISIOLÓGICAS DE LAS MUCOSAS ANAL Y VAGINAL RESPECTIVAMENTE.

VAGINAL: SIN CONDÓN Y CON POSIBLE PRESENCIA DE LÍQUIDO PREEYACULATORIO, SEMEN, SECRECIONES VAGINALES O SANGRE ES PRÁCTICA DE RIESGO, YA QUE LOS FLUIDOS VAGINALES Y EL SEMEN PRESENTAN SUFICIENTE CONCENTRACION DEL VIH PARA PRODUCIR INFECCIÓN, ADEMÁS LA PRESENCIA DE HERIDAS PUEDEN FAVORECER LA ENTRADA O SALIDA DEL VIRUS. ES IMPORTANTE RESALTAR QUE LAS PAREDES DE LA VAGINA PRESENTAN CÉLULAS QUE PERMITEN LA ENTRADA DEL VIH Y QUE LA MUCOSA DEL GLANDE Y LA URETRA PUEDEN PERMITIR LA ENTRADA DEL VIRUS AL TORRENTE CIRCULATORIO.

ORAL: SIN BARRERAS PROTECTORAS Y CON PRESENCIA DE LÍQUIDOS CONTAMINANTES ES PRÁCTICA DE RIESGO, AUNQUE NO BIEN DETERMINADO, DADO QUE LA MUCOSA BUCAL NO ES RECEPTORA DEL VIRUS, PERO LA EXISTENCIA DE HERIDAS EN LA BOCA, CON FRECUENCIA EN LAS ENCÍAS, PUEDE SER VÍA DE ENTRADA O SALIDA DEL VIRUS; CABE DESTACAR QUE LA SALIVA CONTIENE ENZIMAS QUE INACTIVAN EL VIRUS.

3.1.5.2 TRANSMISIÓN SANGUÍNEA

EL VIH ES TRANSMITIDO POR VÍA SANGUÍNEA DE TRES FORMAS PRINCIPALES

- TRANSMISIÓN DE SANGRE
- INYECCIONES INTRAVENOSAS
- HERIDAS CON OBJETOS CONTAMINADOS

3.1.5.3 TRANSMISIÓN PERINATAL

SE CONSIDERA QUE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE UNA MADRE A SU HIJO PUEDE OCURRIR EN TRES MOMENTOS DISTINTOS:

- TRANSPLACENTARIA.- DURANTE EL EMBARAZO, A TRAVÉS DE LA PLACENTA O CORDÓN UMBILICAL
- DURANTE EL PARTO.- POR CONTACTO CON FLUIDOS VAGINALES
- POST-PARTO.- POR MEDIO DE LA LECHE MATERNA

UNO DE LOS GRANDES AVANCES EN ESTE CAMPO, ES EL ESTABLECIMIENTO DE TRATAMIENTO A LA MUJER EMBARAZADA CON ZIDOVUDINA, LO QUE HA PERMITIDO DESCENDER LA TASA DE TRANSMISIÓN PERINATAL A MENOS DEL 10%; SIN EMBARGO NO SE SABE (TODAVÍA) EL PORQUE EL VIRUS SE TRANSMITE AL NIÑO SOLO EN ALGUNOS EMBARAZOS.

3.1.5.4 COMO NO SE TRANSMITE EL VIH

CUANDO LO ENCONTRAMOS EN SALIVA, LÁGRIMAS, ORINA, O SUDOR, PIERDE SU PODER INFECTANTE, YA QUE LAS CONDICIONES DE ESTOS LÍQUIDOS LO INACTIVAN Y NO SE ENCUENTRA EN SUFICIENTE CANTIDAD PARA PROVOCAR INFECCIÓN.

DE ESTA FORMA NO HAY RIESGO DE CONTAGIO POR:

CONTACTO CASUAL
COMPARTIR ALIMENTOS
SALUDAR DE MANO
COMPARTIR INSTALACIONES SANITARIAS O ALBERCAS
COMPARTIR UTENSILIOS DE COCINA
COMPARTIR ROPA INTERIOR
COMPARTIR EL MISMO SITIO DE TRABAJO
COMPARTIR TRANSPORTE
ABRAZARSE
BESARSE
PICADURAS DE INSECTOS
DONACIÓN DE SANGRE CON INSTRUMENTOS NUEVOS Y ESTERILIZADOS

CONSIDERACIONES ADICIONALES:

- NO HAY CONTAMINACIÓN NI POR BESOS PROFUNDOS, MASTURBACIÓN, O RELACIONES ORO-GENITALES, EXCEPTO CUANDO EXISTEN HERIDAS ABIERTAS.
- AUNQUE LAS LÁGRIMAS Y LA SALIVA CONTIENEN VIRUS NO SE CONOCE NINGÚN CASO DE CONTAMINACIÓN POR ESTE MEDIO.
- LOS ANIMALES DOMÉSTICOS NO TRANSMITEN LA ENFERMEDAD.
- EXISTE UNA DIFERENCIA ENTRE SEXO SEGURO Y SEXO PROTEGIDO, EL PRIMERO SE REFIERE SOLO AL SEXO SIN PENETRACIÓN, NI INTERCAMBIO DE SECRECIONES; EL SEGUNDO SE REFIERE AL SEXO UTILIZANDO CONDÓN.

3.1.6**PRUEBAS QUE DETECTAN VIH/SIDA**

EXISTEN PRUEBAS QUE DETECTAN LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS GENERADOS POR EL PACIENTE EN RESPUESTA A LA INFECCIÓN VIRAL, MOSTRÁNDOSE ASÍ, DE MANERA INDIRECTA LA PRESENCIA DEL VIH EN EL ORGANISMO.

LAS PRUEBAS MÁS UTILIZADAS SON:

1. ELISA
2. WERTERN BLOT
3. INMUNOFLUORESCENCIA

PARA CONSIDERAR A UNA PERSONA COMO PORTADORA DEL VIRUS DEL SIDA, SE DEBERAN REALIZAR DOS PRUEBAS DE ELISA CON RESULTADO POSITIVO, COMPLEMENTADAS CON UN EXAMEN CONFIRMATORIO COMO WESTERN BLOT CON RESULTADO POSITIVO.

3.1.6.1**ELISA**

ESTA ES LA LLAMADA PRUEBA DIAGNÓSTICA, SUS SIGLAS EN INGLES (ENZIME LINKED SORBENT-ASSAY) SIGNIFICAN "ESTUDIO INMUNOENZIMATICO". SE EMPLEA COMO PRIMERA TÉCNICA PARA EL ESTUDIO DE POBLACIONES DE RIESGO, DONANTES DE SANGRE Y POBLACIÓN EN GENERAL. ESTA PRUEBA PERMITE GRAN SENSIBILIDAD, CONFIABILIDAD Y REPRODUCTIBILIDAD PRÁCTICA (99.9%), AUNQUE HAY POSIBILIDAD DE 0.1% DE ERROR. SOLO SE REQUIEREN 5 ml DE SANGRE PARA SU APLICACIÓN, Y SE APLICA ENTRE 3 Y 6 MESES DESPUÉS DEL CONTAGIO INICIAL, POR LO TANTO SE RECOMIENDA REALIZAR UNA PRUEBA ENTRE LOS 6 Y LOS 12 MESES DESPUÉS DE HABER REALIZADO UNA PRÁCTICA DE RIESGO, Y SI SE SOSPECHA LA POSIBILIDAD DE CONTAGIO.

3.1.6.2**WERTERN BLOT**

ES UNA PRUEBA CONFIRMATORIA, EN LA QUE NO HAY FALSOS POSITIVOS Y SIRVE PARA IDENTIFICAR DISTINTOS GRUPOS DE ANTICUERPOS FRENTE A PROTEÍNAS ESPECÍFICAS DEL VIRUS. SU RESULTADO ES CONTUNDENTE. SOLO SE REQUIEREN 5 ml DE SANGRE PARA SU APLICACIÓN.

3.1.6.3 INMUNOFLUORESCENCIA

PRUEBA CONFIRMATORIA QUE DETECTA LAS CÉLULAS "T" INFECTADAS, RECONOCIENDO LA UNIÓN DE ANTÍGENO CUERPO POR MEDIO DE UNA ANTIGLOBULINA HUMANA MARCADA CON REACTIVO FLUORESCENTE. PERO ESTA PRUEBA NO ESTÁ EN USO ACTUALMENTE, YA QUE PRESENTA PROBLEMAS DE INTERPRETACIÓN.

3.1.7 PREVENCIÓN

LA PREVENCIÓN ES LA ÚNICA MANERA DE EVITAR EL SIDA, PARA ELLO HABRÁ QUE TOMAR MEDIDAS COMO:

- MANTENER RELACIONES SEXUALES PROTEGIDAS (CON CONDON)
- TENER SOLO UNA PAREJA, SEXUALMENTE HABLANDO (A MENOS CONTACTOS, MENOS RIESGO)
- EVITAR RELACIONES SEXUALES CON DISTINTOS COMPAÑEROS Y COMPAÑERAS, PUES ESTO REPRESENTA UN RIESGO ELEVADO
- CONSIDERAR SI LA PAREJA SEXUAL HA UTILIZADO DROGAS INTRAVENOSAS, SI RECIBIO ALGUNA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, O SI HA TENIDO DIVERSAS PAREJAS SEXUALES.
- SABER SI LA PAREJA ACTUAL HA INCURRIDO EN PRÁCTICAS DE RIESGO
- UTILIZAR ÚNICAMENTE JERINGAS Y/O MATERIAL QUIRÚRGICO ESTERILIZADO
- RECIBIR SOLO SANGRE DE LOS BANCOS RECONOCIDOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD. SE PUEDE ESTAR SEGURO DE QUE LA SANGRE ESTA ANALIZADA, SI EL PAQUETE QUE LA CONTIENE PRESENTA LA ETIQUETA VERDE FOSFORESCENTE QUE GARANTIZA ESTAR LIBRE DE SÍFILIS, HEPATITIS B, Y SIDA.
- NO HACER PACTOS DE SANGRE
- NO COMPARTIR CEPILLOS DE DIENTES, RASTRILLOS O CUALQUIER OBJETO PUNZO-CORTANTE
- LAS MADRES SEROPOSITIVAS DEBEN EVITAR LACTAR A SUS HIJOS
- CON LAS NUEVAS PAREJAS SEXUALES ACLARAR, DE MANERA POSITIVA, QUE SE DESEA SOLAMENTE SEXO SEGURO Y/O PROTEGIDO.

HABRÁ QUE PONER ESPECIAL ATENCIÓN EN LA PREVENCIÓN A LA TRANSMISIÓN SEXUAL, PARA LO CUAL SE DEBEN SEGUIR LAS SIGUIENTES ESPECIFICACIONES:

- PENETRACIÓN ANAL O VAGINAL USANDO CONDON
- METER DEDOS EN LA VAGINA O EL AÑO CON CONDON
- NO TRAGAR SEMEN, FLUIDOS VAGINALES O MENSTRUALES, LÍQUIDO PREEYACULATORIO MASCULINO O EYACULATORIO FEMENINO, ASÍ COMO SANGRE, ORINA O EXCREMENTO.

3.2 SIDA Y SALUD

NUESTRO PRESIDENTE, DR. ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN, CONMEMORANDO EL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD, AFIRMÓ QUE SE CONTINUARÁ CON LAS CAMPAÑAS PREVENTIVAS EN LA LUCHA CONTRA LAS ETS⁷/VIH/SIDA PROMOVRIENDO EL USO CORRECTO DEL CONDÓN.

JUSTAMENTE, A RAÍZ DEL TRABAJO REALIZADO POR MÉXICO EN EL CONTROL DE LA PANDEMIA, ESTÁ CLASIFICADO COMO LÍDER EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA A NIVEL MUNDIAL. POR ESTA RAZÓN, NUESTRO PAÍS FUE DESIGNADO PARA LA VICEPRESIDENCIA EN 1998 Y PARA LA PRESIDENCIA EN 1999 DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL PROGRAMA MUNDIAL CONJUNTO DE LUCHA CONTRA EL SIDA (ONUSIDA), CARGO QUE EJERCERÁ LA DOCTORA PATRICIA URIBE ZÚÑIGA, COORDINADORA GENERAL DE CONASIDA.

SE ESPERA QUE EL NOMBRAMIENTO DE MÉXICO PARA OCUPAR LA PRESIDENCIA DE ONUSIDA PERMITIRÁ COORDINAR ESFUERZOS PARA ALENTAR LA BUSQUEDA DE SOLUCIONES CONCRETAS, A TRAVÉS DE LA INVESTIGACIÓN, LA PREVENCIÓN Y LA ELABORACIÓN DE NORMAS QUE ASEGUREN LA ATENCIÓN DIGNA, OPORTUNA Y ADECUADA DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL VIH/SIDA Y OTRAS ETS. ESTO REDUNDARÁ EN EL RESPETO A UNO DE LOS DERECHOS HUMANOS BÁSICOS: EL DERECHO A LA SALUD.

UNA DE LAS GRANDES PRIORIDADES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) CONSISTE EN CAMBIAR LA ACTITUD DE LA SOCIEDAD HACIA EL HOMBRE Y LA MUJER INFECTADOS POR EL VIH, O CON SIDA, Y DE PROPICIARLES UN ENTORNO MÁS FAVORABLE. SE TRATA, DE MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS SECTORES DE LA SOCIEDAD QUE SE DICEN SANOS.

A FIN DE FOMENTAR ESE ENTORNO PROPICIO, ES IMPORTANTE CONSEGUIR "QUE LA OPCIÓN MÁS SALUDABLE SEA LA OPCIÓN MÁS FÁCIL"⁸, Y FOMENTAR LOS TIPOS DE COMPORTAMIENTO Y ACTITUDES QUE NO ENTRAÑEN RIESGO. EN EL CASO DEL SIDA, ESTO SUPONE FACILITAR LA ADQUISICIÓN DE PRESERVATIVOS: EN ALGUNOS PAÍSES HAY PROGRAMAS DE DISTRIBUCIÓN GRATUITA QUE CUENTAN CON EL APOYO DE LA OMS.

HAY EJEMPLOS DE ACCIÓN COMUNITARIA EN ALGUNOS PAÍSES, SOBRE TODO LOS LLAMADOS GRUPOS DE AUTOAYUDA Y DE APOYO CONSTITUIDOS POR MUJERES. CABE CITAR A FILIPINAS, LA INDIA, LA REPÚBLICA DE COREA Y TAILANDIA, DONDE ESOS GRUPOS LUCHAN POR CONSEGUIR MEJORES SERVICIOS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y TRATAMIENTO PARA LAS PERSONAS INFECTADAS, Y TRATAN DE OBTENER LA LIBERACIÓN DE LOS DETENIDOS POR ESTAR INFECTADOS. VELAN ASÍ MISMO POR EL RESPETO A LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS AQUEJADAS DEL SIDA Y SUS FAMILIARES.

⁷

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

⁸

ERBÉN, R. (1997). El SIDA, amenaza social para la mujer. *Enfoque de Nuestro Tiempo*, (SUP. 11), 7-9

POR OTRA PARTE, LAS AGRUPACIONES FEMENINAS DE ACCIÓN COMUNITARIA PUEDEN DESEMPEÑAR UN PAPEL DECISIVO PRESIONANDO A LAS AUTORIDADES PARA QUE MODIFIQUEN LA LEGISLACIÓN O DESTINEN FONDOS DEL PRESUPUESTO OFICIAL PARA PREVENIR EL SIDA Y ASISTIR A SUS VÍCTIMAS. ES INDISPENSABLE LOGRAR UNA MAYOR PARTICIPACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES, SOBRE TODO DENTRO DE LA COMUNIDAD.

EN CUANTO AL ASPECTO INDIVIDUAL, "AUMENTAR LA CAPACIDAD DE CADA INDIVIDUO PARA CONTROLAR MEJOR SU ESTADO DE SALUD"⁹ HA DE SER LA PREOCUPACIÓN CENTRAL DE TODO ESFUERZO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. DE AHI LA CONVENIENCIA DE DAR PRIORIDAD A LA INFORMACIÓN Y FOMENTAR LOS COMPORTAMIENTOS SALUDABLES. EN LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIOS EFECTUADOS EN DIVERSOS CONTEXTOS CULTURALES Y ECONÓMICOS SE HA OBSERVADO QUE EXISTEN IDEAS EQUIVOCADAS Y NO POCA CONFUSIÓN EN LO QUE RESPECTA A LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y EL SIDA.

POR ESTO ES IMPORTANTE ESTUDIAR EL GRADO DE INSTRUCCIÓN, LA MENTALIDAD, LAS CREENCIAS, ACTITUDES Y LOS MODOS DE COMPORTAMIENTO DE LOS INDIVIDUOS PARA ORIENTAR EN CONSECUENCIA LA LABOR DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN. ADEMÁS, LA MANERA DE LLEGAR A LOS JOVENES QUE VIVEN EN DETERMINADOS CONTEXTOS CULTURALES Y DE COMUNICARSE CON ELLOS ES ALGO QUE CONVENDRA INVESTIGAR PRIORITARIAMENTE CON FINES DE PROMOCIÓN SANITARIA; POR ESO, ES IMPORTANTE ESTUDIAR LAS ACTITUDES Y LOS COMPORTAMIENTOS DE LA POBLACIÓN PARA ORIENTAR LA LABOR DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN CON FINES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

LOS SEMINARIOS DE INFORMACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS SEXUALES QUE NO ENTRAÑAN RIESGOS SON UN ELEMENTO IMPORTANTE DE LAS ACTIVIDADES DE FOMENTO DE LA SALUD, TANTO POR LA INFORMACIÓN COMO POR EL ESTÍMULO QUE RECIBE EL JOVEN PARA REVISAR SUS IDEAS ACERCA DE LA SEXUALIDAD.

SEGÚN ESTIMACIONES, EN 1991 CONTRAJERON SIDA 200.000 MUJERES, CIFRA SUPERIOR AL NÚMERO TOTAL DE CASOS REGISTRADOS DESDE 1980; UN 20% DE CASOS SEROPOSITIVOS ENTRE LAS MUJERES EMBARAZADAS SUPONE UN AUMENTO DEL 36% EN LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL. ACTUALMENTE ESTAN INFECTADAS POR EL VIH MAS DE CINCO MILLONES DE MUJERES Y CADA AÑO SE NOTIFICAN MAS DE CIEN MILLONES DE CASOS DE ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES, LO CUAL NOS DA UNA IDEA DEL ENORME RIESGO DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE EL VIH.

ACTUALMENTE SE CONSIDERA QUE EL PRESERVATIVO ES EL ÚNICO MEDIO EFICAZ PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DE EL VIH.

3.2.1 SIDA EN MÉXICO

EL SIDA HA CUMPLIDO MAS DE UNA DÉCADA DE HABER SIDO DESCRITO COMO UNA ENTIDAD CLÍNICA NUEVA. HOY EN DÍA, ESTE PADECIMIENTO SE HA CONVERTIDO EN UNA PANDEMIA Y NO SOLO SE LE CONSIDERA EN MÉXICO Y EN EL MUNDO ENTERO COMO UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA, SINO QUE ADEMÁS SE LE HAN RECONOCIDO IMPLICACIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y POLÍTICAS.

LOS PRIMEROS 17 CASOS DE SIDA EN MÉXICO SE DIAGNOSTICARON EN EL AÑO DE 1983; DESDE ENTONCES, EL CRECIMIENTO DE CASOS DE SIDA EN EL PAÍS PODEMOS DIVIDIRLO EN TRES ETAPAS: LA PRIMERA DE 1983 A 1986 CON UN CRECIMIENTO MODERADO EN EL REPORTE DE CASOS; LA SEGUNDA DE 1987 A 1989, ETAPA DURANTE LA CUAL SE OBSERVÓ UN CRECIMIENTO MUY RÁPIDO CON PERIODOS DE DUPLICACIÓN EN EL NÚMERO DE CASOS DE UNOS CUANTOS MESES Y QUE DESCRIBE UN CRECIMIENTO DE TIPO EXPONENCIAL; Y LA TERCERA, CARACTERIZADA PORQUE A PARTIR DE 1989 EL SIDA HA AUMENTADO EN MÉXICO CON UNA CURVA DE CRECIMIENTO DE TIPO EXPONENCIAL AMORTIGUADO.

LOS PRINCIPALES CAMBIOS OBSERVADOS A LO LARGO DE ESTOS AÑOS HAN SIDO LOS SIGUIENTES:

- LOS PRIMEROS CASOS TENIAN ANTECEDENTES DE SER EXTRANJEROS O DE HABER REALIZADO VIAJES FUERA DEL PAÍS; ACTUALMENTE LA TRANSMISIÓN OCURRE MAYORITARIAMENTE DENTRO DE NUESTRAS FRONTERAS.

- * AL INICIO, LOS CONTAGIOS SE REGISTRARON EN LAS GRANDES CIUDADES, PRINCIPALMENTE EN LA ZONA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, Y EN LAS CAPITALES DE LOS ESTADOS DE MÉXICO, JALISCO, PUEBLA, NUEVO LEÓN Y COAHUILA; AUNQUE LA MAYORÍA DE CASOS TODAVÍA SE CONCENTRA EN LAS GRANDES URBES, AHORA OBSERVAMOS QUE EL PROBLEMA SE ESTÁ EXTENDIENDO A LAS ZONAS RURALES.

- EL SIDA EMPEZO A MANIFESTARSE EN LA POBLACIÓN HOMOSEXUAL, QUE CONTINUA SIENDO LA QUE CONCENTRA LA MAYOR PROPORCIÓN DE CASOS. ACTUALMENTE HA AUMENTADO EN FORMA RÁPIDA ENTRE LA POBLACIÓN HETEROSEXUAL DE AMBOS SEXOS, REPORTÁNDOSE EN LOS ÚLTIMOS REGISTROS DE INFECCIÓN DEL VIH, QUE UN GRAN PORCENTAJE CORRESPONDE A MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, LO QUE HA TRAÍDO COMO CONSECUENCIA LA INFECCIÓN EN NIÑOS POR VÍA PERINATAL, EN LA QUE SE INSCRIBE LA MAYORÍA DE CASOS EN LA POBLACIÓN PEDIATRICA. DE HECHO, LA RELACIÓN DE CASOS ENTRE HOMBRES Y MUJERES HA PASADO DE 24:1 A 6:1 EN 5 AÑOS. ADEMÁS EL SIDA HA PASADO DE LA POBLACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO Y ALTO A LAS CLASES MÁS DESPROTEGIDAS.

- * LA TRANSMISIÓN SANGUÍNEA, QUE INICIALMENTE ERA RESPONSABLE DE UN NÚMERO CONSIDERABLE DE CASOS, EN PARTICULAR ENTRE LAS MUJERES, ESTA DISMINUYENDO GRACIAS A LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA EVITAR DICHA FORMA DE CONTAGIO.

- * LA TRANSMISIÓN EN DROGADICTOS INTRAVENOSOS, AUNQUE ESCASA EN NUESTRO PAÍS, MUESTRA UNA TENDENCIA DISCRETA HACIA EL ASCENSO.

* LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SIDA EN MÉXICO ESTÁN ASOCIADAS A PADECIMIENTOS INFECCIOSOS COMO LA TUBERCULOSIS.

* LA SOBREVIVENCIA DE LOS PACIENTES EN MÉXICO ES MENOR A LA QUE SE OBSERVA EN LOS PAISES MÁS DESARROLLADOS.

EL INFORME, DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE ESTA SINGULAR ENFERMEDAD EN NUESTRO PAÍS, HA SIDO OBJETO DE MÚLTIPLES ACTIVIDADES ACADÉMICAS, CLÍNICAS E INCLUSO CULTURALES. HA SIDO, ASIMISMO, TEMA PERMANENTE DE ACTUALIZACIÓN DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL PAÍS; OBJETO DE SUPERVISIÓN CONSTANTE POR PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA; HA OCUPADO ESPACIO EN LA PRENSA, TANTO EN LAS NOTAS INFORMATIVAS COMO EN COMENTARIOS EDITORIALES Y CARICATURAS; TAMBIÉN HA SIDO TEMA DE INTERÉS DE PROGRAMAS RADIOFÓNICOS Y TELEVISIVOS.

EL SIDA HA SUSCITADO APASIONADAS Y CONTROVERTIDAS POLÉMICAS ENTRE DIVERSOS GRUPOS DE LA SOCIEDAD, Y LOS ARGUMENTOS A FAVOR O EN CONTRA DE LAS MEDIDAS SANITARIAS ADOPTADAS SE HAN CONVERTIDO EN TEMA DE DISCUSIÓN ENTRE LOS GRUPOS PROGRESISTAS Y LOS NÚCLEOS MÁS CONSERVADORES DE LA SOCIEDAD MEXICANA.

EL SIDA HA PROVOCADO PUES, UNA RESPUESTA SOCIAL INTENSA; ESTA RESPUESTA HA SIDO MUY DIVERSA, PERO EN TÉRMINOS GENERALES, PODEMOS DECIR QUE HA IDO EVOLUCIONANDO DE UNA RESPUESTA VIOLENTA Y PERSECUTORIA HACIA LOS GRUPOS QUE SE CONSIDERABAN AL INICIO DE LA EPIDEMIA COMO LOS ÚNICOS RESPONSABLES, A UNA MÁS COMPENSIVA Y TOLERANTE. LAMENTABLEMENTE, SIGUEN EXISTIENDO GRUPOS, ORGANIZACIONES SOCIALES E INDIVIDUOS QUE CONSIDERAN QUE EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD DENIGRANTE, PRODUCTO DE UN COMPORTAMIENTO INMORAL Y QUE, POR ENDE, LOS AFECTADOS MEREZCAN SU SUERTE. ESTA ACTITUD HA PROVOCADO VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS AFECTADOS E INCLUSO DE SUS FAMILIARES, SIENDO NO SOLO INJUSTIFICADA, PUESTO QUE NO EXISTE RIESGO DE TRANSMISIÓN POR LA CONVIVENCIA COTIDIANA CON ELLOS, SINO PREOCUPANTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL, YA QUE MIENTRAS ESTA ACTITUD PERSISTA, LA INFORMACIÓN Y LAS MEDIDAS PREVENTIVAS QUE TENEMOS AL ALCANCE DIFÍCILMENTE SE TORNARÁN EFECTIVAS, AL PROVOCAR QUE QUIENES PIENSAN O SABEN QUE ESTÁN INFECTADOS SE ALEJEN POR MIEDO A SER RECHAZADOS SOCIALMENTE. CON ESTO, QUEREMOS DECIR QUE LA MARGINACIÓN DE LOS PORTADORES PROVOCA QUE ESTOS Y LOS ENFERMOS SE OCULTEN, LO CUAL PRODUCE UN ALEJAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO, Y LA NO PREVENCIÓN; LO QUE POSIBILITA LA TRANSMISIÓN DEL VIH QUE SE REFLEJA EN UN INCREMENTO DEL NÚMERO DE PORTADORES QUE GENERA MÁS MIEDO EN LA POBLACIÓN Y POR ENDE LA MARGINACIÓN, LO CUAL SE CONVIERTE EN UN CÍRCULO VICIOSO, DEL CUAL SOLO SE PODRÁ SALIR MEDIANTE LA UTILIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS ESPECIALMENTE DISEÑADOS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN A LA QUE ESTÁN DIRIGIDOS.

LA PREVENCIÓN DEL SIDA REQUIERE, PUES QUE LA COMUNIDAD EN CUESTIÓN LA ASUMA COMO COMPROMISO PROPIO. LA SOCIEDAD MEXICANA HA RESPONDIDO CON LA CREACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE GRUPOS EN ASOCIACIONES SOCIALES Y CIVILES, GRUPOS DE PERSONAS INTERESADAS EN OFRECER VOLUNTARIAMENTE SU TRABAJO PARA CONTRIBUIR A QUE LA ENFERMEDAD NO CONTINÚE EXPANDIÉNDOSE.

LA ATENCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE ESTA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA HA SIDO ATENDIDA POR EL ESTADO, DESDE QUE APARECIERON LOS PRIMEROS CASOS EN EL PAÍS. SIN EMBARGO, CONSIDERAMOS QUE LA EPIDEMIA NO SOLO CONCIERNE AL GOBIERNO DE LOS PAISES, SINO A LA SOCIEDAD CIVIL EN SU CONJUNTO.

PAULATINAMENTE SE HAN INVOLUCRADO EN LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA ASOCIACIONES CIVILES, RELIGIOSAS Y ALGUNOS GRUPOS COMUNITARIOS, PERO EL RECORRIDO DEL CAMINO ES DIFÍCIL, POR LO QUE SE NECESITA MAYOR PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD PARA EVITAR LA PROPAGACIÓN DE LA INFECCIÓN Y DETENER LA EPIDEMIA.

3.2.2 SIDA Y SALUD SEXUAL

DESDE SIEMPRE, LAS ETS HAN SIDO UNA AMENAZA PARA LA SALUD REPRODUCTIVA. COMO EN EL CASO DE OTRAS ENFERMEDADES, SON LAS PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS, CON POCO O NULO ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS, QUIENES PADECEN LAS PEORES SECUELAS DE ESTAS.

EN LAS MUJERES, LAS CONSECUENCIAS DE LAS ETS SON PARTICULARMENTE IMPORTANTES, YA QUE OCASIONAN AFECCIONES SERIAS: ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA, INFERTILIDAD, Y CÁNCER CERVICOUTERINO.

EN EL CONTEXTO DEL SIDA, QUE EN SÍ MISMO ES UNA ETS, ESTAS ENFERMEDADES ADQUIEREN MAS IMPORTANCIA AL SER COFACTORES EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH, SOBRE TODO LAS QUE PRODUCEN ULCERAS GENITALES.

LAS CINCO ETS TRADICIONALES SON SÍFILIS, GONORREA, CHANCRO, LINFOGRANULOMA VENÉREO Y GRANULOMA INGUINAL; LAS CUALES SIGUEN REPORTANDO UN NÚMERO ELEVADO DE CASOS EN LA POBLACIÓN MEXICANA.

EL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SEXUALMENTE EN MÉXICO HA TENIDO VARIACIONES: DESDE 1996 LA INCIDENCIA DE LA GONORREA DISMINUYÓ DE 17.84 A 8.43 EN 1991 Y SUBIO A 23.39 EN 1993; EN 1996 VOLVIO A BAJAR A 13.77 Y LUEGO INCREMENTÓ A 14.05 EN 1997¹⁰. EN TANTO, LA TRICOMONIASIS UROGENITAL SE INCREMENTÓ DE 24.49 EN 1986 A 113.46 PARA 1994; Y EL CHANCRO BLANDO DISMINUYÓ DE 1.08 EN 1988 A 0.95 EN 1997, PERO EN 1996 LA TASA FUE DE 0.7¹¹

AL COMPARAR LOS CASOS NOTIFICADOS EN LA SEMANA 10 DE 1998 CON LOS QUE FUERON NOTIFICADOS EN ESA MISMA SEMANA DE 1997, SE PUEDE OBSERVAR QUE LAS ETS (EXCEPTO LA SÍFILIS) SE INCREMENTARON DE MANERA IMPORTANTE; COMO EJEMPLO SE PUEDE CITAR EL CASO DE LA TRICOMONIASIS UROGENITAL, LA CUAL AUMENTÓ DE 17,080 CASOS NOTIFICADOS EN 1997 A 20,143 EN 1998.¹²

¹⁰ TASAS POR 100,000 HABITANTES, INFORMACIÓN RECOPIADA DE LOS FORMATOS EPI-1-86, Y EPI-1-96 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, SSA.

¹¹ DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA/SSA - ANEXO I

¹² CONASIDA (1998, ABRIL-JUNIO). Análisis de la situación del SIDA y las ETS del primer trimestre de 1998. SIDA-ETS 4 (2) 48.

3.2.2.1.

ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES RELEVANTES

ES IMPORTANTE SEÑALAR, QUE AÚN CUANDO, LOS FACTORES BIOLÓGICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS POR SÍ MISMOS PONEN A LA MUJER EN DESVENTAJA; PROBABLEMENTE LOS FACTORES MAS DETERMINANTES SON LOS SOCIALES. LOS ROLES DE GÉNERO, AUNQUE VARIEN SEGÚN LAS CLASES SOCIALES, Y LAS REGIONES DEL MUNDO, SIEMPRE MARCAN DIFERENCIAS EN LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS VARONES Y DE LAS MUJERES.

LA ELABORACIÓN SIMBÓLICA QUE LAS CULTURAS HACEN DE LA DIFERENCIA SEXUAL HA MARCADO DE MANERA FUNDAMENTAL LA VIDA HUMANA. EL PAPEL DEL GÉNERO LO ENTENDEMOS COMO EL CONJUNTO DE NORMAS, PRESCRIPCIONES Y REPRESENTACIONES SOCIALES QUE DICTA UNA SOCIEDAD SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LO QUE ES FEMENINO Y LO QUE ES MASCULINO; ESTAS MARCAN SIEMPRE UNA DIFERENCIA ENTRE LO QUE SE ESPERA DE LOS HOMBRES Y LO QUE SE ESPERA DE LAS MUJERES Y TIENDE A ESTABLECER ESTEREOTIPOS Y PATRONES DE MORAL DIFERENTES PARA CADA UNO DE LOS SEXOS.

ANTE LA APARICIÓN DEL SIDA LAS MUJERES EN GENERAL NO TIENEN UNA CLARA CONCIENCIA DE ESTAR EN RIESGO. ESTO SE PUEDE DEBER A LA FALTA DE INFORMACIÓN O A QUE NO SABEN NADA SOBRE LOS HÁBITOS SEXUALES DE SUS PAREJAS

UN DETERMINANTE CULTURAL RELEVANTE PARA EL TEMA DEL SIDA Y LA SALUD SEXUAL, ES LA BISEXUALIDAD MASCULINA, PUES EN NUESTRO PAÍS HA FUNCIONADO COMO PUENTE PARA EL PASO DE LA INFECCIÓN DE LA POBLACIÓN HOMOSEXUAL A LA HETEROSEXUAL.

3.3 EPIDEMIOLOGÍA

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) CALCULA QUE HOY EN DÍA EXISTEN EN EL MUNDO ALREDEDOR DE 29.5 MILLONES DE ADULTOS INFECTADOS POR EL VIH, DE LOS CUALES 12,100,000; ES DECIR 41% SON MUJERES, EN SU MAYORÍA DE ENTRE 15 Y 49 AÑOS DE EDAD; ESTO ES, EN EDAD REPRODUCTIVA¹³.

EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL SE OBSERVA CLARAMENTE UNA TENDENCIA A LA HETEROSEXUALIZACIÓN DEL SIDA, EN PARTICULAR EN LOS PAISES DONDE AL PRINCIPIO DE LA EPIDEMIA SE REGISTRABA UN NÚMERO MAYORITARIO DE HOMBRES AFECTADOS. EN CAMBIO, EN VARIAS NACIONES AFRICANAS, DONDE EL MAL SI AFECTO POR IGUAL A HOMBRES Y MUJERES, COMIENZA A OBSERVARSE UNA MAYOR INCIDENCIA DE CASOS DE MUJERES QUE DE HOMBRES; EJEMPLO DE ELLO ES UGANDA, DONDE YA EN 1990 EXISTIA UNA PREVALENCIA DE 1.4 MUJERES POR CADA HOMBRE INFECTADO¹⁴.

EN EL CASO DE MÉXICO PODEMOS MENCIONAR, QUE EN 1985 SE REPORTO EL PRIMER CASO FEMENINO Y EN 1986 EXISTIAN 30 HOMBRES POR CADA MUJER ENFERMA. DURANTE LOS SIGUIENTES AÑOS ESA PROPORCIÓN DISMINUYO DE MANERA ACELERADA HASTA LLEGAR, EN 1988, A UNA RELACIÓN HOMBRE-MUJER DE 6:1, MISMA QUE SE MANTIENE A LA FECHA. SIN EMBARGO, ESTA APARENTE ESTABILIZACIÓN EN LA RELACIÓN HOMBRE-MUJER REQUIERE PRECISIONES, YA QUE, HASTA MEDIADOS DE 1991, LA PRINCIPAL FORMA DE CONTAGIO DE LAS MUJERES HABIA SIDO LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA. DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS, APROXIMADAMENTE 60% DE LAS MUJERES SE HABIAN CONTAGIADO POR ESA VÍA, PERO PROGRESIVAMENTE ESTA PERDIO IMPORTANCIA Y A PARTIR DEL SEGUNDO SEMESTRE DE 1991 MAS DE LA MITAD DE LOS CASOS SE DEBE A LA TRANSMISIÓN SEXUAL.

ESTA TRANSICIÓN EN LOS FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN A LAS MUJERES SE DEBE EN PARTE AL CONTROL OBLIGATORIO DE LA SANGRE DESDE MAYO DE 1986. EN ESTA FECHA FUE PROHIBIDA LA COMPRAVENTA DE SANGRE Y SE INSTITUYO LA REALIZACIÓN DE UN EXAMEN DE DETECCIÓN DEL VIH A TODA SANGRE QUE SEA TRANSFUNDIDA EN EL PAÍS.

DE CUALQUIER FORMA, LA MAYOR VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES AL CONTAGIO DE SIDA Y LA DIFICULTAD PARTICULAR QUE TIENEN PARA EVITARLO O DISMINUIR EL RIESGO, RESULTAN CADA VEZ MAS EVIDENTES, PUES SE SABE QUE A) LAS MUJERES SON BIOLÓGICAMENTE MAS VULNERABLES, B) LAS MUJERES SON EPIDEMIOLOGICAMENTE MAS VULNERABLES, Y QUE C) LAS MUJERES SON SOCIALMENTE MAS VULNERABLES.

¹³ UNAIDS/WHO. (1997, DECEMBER). *Report on the global HIV/AIDS Epidemic*

¹⁴ BERKLEY S, NAAMARA W, ODWARE S, DOWNING R, KONDE-LULE J, WAWER M, MUSAGAARA M, MUSGRAVE S. (1990). AIDS AND HIV INFECTION IN UGANDA. *ARE MORE WOMEN INFECTED THAN MEN?*. 4 (12) 37-42

EN CUANTO A LOS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN, EXISTEN ESTUDIOS QUE DEMUESTRAN QUE LAS RELACIONES HETEROSEXUALES, PRESENTAN MAYOR RIESGO PARA LAS MUJERES DE SER INFECTADAS POR UN HOMBRE QUE A LA INVERSA; ESTO, PUESTO QUE LOS FLUIDOS CORPORALES MAS RICOS EN CÉLULAS SON LOS MAS INFECTANTES, Y QUE EL SEMEN ES MUCHO MAS RICO EN CÉLULAS QUE LOS FLUIDOS VAGINALES; ES DECIR, EL SEMEN ES MAS INFECTANTE, Y SUMADO AL HECHO, DE QUE EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN DE LAS MUJERES AL VIRUS ES MAYOR, YA QUE ESTE SE MANTIENE VIVO EN EL TRACTO VAGINAL O RECTAL POR MAS TIEMPO QUE LOS FLUIDOS VAGINALES EN EL PENE. UNA SEGUNDA RAZÓN ES LA CONDICIÓN DE LA MUCOSA VAGINAL, QUE ES MAS VULNERABLE A INFECCIONES QUE EL PENE.

DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE 1998¹⁵ SE INCREMENTARON LOS CASOS DE SIDA, LOS QUE ALCANZARON LA CIFRA DE 1,487; ESTO REPRESENTA UN INCREMENTO DE 35 % CON RESPECTO A 1993, Y UN 32% CON RESPECTO A 1997 PARA EL MISMO PERIODO. EL GRUPO DE EDAD MAS AFECTADO EN ESTE PERIODO ES EL DE 20 A 39 AÑOS, Y REPRESENTA EL 66% DE LOS CASOS ACUMULADOS DESDE 1983 HASTA LA FECHA¹⁶.

EL NÚMERO DE CASOS ACUMULADOS REPORTADOS HASTA EL PRIMER TRIMESTRE DE 1998 SUMAN 35,119, DE LOS CUALES 14% SON MUJERES. 52.7 % ESTAN MUERTOS, 40.4% AÚN VIVE Y DE 6.8% SE DESCONOCE SU SITUACIÓN. EN RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE SE ATENDIERON, 47.7 % PERTENECE A LA SECRETARÍA DE SALUD (SSA), 34.2% AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), 6.7% AL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE) Y 11.4% A OTRAS INSTITUCIONES.

LA REGIÓN CENTRO ES LA MAS PERJUDICADA, YA QUE LA TASA ACUMULADA ES DE 96.3 POR CADA 100,000 HABITANTES. LA ENTIDAD FEDERATIVA MAS AFECTADA ES EL DISTRITO FEDERAL, LE SIGUEN BAJA CALIFORNIA Y JALISCO. LOS ESTADOS CON MENOR ÍNDICE DE AFECTADOS SON GUANAJUATO, DURANGO Y CHIAPAS¹⁷.

¹⁵ LOS CORTES QUE HACE EL CENTRO DE ESTUDIOS EN POBLACIÓN Y SALUD/SSA POR TRIMESTRE SE HACEN DE ACUERDO A LAS SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS, POR LO QUE NO COINCIDEN CON LAS FECHAS DE FIN DE MES Y DEL AÑO. DEBIDO A ESTO, LA FECHA DE CORTE PARA ESTE TRIMESTRE FUE EL 3 DE ENERO DE 1998.

¹⁶ LA TASA DE INCIDENCIA ANUAL SE CALCULA POR CADA 100,000 HABITANTES; CIFRAS PROPORCIONADAS POR EL CENTRO DE ESTUDIOS EN POBLACIÓN Y SALUD/SSA.

¹⁷ FUENTE: BASE DE DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA. VER ANEXO II "CASOS DE SIDA POR ENTIDAD"

3.4 ORGANIZACIONES CON TRABAJO EN SIDA EN MÉXICO

3.4.1 CONASIDA

EN 1985, LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) COMENZO UN LLAMADO MUNDIAL PARA QUE LOS PAISES ESTABLECIERAN COMITÉS DE LUCHA CONTRA EL SIDA. EN RESPUESTA A ESTA INVITACIÓN, EL GOBIERNO MEXICANO REFORZO LAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZABAN, CREANDO EN FEBRERO DE 1986 EL COMITÉ NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SIDA, CONASIDA, CON EL OBJETO DE EVALUAR LA SITUACIÓN NACIONAL EN LO CONCERNIENTE AL SIDA Y A LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA O VIH, ASÍ COMO DE ESTABLECER CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN Y CONTROL, Y PARA COORDINAR LA IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE NORMAS, PAUTAS Y ACTIVIDADES DE CONTROL APROPIADOS¹⁸. LOS RECURSOS HUMANOS QUE OPERABAN EN ESAS TAREAS ERAN LOS PROPIOS FUNCIONARIOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA (DGE).

EL CONSEJO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA (CONASIDA) FUE CREADO POR DECRETO PRESIDENCIAL, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL DÍA 24 DE AGOSTO DE 1988. A PARTIR DE ESE MOMENTO LAS ACTIVIDADES DEL CONASIDA SE FINANCIARON CON RECURSOS PROVENIENTES DE FONDOS INTERNACIONALES, PRINCIPALMENTE DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y, A PARTIR DE 1991, LE FUE ASIGNADO PRESUPUESTO FEDERAL. CONASIDA ES ACTUALMENTE UN ORGANO DESCONCENTRADO DE LA SSA CON NIVEL DE DIRECCIÓN GENERAL DEPENDIENTE DE LA SUBSECRETARÍA DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO Y CUENTA CON PLAZAS FEDERALES PROPIAS.

CONASIDA ES UN ORGANO DESCONCENTRADO DE LA SECRETARÍA DE SALUD CREADO PARA ORGANIZAR Y COORDINAR LAS ACCIONES DE LOS SECTORES PÚBLICO, SOCIAL Y PRIVADO TENDIENTES A COMBATIR LA INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y NORMATIVAR LOS LINEAMIENTOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA; POR SU PARTE, LOS CONSEJOS ESTATALES (COESIDAS) REPRODUCEN ESTE MODELO DE ORGANIZACIÓN.

3.4.2 ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

EN 1995, EL CONASIDA RECOPILO EN UN DIRECTORIO NACIONAL DE ONG'S CON TRABAJO EN SIDA¹⁹ A 112 ORGANIZACIONES DIFERENTES EN OPERACIÓN DE LAS CUALES 51% SE ENCONTRABAN EN EL ÁREA METROPOLITANA, Y EL 49 % RESTANTE EN 31 ENTIDADES FEDERATIVAS.

¹⁸ VALDESPINO, J.; GARCIA, M.; DEL RIO, A.; DEL RIO, C.; MAGIS, C.; LOO, E.; SALCEDO, A. Situación y tendencias del SIDA en México. *SIDA-ETS* 9. (1) 2815-2819

¹⁹ CONASIDA (1995). *Directorio. Organizaciones no Gubernamentales con Trabajo en SIDA*. MÉXICO: CONASIDA.

3.5

DERECHOS HUMANOS Y SIDA

EL RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS, LA NO DISCRIMINACIÓN Y LA NO ESTIGMATIZACIÓN DE LOS AFECTADOS POR EL VIH/SIDA, SON FUNDAMENTALES A FIN DE IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA APROPIADAS TENDIENTES A FRENAR LA EPIDEMIA. LA VIOLACIÓN A DERECHOS HUMANOS DE LOS AFECTADOS, ADEMÁS DE SER REPUDIABLE EN SI MISMA, CONDUCE A ALEJARLOS DE LA INFLUENCIA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y, EN CONSECUENCIA, A UN CONTROL MAS ADECUADO DE LA EPIDEMIA.

LA POSTURA DE LA SECRETARÍA DE SALUD CON RELACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS Y EL SIDA HA SIDO EXPRESADA EN DIVERSOS FOROS Y PUBLICACIONES Y PUEDE RESUMIRSE EN EL RECHAZO TOTAL A LA VIOLACIÓN DE ESTOS DERECHOS, ES DECIR, EXISTE OPOSICIÓN FIRME A LA OBLIGATORIEDAD DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH, A LA DISCRIMINACIÓN, AL RECHAZO, A LA NEGACIÓN DE EMPLEO, SERVICIOS DE SALUD O EDUCACIÓN POR EL SOLO HECHO DE QUE UNA PERSONA PORTE EL VIH. LA POSTURA ES CLARA: UNA PERSONA ASINTOMÁTICA CON VIH DEBE SER TRATADA COMO CUALQUIER OTRA PERSONA; UNA PERSONA ENFERMA CON SIDA DEBE SER TRATADA COMO CUALQUIER OTRO ENFERMO.

PARA FAVORECER EL TRATO DIGNO DE LOS ENFERMOS CON SIDA, DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SE REALIZAN CONSTANTES CURSOS DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD (SE CAPACITARON 3,182 MÉDICOS, ENFERMERAS, PSICÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE DICIEMBRE DE 1988 A NOVIEMBRE DE 1994), SE ELABORARON Y DISTRIBUYERON DIFERENTES MATERIALES EDUCATIVOS TENDIENTES A MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DISMINUIR EL RECHAZO DE LOS PACIENTES.

EN 1992 FUE ESTABLECIDO EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN SOCIAL Y DERECHOS HUMANOS DENTRO DE CONASIDA, EL CUAL ASESORA Y RECIBE LAS DEMANDAS SOCIALES Y DE DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA Y SUS FAMILIARES, PARA ORIENTARLOS Y DISMINUIR EL MALTRATO, RECHAZO Y NEGACIÓN DE LA ATENCIÓN QUE HA OCURRIDO EN ALGUNAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD. DE 1992 A 1994 SE ATENDIERON 2,551 DEMANDAS SOCIALES Y DE VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS, DE LAS CUALES EL 40-50% CORRESPONDIERON A VIOLACIONES POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD.

OTRAS ÁREAS DE TRABAJO EN MATERIA DE SIDA Y DERECHOS HUMANOS, HA SIDO LA ACTIVIDAD CONJUNTA DE CONASIDA CON LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECLUSORIOS, DE LA SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, Y CON LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECLUSORIOS Y CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL, QUIENES HAN COLABORADO EN LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL PENITENCIARIO, ASÍ COMO EN EL ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE LIBERACIÓN TEMPRANA DE AQUELLAS PERSONAS CUYA PENA EXCEDA SU EXPECTATIVA DE VIDA A CONSECUENCIA DE SU ENFERMEDAD.

3.5.1 ASPECTOS JURIDICOS

3.5.1.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

EN LA CONSTITUCIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS²⁰ EXISTEN GARANTÍAS INDIVIDUALES QUE RESULTAN APLICABLES A LAS PERSONAS CON VIH/SIDA.

DERECHO A LA EDUCACIÓN

CONTENIDO EN EL ARTÍCULO 3: "TODO MEXICANO O EXTRANJERO QUE SE ENCUENTRA DENTRO DEL PAÍS, TIENE DERECHO A QUE SE LE IMPARTA EDUCACIÓN SIN PRIVILEGIO DE RAZA, CREDO O SEXO"; POR LO QUE A NINGUNA PERSONA PORTADORA DEL VIH/SIDA SE LE PODRÁ IMPEDIR SU INGRESO A LOS CENTROS EDUCATIVOS, TODA VEZ QUE NO EXISTA PELIGRO DE CONTAGIO.

DERECHO A LA SALUD

CONTENIDO EN EL ARTÍCULO 4: "EL VARÓN Y LA MUJER SON IGUALES ANTE LA LEY, Y AMBOS TIENEN DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, ASÍ COMO EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD". ESTO GARANTIZA QUE A CUALQUIER SUJETO SE LE DEBEN OTORGAR PRESTACIONES DE SALUD OPORTUNAS, RECIBIENDO ATENCIÓN PROFESIONAL, LA CUAL SE DEBERÁ IMPARTIR ÉTICA Y RESPONSABLEMENTE, ASÍ COMO UN TRATO DIGNO, INDEPENDIEMENTE DE LA ENFERMEDAD CON LA QUE SE TRATE.

LIBERTAD DE TRABAJO

CONTENIDA EN EL ARTÍCULO 5: "TODA PERSONA TIENE DERECHO A DEDICARSE A LA PROFESIÓN, INDUSTRIA, COMERCIO, O A TRABAJO QUE LE ACOMODE SIENDO LÍCITOS". POR LO ANTERIOR, EL ESTAR INFECTADO POR VIH/SIDA NO ES IMPEDIMENTO PARA SOLICITAR EMPLEO, SER ACEPTADO O CONTINUAR LABORANDO EN ÁREAS DONDE NO EXISTE PELIGRO DE CONTAGIO.

LIBERTAD DE EXPRESIÓN

CONTENIDA EN EL ARTÍCULO 6: "TODA PERSONA PODRÁ MANIFESTAR SUS IDEAS SIEMPRE QUE NO ALTERE EL ORDEN PÚBLICO, ATAQUE A LA MORAL O INCURRA EN UN DELITO", POR LO QUE LAS PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH O ENFERMAS DE SIDA PODRÁN EXPRESAR LIBREMENTE SUS IDEAS Y OPINIONES SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON SU PADECIMIENTO, PUES SU DERECHO A LA INFORMACIÓN SERÁ GARANTIZADO, TAMBIÉN, POR EL ESTADO.

²⁰ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

LIBERTAD DE TRÁNSITO

CONTENIDA EN EL ARTÍCULO 11: "TODA PERSONA TIENE DERECHO DE VIAJAR EN EL PAÍS Y DE CIRCULAR EN SUS CIUDADES LIBREMENTE Y SIN PERMISO ALGUNO". EN BASE A ESTO, EL SIDA NO ES CONSIDERADO COMO IMPEDIMENTO LEGAL PARA CIRCULAR DENTRO DEL TERRITORIO MEXICANO.

DERECHO DE IGUALDAD

CONTENIDO EN EL ARTÍCULO 13: "NADIE PUEDE SER JUZGADO POR LEYES PRIVATIVAS NI POR TRIBUNALES ESPECIALES". ESTO GARANTIZA A TODOS LOS MEXICANOS SER IGUALES ANTE LA LEY Y LES PERTENECEN LOS MISMOS DERECHOS Y OBLIGACIONES INDEPENDIEMENTE DE ESTAR INFECTADOS POR EL VIH, O PADECER SIDA.

GARANTÍA DE LEGALIDAD

CONTENIDO EN EL ARTÍCULO 16: "NADIE PUEDE SER MOLESTADO EN SU PERSONA, FAMILIA, DOMICILIO, PAPELES O POSESIONES, SINO EN VIRTUD DE MANDAMIENTO ESCRITO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE, QUE FUNDE Y MOTIVE LA CAUSA LEGAL DE PROCEDIMIENTO". DE ESTA MANERA EL HECHO DE ESTAR INFECTADO POR EL VIH O PADECER SIDA, NO ES CAUSA JUSTIFICADA PARA SER MOLESTADOS O REQUERIDOS POR AUTORIDAD ALGUNA, SIN TENER UN FUNDAMENTO LEGAL QUE AVALE TAL PROCEDIMIENTO.

3.5.1.2

TRATADOS INTERNACIONALES

POR OTRO LADO, EXISTEN DERECHOS HUMANOS CONSIGNADOS EN TRATADOS INTERNACIONALES COMO:

- PRIVACIDAD
...PERMITIR QUE AQUELLOS QUE PADECEN EL SIDA DESARROLLEN VIDAS NORMALES EN LA MEDIDA QUE SU SALUD LO PERMITA.
- INTEGRIDAD PERSONAL
...NINGUNA PERSONA PUEDE SER TRATADA EN FORMA INJUSTA O DESIGUAL DEBIDO A SU RAZA, RELIGIÓN, NACIONALIDAD U OTRA CONDICIÓN.
- PROTECCIÓN DE LA DIGNIDAD
...EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD, NO UN CONTAGIO NI UN CRIMEN.
- NO SER OBJETO DE DISCRIMINACIÓN
...UN DERECHO FUNDAMENTAL ES NO SER OBJETO DE LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN LA ENFERMEDAD.
- NO SER OBJETO DE EXPERIMENTACIÓN
...LAS PRUEBAS DEBEN SER TOTALMENTE VOLUNTARIAS, CONDICIONALES Y NECESARIAS PARA OBTENER UN BENEFICIO INDIVIDUAL.
- RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO ADECUADO
...TRATAR DE LA MISMA FORMA A TODAS LAS PERSONAS, AL MARGEN DE SU ESTADO DE SALUD.

3.5.1.3 CÓDIGO PENAL

ASÍ COMO EXISTEN GARANTÍAS QUE PROTEGEN A LOS ENFERMOS DE VIH/SIDA, TAMBIÉN EXISTE EL ARTÍCULO 199 Bis DEL CÓDIGO PENAL²¹ QUE PODRÍA SANCIONAR, A SABER:

"...EL QUE SE SEPA ENFERMO DE UN MAL VENÉREO O UN MAL GRAVE EN PERIODO INFECTANTE, PONGA EN PELIGRO DE CONTAGIO LA SALUD DE OTRO, POR RELACIONES SEXUALES U OTRO MEDIO TRANSMISIBLE, SERÁ SANCIONADO DE TRES DÍAS A TRES AÑOS DE PRISIÓN Y HASTA CUARENTA DÍAS DE MULTA. SI LA ENFERMEDAD PADECIDA FUERA INCURABLE SE IMPONDRÁ LA PENA DE SEIS MESES A CINCO AÑOS DE PRISIÓN. CUANDO SE TRATE DE CONYUGE, CONCUBINARIOS O CONCUBINAS, SOLO PODRÁ PROCEDERSE POR QUERRELLA DEL OFENDIDO..."

3.5.1.4 LEY GENERAL DE SALUD

TAMBIÉN EXISTEN MEDIDAS PREVENTIVAS LEGALES QUE GARANTIZAN LA SALUD DE LA POBLACIÓN. EL ARTÍCULO 32 DE LA LEY GENERAL DE SALUD²² ACORDÓ EN 1986 LA OBLIGATORIEDAD DE INVESTIGAR SEROLÓGICAMENTE A LOS DONADORES DE SANGRE PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN POR ESTE MEDIO; EN MAYO DE 1987, SE PROHIBIÓ EL COMERCIO CON LA SANGRE UTILIZANDO COMO ÚNICA FUENTE DE OBTENCIÓN, LA DONACIÓN VOLUNTARIA GRATUITA, ASÍ COMO TODA SANGRE ANTES DE SER TRANSFUNDIDA DEBE SER PREVIAMENTE ANALIZADA DE VIH Y HOMODERIVADOS. POR OTRO LADO SE AUMENTÓ LA PENALIDAD PARA QUIENES TRANSGREDAN ESTE ORDENAMIENTO.

EL ARTÍCULO 134, DE LA MISMA LEY MANIFIESTA QUE SERÁ OBLIGATORIO NOTIFICAR INMEDIATAMENTE A LA AUTORIDAD SANITARIA MAS CERCANA, SOBRE LOS CASOS EN QUE SE DETECTE LA PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA O DE ANTICUERPOS A DICHO VIRUS EN ALGUNA PERSONA. Y EN SU ARTÍCULO 6, FRACCIONES VI, VII, Y VIII MENCIONA QUE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES QUE SE ENCUENTRAN SUJETAS A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SON: LA RABIA, LA PESTE, LA BRUCELOSIS Y OTRAS ZOONOSIS, TOXOPLASMOSIS Y SE ADICIONA A LA LISTA EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

²¹

CÓDIGO PENAL DEL D.F.
LEY GENERAL DE SALUD

²²



CAPÍTULO IV
“SALUD, ADOLESCENCIA Y
SEXUALIDAD”



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.
CAMPUS IZTAPALAPA.

CAPÍTULO IV

SALUD, ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

4.1

SEXUALIDAD

LA SEXUALIDAD CONSTITUYE UNA DIMENSIÓN FUNDAMENTAL DEL SER HUMANO, INFLUYENDO EN SU FORMACIÓN Y DESARROLLO, ASÍ QUE PARA COMPRENDER AL SER HUMANO EN TODAS SUS MANIFESTACIONES, DEBEMOS PARTIR DEL PRINCIPIO GENERAL DE QUE LA NATURALEZA HUMANA ES EL RESULTADO DE LA INTEGRACIÓN DE LOS ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES; CUYA COMPLEJIDAD SE MANIFIESTA EN LA MANERA DE PENSAR, SENTIR Y ACTUAR.

PARTIENDO DE ESTE ENFOQUE INTEGRAL DEL SER HUMANO, PODEMOS CONCEPTUALIZAR LA SEXUALIDAD COMO "... LA EXPRESIÓN PSICOSOCIAL DE LOS INDIVIDUOS COMO SERES SEXUADOS EN UNA SOCIEDAD Y CULTURA DETERMINADA..."²³ EN DONDE, INDEPENDIEMENTE DE LAS POTENCIALIDADES DE CADA INDIVIDUO, SEA ESTE HOMBRE O MUJER, EL DESARROLLO DE ESTE ESTARÁ CONDICIONADO POR SU HISTORIA PERSONAL, Y POR LAS CARACTERÍSTICAS QUE CADA SOCIEDAD EXIGE A SUS MIEMBROS.

EN UNA SOCIEDAD COMO LA NUESTRA, ESTAS FUNCIONES SE DIVIDEN EN BASE AL SEXO, ORIGINANDO CON ESTO UNA SEPARACIÓN DE FUNCIONES Y ACTIVIDADES QUE LIMITA LAS POSIBILIDADES PARA ENFRENTARSE ADECUADAMENTE A LA VIDA.

CONSIDERANDO QUE CADA SER HUMANO ES UN INDIVIDUO IMPOSIBLE DE SEPARAR EN PARTES SIN ALTERAR SU ESENCIA, LA SEXUALIDAD, COMO COMPONENTE FUNDAMENTAL DE SU PROPIA NATURALEZA, COMPARTE ESA CARACTERÍSTICA DE INDIVISIBILIDAD. A PESAR DE ELLO, INTENTAREMOS PARA UNA MEJOR COMPRESIÓN Y ANÁLISIS DE ESTE TEMA, SEPARARLA EN SUS ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, Y SOCIALES; PUESTO QUE LA SEXUALIDAD DEBE ENTENDERSE Y EXPLICARSE EN SU DIMENSIÓN BIOPSICOSOCIAL.

4.1.1

ASPECTO BIOLÓGICO

LA SEXUALIDAD POSEE UNA BASE BIOLÓGICA UNIVERSAL QUE ES EL SEXO. ENTENDIENDO POR SEXO "...EL CONJUNTO DE CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS QUE EN LA ESPECIE HUMANA DIFERENCIAN AL VARÓN Y A LA MUJER Y QUE, AL COMPLEMENTARSE, TIENEN EN SI LA POTENCIALIDAD DE LA REPRODUCCIÓN..."²⁴

²³

CARRIZO, H. (1982). La Educación de la Sexualidad. VOLUMEN 1. MÉXICO: CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN.

²⁴

IDEM.

CADA ESPERMATOZOIDE O GAMETO MASCULINO PORTA UN CROMOSOMA SEXUAL X O Y, MIENTRAS QUE EL ÓVULO O GAMETO FEMENINO CONTIENE SOLO EL CROMOSOMA SEXUAL X. EN EL MOMENTO DE LA FECUNDACIÓN, EL CROMOSOMA X O EL Y DEL ESPERMATOZOIDE SE UNE AL CROMOSOMA X DEL ÓVULO, Y DE ESTA FORMA SE DETERMINA GENÉTICAMENTE EL SEXO DE UN EMBRIÓN. SIN EMBARGO, ESTA DIFERENCIA CROMOSOMICA POR SI SOLA NO BASTA PARA DEFINIR EL SEXO DEL NUEVO SER. A ESTA DOTACIÓN GENÉTICA SIGUE UN LARGO Y COMPLEJO PROCESO QUE DIFERENCIARA GONADAS²⁵ EN OVARIOS O TESTÍCULOS Y LUEGO TODO EL APARATO SEXUAL TANTO INTERNO COMO EXTERNO.

ES NECESARIO SUBRAYAR EL HECHO DE QUE, EN LOS EMBRIONES DE AMBOS SEXOS, SE ORIGINAN LOS MISMOS ELEMENTOS PRIMORDIALES Y CONDUCTOS, PERO EL DESARROLLO QUE SE HACE DE ESTAS ESTRUCTURAS PARA PRODUCIR EL TRACTO GENITAL FUNCIONAL ES MUY DIFERENTE EN UNO Y OTRO SEXO.

TERMINADO TODO EL PROCESO DE DIFERENCIACIÓN SEXUAL, LAS ESTRUCTURAS GENITALES, FEMENINAS O MASCULINAS, NO SUFREN POSTERIORES MODIFICACIONES, PERMANECIENDO HASTA EL MOMENTO DEL NACIMIENTO, EN QUE EL RECIEN NACIDO, PRESENTA GENITALES EXTERNOS CON CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS QUE PERMITEN ASIGNARLE EL SEXO, FEMENINO O MASCULINO; OTORGÁNDOLE DESDE ESE MOMENTO LA VALORACIÓN QUE ESTA ASIGNACIÓN CONLLEVA.

4.1.2 ASPECTO SOCIAL

LOS SERES HUMANOS SE CONCIBEN AGRUPADOS, ASOCIADOS ENTRE SI Y CON MULTIPLES RELACIONES FORMANDO LOS DIVERSOS GRUPOS DONDE SATISFACEN SUS NECESIDADES SOCIALES BÁSICAS, LA SEXUALIDAD CONSTITUYE UNA DE ESTAS.

PARA LOGRAR LA CONVIVENCIA SOCIAL, LA CULTURA, A TRAVÉS DE LOS VALORES, LAS NORMAS, LAS CREENCIAS, Y LAS INSTITUCIONES MOLDEA EL COMPORTAMIENTO Y LAS ACTITUDES DE LOS MIEMBROS DE LA SOCIEDAD. ESTE MOLDEAMIENTO DE ACTITUDES Y CONDUCTA, ABARCA TAMBIÉN LAS REFERENTES A LA CONDUCTA SEXUAL, DEBIDO A QUE SU NATURALEZA SOCIAL SE HACE EVIDENTE EN LA INTERACCION SOCIAL.

ESTO PERMITE QUE LOS INDIVIDUOS A TRAVÉS DE ESTE PROCESO INTERCAMBIEN EXPERIENCIAS SOBRE LA BASE DE LA SOCIALIZACIÓN²⁶.

ESTE PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ESTA ENCAMINADO A QUE CADA MIEMBRO DEL GRUPO HAGA SUYOS LOS ELEMENTOS NORMATIVOS ESTABLECIDOS PARA LA CONVIVENCIA. EN ESTE SENTIDO, LA SOCIEDAD PRESIONA PARA QUE LOS INDIVIDUOS SE COMPORTEN DE UNA DETERMINADA MANERA, DE AHI, QUE CUALQUIERA QUE SE APARTE DE ESTE ORDEN PREDETERMINADO POR LA CULTURA ES CONSIDERADO "ANORMAL".

²⁵

GLANDULAS SEXUALES.

²⁶

PROCESO MEDIANTE EL CUAL LA SOCIEDAD TRANSMITE LA CULTURA, Y LAS PAUTAS DE CONDUCTA PROPIAS DE ESA SOCIEDAD.

ESTOS INDIVIDUOS QUE SE APARTAN DE LA NORMA, COMO HOMOSEXUALES, ALCOHOLICOS, DROGADICTOS, PROSTITUTAS, Y ENFERMOS DE SIDA, SUFREN UNA FUERTE PRESIÓN SOCIAL DIRIGIDA A CONTROLAR SU CONDUCTA Y ES LA MISMA SOCIEDAD QUIEN LES CASTIGA A TRAVÉS DE DISTINTAS FORMAS DE MARGINACIÓN COMO EL DESPRECIO Y EL AISLAMIENTO.

SIN EMBARGO, LA CONDUCTA SEXUAL ES SOCIALMENTE APRENDIDA Y NO BIOLÓGICAMENTE DETERMINADA. ES DECIR, QUE LAS CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE VARÓN Y MUJER, ES DECIR, LOS ROLES SEXUALES, ESTAN DETERMINADOS O CONDICIONADOS A LA CONCEPCIÓN PARTICULAR QUE CADA SOCIEDAD TENGA DE ELLOS.

ADEMÁS, DENTRO DE UNA MISMA SOCIEDAD, LOS ROLES SEXUALES PRESENTAN CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS PARA CADA ETAPA DE EL DESARROLLO DEL INDIVIDUO; Y DIVERSOS NIVELES DE EXIGENCIAS EN EL CUMPLIMIENTO DE CADA UNA DE ELLAS.

DESDE EL NACIMIENTO DE CADA INDIVIDUO, SE INICIA UN PROCESO DE INCORPORACIÓN AL MEDIO SOCIAL; SIENDO LA FAMILIA, EN PRIMER TERMINO QUIEN INSTITUCIONALIZA EL MARCO IDEOLÓGICO DE CADA INDIVIDUO, FUNCIONANDO COMO UNA INSTITUCIÓN CON FUNCIONES ESPECÍFICAS QUE EXPRESAN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL A LA QUE SE PERTENECE.

ES IMPORTANTE DESTACAR, QUE LA FAMILIA TIENE LA CAPACIDAD CRÍTICA DE SUS MIEMBROS, LO QUE POSIBILITA EL CAMBIO SOCIAL. DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL, ESTE ÚLTIMO ASPECTO, NOS PARECE CENTRAL PORQUE TIENDE A FACILITAR EL CAMBIO DE ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD.

4.1.3 ASPECTO PSICOLÓGICO

EL ASPECTO PSICOLÓGICO DE LA SEXUALIDAD SE RESUME (PARA EFECTOS DE ESTE TRABAJO) EN LA IDENTIDAD SEXUAL, LA CUAL COMPRENDE TRES ASPECTOS BÁSICOS, QUE A SABER SON: LA IDENTIDAD DE GÉNERO, EL ROL DE GÉNERO, Y LA ORIENTACIÓN SEXUAL.

ESTOS TRES COMPONENTES DE LA IDENTIDAD SEXUAL GENERALMENTE FUNCIONAN CON UNA COHERENCIA TAL QUE LOS SUJETOS SON "VARONES O MUJERES" QUE RESPONDEN AL ESTEREOTIPO QUE LES ASIGNA SU PROPIA CULTURA; SIN EMBARGO, SI ALGUNA DE ESTAS TRES ENTIDADES NO CONCUERDA CON LAS OTRAS, EL SUJETO PUEDE SEGUIR FUNCIONANDO ADECUADAMENTE SI LA PRESIÓN SOCIAL SE LO PERMITE.

4.1.3.1 IDENTIDAD DE GÉNERO

ESTA SE REFIERE A LA CONCIENCIA DE PERTENECER A UN SEXO DETERMINADO, ES DECIR, SENTIR Y PENSAR COMO VARÓN, O COMO MUJER; ENTIDAD PSICOLÓGICA QUE SE FORMA A PARTIR DE LOS MENSAJES EXPLÍCITOS O IMPLÍCITOS, VERBALES O NO VERBALES, QUE SE RECIBEN DEL MEDIO, DEPENDIENDO DEL SEXO AL QUE SE PERTENEZCA Y ESTRECHAMENTE RELACIONADO A LA IMAGEN CORPORAL.

EL CONTENIDO DE ESTA IDENTIDAD DE GÉNERO ES UN PRODUCTO SOCIAL, Y NO PROPIO DE LA NATURALEZA MASCULINA O FEMENINA. HASTA LA FECHA, LO ÚNICO QUE PARECE SER INTRÍNSECO A LA NATURALEZA MASCULINA O FEMENINA ES LA DIFERENCIA EN SU FUNCIÓN REPRODUCTIVA, LO DEMÁS, ES EL RESULTADO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL.

LA MAYOR PARTE DE LOS INDIVIDUOS POSEEN UNA IDENTIDAD DE GÉNERO QUE RESPONDE A SU SEXO BIOLÓGICO. SOLAMENTE EN EL CASO DE LOS LLAMADOS TRANSEXUALES²⁷ ENCONTRAMOS QUE LA IDENTIDAD DE GÉNERO SE ENCUENTRA ALTERADA, PUES SON PERSONAS QUE DESEARÍAN EL CAMBIO DE SU MORFOLOGÍA GENITAL.

4.1.3.2 ROL DE GÉNERO

ESTE SE REFIERE AL COMPORTAMIENTO DEL INDIVIDUO QUE HACE EVIDENTE A LA SOCIEDAD Y A SÍ MISMO DEL SEXO AL QUE PERTENECE.

GENERALMENTE ESTE COMPORTAMIENTO RESPONDE A LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y A LOS USOS Y COSTUMBRES DEL LUGAR Y LA ÉPOCA EN EL QUE EL INDIVIDUO SE DESENVUELVE. UBICAR EL ROL DE GÉNERO EN SU CONTEXTO SOCIAL, ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA PORQUE SI QUEREMOS VALORAR LA "MASCULINIDAD" O "FEMINEIDAD" DE UNA PERSONA, FUERA DE SU CONTEXTO CULTURAL Y EN UNA ÉPOCA QUE NO LE CORRESPONDE, EL RESULTADO SERÍA CAÓTICO; ASÍ POR EJEMPLO, LOS MEXICANOS NO PODEMOS VALORAR LA ADECUACIÓN DEL ROL DE GÉNERO DE UN ESCOCÉS POR EL USO DE FALDA, QUE EN NUESTRA CULTURA ES FEMENINA.

4.1.3.3 ORIENTACIÓN SEXUAL

PODEMOS DECIR QUE ESTA SE REFIERE A LA ATRACCIÓN O PREFERENCIA DEL SUJETO PARA ELEGIR COMPAÑERO EN LA RELACIÓN COITAL, AFECTIVA Y EN LA FANTASÍA.

EN ESTE COMPONENTE DE LA IDENTIDAD SEXUAL, EXISTE UN FUERTE CONDICIONAMIENTO SOCIAL, POR MEDIO DE EL CUAL SE PRESIONA AL INDIVIDUO PARA QUE SU ORIENTACIÓN SEA HETEROSEXUAL²⁸.

UN FACTOR QUE SE ENCUENTRA ÍNTIMAMENTE LIGADO A LA ORIENTACIÓN SEXUAL ES EL EROTISMO. ESTE ELEMENTO DIRIGE SU ACCIÓN HACIA LA CONSECUCCIÓN DEL PLACER SEXUAL. EL CONTENIDO ERÓTICO SE OBTIENE A TRAVÉS DEL PROCESO DE DESARROLLO, EN EL QUE LA PERSONA HACE SUYOS LOS ELEMENTOS SOCIOCULTURALES DE SU ÉPOCA Y SOCIEDAD.

²⁷

PERSONA QUE SIENTE, PIENSA Y ACTUA COMO LO HACEN LAS PERSONAS DEL SEXO COMPLEMENTARIO AL SUYO.
²⁸ RELACIÓN HOMBRE-MUJER.

4.1.4 CONDUCTA SEXUAL

LA SEXUALIDAD ES UN PRODUCTO CULTURAL, Y POSEE UNA DINÁMICA PROPIA QUE SE MANIFIESTA EN LAS DIVERSAS ETAPAS DEL DESARROLLO INDIVIDUAL, PROPORCIONANDO CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS A LA SEXUALIDAD QUE SE JUZGA ADECUADA EN EL NIÑO, EN EL ADOLESCENTE, EN EL JOVEN, EN EL ADULTO, Y EN EL ANCIANO.

POR OTRA PARTE, LA CONDUCTA SEXUAL, EN UN SENTIDO AMPLIO DE CONDUCTA COMO VARÓN O MUJER, INCLUYENDO DESDE LUEGO, LOS ASPECTOS DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA; CONSIDERAMOS, NO ES UNA VARIABLE QUE PUEDA SER AFECTADA DIRECTAMENTE: DEPENDE DE LOS ELEMENTOS CULTURALES, ES DECIR, DE VALORES, CREENCIAS, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y NORMAS. SABEMOS QUE ESTOS ELEMENTOS ESTAN SUJETOS A UNA DINÁMICA DE CAMBIO CONSTANTE, MAS O MENOS RÁPIDO Y A LA INTERACCION CON LAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD

LA CONDUCTA SEXUAL, POR SER FUNDAMENTALMENTE APRENDIDA, BRINDA LA POSIBILIDAD DE REALIZAR CAMBIOS SUBSTANCIALES EN ELLA, Y SIENDO LAS ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD UNA DE SUS MANIFESTACIONES MAS IMPORTANTES, PUEDEN MODIFICARSE ESTAS DE TAL FORMA QUE PERMITAN UN MEJOR DESARROLLO Y EXPRESIÓN MAS PLENA DE LAS CAPACIDADES DEL SER HUMANO; PARA TAL FIN, LA EDUCACIÓN ES UNA ACCIÓN, QUE INFLUYENDO SOBRE TODO EN CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES, PUEDE ALCANZAR O IMPULSAR ESTE PROPÓSITO. DE TAL FORMA, QUE RESULTA NECESARIO HACER UN ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS SOCIOCULTURALES PRESENTES EN CADA SITUACIÓN O GRUPO A TRATAR, Y UN ANÁLISIS DE CADA ACTIVIDAD EDUCATIVA, DIRIGIDA A LAS NECESIDADES, TAMBIÉN DE CADA GRUPO.

4.1.5 PROBLEMAS SOCIALES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD

LOS PROBLEMAS SOCIALES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD, SON PAUTAS DE CONDUCTA REPETITIVAS EN LAS SOCIEDADES Y GRUPOS; EN RELACIÓN CON ESTOS PROBLEMAS SOCIALES, EL PAPEL DEL EDUCADOR SEXUAL CONSISTE, POR UNA PARTE, EN DIFUNDIR LA INFORMACIÓN CORRECTA SOBRE LOS MISMOS, Y POR OTRA, PROPORCIONAR ORIENTACIÓN SOBRE LA MANERA DE VALORAR TALES PROBLEMAS DENTRO DE UNA CONCEPCIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD, Y SOBRE LAS MEDIDAS QUE PUEDEN CONTRIBUIR A SU SOLUCIÓN Y PREVENCIÓN.

EN NUESTRA SOCIEDAD, PODEMOS CONSIDERAR PRINCIPALMENTE CINCO PROBLEMAS SOCIALES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD: 1) LOS NACIMIENTOS NO DESEADOS, 2) LA PROSTITUCIÓN, 3) LOS ABORTOS INDUCIDOS, 4) LAS VIOLACIONES, Y 5) LAS ENFERMEDADES VENÉREAS (ENTRE ELLAS EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA).

4.1.5.1 NACIMIENTOS NO DESEADOS²⁹

EL PROBLEMA DEL GRAN NÚMERO DE HIJOS NO DESEADOS O NO PLANEADOS QUE NACEN CADA AÑO EN MÉXICO TIENE SUS RAICES EN LOS PROFUNDOS CAMBIOS SOCIOCULTURALES QUE ESTA EXPERIMENTANDO EL PAÍS: EL CAMBIO DE FUNCIONES DE LA MUJER EN LA SOCIEDAD LLEVA A LIMITAR EL PERIODO DE SU EXISTENCIA Y EL TIEMPO DIARIO QUE DESEA DEDICAR A LA CRIANZA DE LOS HIJOS. LA MISMA CONCEPCIÓN SOCIAL DE LA MUJER ESTA CAMBIANDO, DE TAL MANERA QUE SE LE EMPIEZA A VALORAR ÍNTEGRAMENTE POR SI MISMA, NO SOLO POR SU PAPEL DE MADRE.

LA FAMILIA ESTA CAMBIANDO EN SU ESTRUCTURA Y ESTA EVOLUCIONANDO, SOBRE TODO EN LOS SECTORES URBANOS ASALARIADOS, HACIA EL TIPO DE FAMILIA NUCLEAR, COMPUESTA ÚNICAMENTE POR LA PAREJA Y UN NÚMERO PEQUEÑO DE HIJOS, ESTRUCTURA CONGRUENTE CON EL MODO DE PRODUCCIÓN DE LOS PAISES INDUSTRIALES.

SIN EMBARGO, ESTAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES ESTAN ACOMPAÑADAS EN NUESTRO PAÍS POR FENÓMENOS DE DESFASAMIENTO ESTRUCTURAL, TÁLES COMO LA IGNORANCIA DE LAS TÉCNICAS MODERNAS PARA PREVENIR EL EMBARAZO, LA INSUFICIENCIA DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, LA PERSISTENCIA DE CREENCIAS OPUESTAS A LA ANTICONCEPCIÓN Y, TAMBIÉN, LA IRRESPONSABILIDAD DE MUCHAS PAREJAS QUE NO MANEJAN RACIONAL Y DELIBERADAMENTE LO REFERENTE A LA PROCREACIÓN.

NO CABE DUDA QUE NUESTRA SOCIEDAD CONFIERE UN GRAN VALOR A LA VIDA HUMANA Y A CADA PERSONA EN PARTICULAR; PERO EL MISMO RESPETO QUE MERECE LA PERSONA DEBE LLEVAR A LA FAMILIA Y A LA PROPIA SOCIEDAD A GARANTIZAR A CADA NIÑO QUE NACE ALIMENTACIÓN SUFICIENTE, CUIDADOS EN CUANTO A SU SALUD, DESARROLLO, EDUCACIÓN Y PREPARACIÓN ADECUADAS, PARA INTEGRARSE DE MANERA PRODUCTIVA EN LA SOCIEDAD.

SI NUESTRA POBLACIÓN SIGUIERA CRECIENDO AL RITMO ACTUAL SE DIFICULTARÍA TODAVÍA MAS LA PROVISIÓN DE EMPLEO Y DE SERVICIOS EDUCATIVOS, DE SALUD, DE VIVIENDA E INCLUSO DE ALIMENTOS.

DE LA MISMA MANERA, EN EL ÁMBITO FAMILIAR, LA PRESENCIA DE UN NÚMERO DE HIJOS MAS ELEVADO DE LOS QUE LA PAREJA PUEDE ALIMENTAR, ATENDER Y EDUCAR REDUNDA EN PERJUICIO DE LOS HIJOS CUYO NACIMIENTO NO SE DESEABA Y TAMBIÉN DE LOS ANTERIORES.

DE ESAS CONSIDERACIONES SE DEDUCE QUE EL ALTO NÚMERO DE NACIMIENTOS, NO PLANEADOS O NO DESEADOS, QUE OCURRE ANUALMENTE EN EL PAÍS ES UN GRAVE PROBLEMA SOCIAL, A CUYA SOLUCIÓN DEBEN CONTRIBUIR TODA UNA SERIE DE MEDIDAS, ENTRE ELLAS LA DIFUSIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL.

²⁹ CARRIZO, H. (1982).

4.1.5.2 PROSTITUCIÓN

EXISTEN VARIADAS DEFINICIONES DE LA PROSTITUCIÓN, YA SEA QUE SE LE ENFOQUE DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU ORIGEN, O DESDE SU FUNCIONAMIENTO.

EN CUANTO A SU ORIGEN, SE HABLA DE ELLA COMO UNA CONDICIÓN LIGADA A LA APARICIÓN MISMA DE LA SOCIEDAD.

EN LO QUE SE REFIERE A SU FUNCIONAMIENTO, LAS DEFINICIONES VAN DESDE CONSIDERARLA COMO UN SIMPLE RESULTADO DE LA DEBILIDAD PROPIA DEL CARÁCTER Y LA MANERA DE SER DE LA MUJER, HASTA AQUELLAS QUE TRATAN DE ENCONTRAR CIERTA RACIONALIDAD A LA EXISTENCIA DE UN FENÓMENO QUE EN LA ACTUALIDAD HA TOMADO PROPORCIONES CONSIDERABLES, Y HA ASUMIDO LA FORMA DE UN GRAVE PROBLEMA SOCIAL.

EL DICCIONARIO LAROUSSE DEFINE LA PROSTITUCIÓN COMO EL "...COMERCIO SEXUAL QUE UNA MUJER HACE, POR LUCRO, DE SU PROPIO CUERPO..."

EN UN SEMINARIO SOBRE PROSTITUCIÓN ORGANIZADO POR LAS NACIONES UNIDAS SE DEFINIÓ A LA PROSTITUTA COMO "...LA MUJER QUE SE OFRECE LIBREMENTE A CAMBIO DE DINERO AL PRIMERO QUE LLEGA, SIN ELECCIÓN NI PLACER, EN FORMA COTIDIANA CUANDO NO POSEE NINGÚN OTRO MEDIO DE EXISTENCIA..."

LA ENCICLOPEDIA DE LA SEXUALIDAD DICE QUE LA "...PROSTITUCIÓN CONSISTE EN LA UTILIZACIÓN VENAL Y PROFESIONAL DEL PROPIO CUERPO CON FINES ERÓTICOS, O DEL CUERPO DE OTRA PERSONA (...) IMPLICA LA PARTICIPACIÓN DE LA PROSTITUTA, DEL CLIENTE, Y GENERALMENTE DEL PROXENETA, EL CUAL ESTA EN VÍAS DE DESAPARICIÓN DEBIDO A LAS NUEVAS FORMAS DE PROSTITUCIÓN. ADEMÁS DE LAS MUJERES QUE SE ALQUILAN A CUALQUIER HOMBRE EXISTE UNA PROSTITUCIÓN MASCULINA, Y TAMBIÉN UNA DE NIÑOS..."

GOMEZJARA DEFINE DE LA SIGUIENTE MANERA A LA PROSTITUCIÓN: "...ES UNA ACTIVIDAD HISTORICA Y ORGANIZADA QUE CONSISTE EN UNA PRÁCTICA DE RELACIÓN SEXUAL MERCANTILIZADA, CONTINUA, CON DIVERSIDAD DE CLIENTES Y CARENTE DE AFECTO (...), LA DESEMPEÑAN POR UN LADO, PERSONAS DE ESTRATOS SOCIALES BAJOS AL SERVICIO DE ESE MISMO ESTRATO Y / O ESTRATOS SOCIALES MAS ALTOS, Y POR OTRA PARTE, PERSONAS DE CLASES SOCIALES ALTAS, AL SERVICIO DE ESAS MISMAS CLASES..."³⁰

LA PROSTITUCIÓN EN SI NO ESTA SANCIONADA POR LA LEY, A MENOS QUE SE REALICE DE MANERA ESCANDALOSA; ADEMÁS, NO DEBEMOS PERDER DE VISTA EL HECHO DE QUE ESTA ES UNO DE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA PROPAGACIÓN DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS.

UNA REDUCCIÓN DE LOS ALCANCES DE ESTE PROBLEMA, POSIBLE SOLO EN EL MEDIANO Y LARGO PLAZO, REQUIERE QUE LOS PADRES DE FAMILIA, Y LOS EDUCADORES RECIBAN LA INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN NECESARIA SOBRE EL FENÓMENO DE LA PROSTITUCIÓN, DE TAL MANERA QUE PUEDAN TRANSMITIRLA A LOS NIÑOS Y JOVENES, PUES SON LAS NUEVAS GENERACIONES QUIENES PODRIAN IR ERRADICAR ESTE PROBLEMA SOCIAL.

³⁰ GOMEZJARA, F. et al. (1978). *Sociología de la Prostitución*. MÉXICO: NUEVA SOCIOLOGÍA.

4.1.5.3**ABORTO INDUCIDO**

EL ABORTO SE PUEDE DEFINIR COMO LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN DE TODA, O UNA PARTE DE LA PLACENTA O DE LAS MEMBRANAS, SIN UN FETO IDENTIFICABLE O CON UN FETO VIVO O MUERTO QUE PESE MENOS DE 500 Grms.

LA CLASIFICACIÓN QUE SE PUEDE HACER DE LOS ABORTOS ES LA DE CONSIDERARLOS COMO ESPONTANEOS O INDUCIDOS. SE DEFINE COMO ABORTO ESPONTANEO AQUEL QUE SE PRODUCE SIN NINGUNA INTERFERENCIA DELIBERADA, Y POR ABORTO INDUCIDO EL QUE SE VERIFICA POR LA INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO POR CUALQUIER MEDIO.

EL CÓDIGO PENAL DEL D.F.³¹ SANCIONA CON PRISIÓN A QUIEN INDUCE AL ABORTO, Y A LA MADRE QUE LO PROVOCA VOLUNTARIAMENTE O CONSCIENTE EN QUE LO INDUZCAN; LA SANCIÓN NO ES APLICABLE CUANDO EL EMBARAZO ES RESULTADO DE UNA VIOLACIÓN O CUANDO LA MUJER EMBARAZADA CORRE EL RIESGO O PELIGRO DE MUERTE DE NO PROVOCARSE EL ABORTO.

4.1.5.4**VIOLACIÓN³²**

EL CÓDIGO PENAL DEL D.F. DEFINE EN SU ARTÍCULO 265 AL VIOLADOR COMO AQUEL QUE "...POR MEDIO DE LA VIOLENCIA FÍSICA O MORAL TENGA COPULA CON UNA PERSONA, SEA CUAL FUERE SU SEXO..."

LA DIFUSIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL, TANTO EN SUS ASPECTOS INFORMATIVO-EDUCATIVO, COMO EN LO NORMATIVO, ES INDUDABLEMENTE UN FACTOR MUY IMPORTANTE PARA ABATIR EL NÚMERO DE VIOLACIONES, AL PROPICIAR UNA TRANSFORMACIÓN DE LOS ROLES SEXUALES QUE ELIMINE LA SUBORDINACIÓN DE LA MUJER Y LA AGRESIVIDAD Y DOMINACIÓN POR PARTE DEL VARÓN.

4.1.5.5**ENFERMEDADES VENÉREAS O SEXUALMENTE TRANSMISIBLES**

SE CONOCEN COMO ENFERMEDADES VENÉREAS CIERTOS PADECIMIENTOS INFECTO-CONTAGIOSOS QUE SE CONTRAEN GENERALMENTE POR MEDIO DEL CONTACTO SEXUAL. SON PRODUCIDAS POR BACTERIAS, CARACTERÍSTICAS EN CADA ENFERMEDAD, Y SE CONTAGIAN FACILMENTE DE UNA PERSONA A OTRA.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) HA CLASIFICADO COMO ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES A LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS: SÍFILIS, GONORREA, CHANCRO BLANDO, GRANULOMA INGUINAL, LINFOGRANULOMA VENÉREO, CANDILOMAS ACUMULADOS, VAGINITIS, HERPES GENITAL, PARASITOSIS (COMO SARNA Y PEDICULOSIS), URETRITIS INESPECIFICA, Y MAS RECIENTEMENTE EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. ALGUNAS DE ESTAS SE PRESENTAN RARAMENTE.

ESTAS ENFERMEDADES SON UN PERJUICIO GRAVE PARA LA SALUD, PUESTO QUE EN LA MEDIDA Y FORMA EN QUE SE PROPAGAN, CONSTITUYEN UN PROBLEMA SOCIAL Y DE SALUD EMINENTEMENTE GRAVE.

³¹CÓDIGO PENAL DEL D.F. ART. 330
CARRIZO, H. (1982).

4.2 ADOLESCENCIA

ETIMOLÓGICAMENTE, ADOLESCENCIA, PROVIENE DE AD: A, HACIA Y OLESCERE DE OLERE: CRECER. SIGNIFICA LA CONDICIÓN Y EL PROCESO DE CRECIMIENTO, IMPLICA UN PROCESO DE CRISIS (DEL GRIEGO KRISIS: ACTO O FACULTAD DE DISTINGUIR, ELEGIR, DECIDIR Y/O RESOLVER).

LA ADOLESCENCIA ES UN PERIODO DE TRANSICIÓN, SU COMIENZO Y LA DURACIÓN ES VARIABLE. ADEMÁS MARCA EL FINAL DE LA NIÑEZ Y CREA LOS CIMIENTOS PARA LA EDAD ADULTA. ESTA MARCADO POR CAMBIOS INTERDEPENDIENTES EN EL CUERPO, EN LA MENTE Y EN LAS RELACIONES SOCIALES, ES DECIR, CUENTA CON CARACTERÍSTICAS BIO-PSICO-SOCIALES.

PUEDE DECIRSE QUE LA ADOLESCENCIA, EN CUANTO A FASE DE DESARROLLO HUMANO, TIENE UN PUNTO DE PARTIDA BIOLÓGICO Y UN DESENLAZADO PSICOLÓGICO Y SOCIAL.

DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOLÓGICO, SU INICIO ESTA MARCADO POR EL CRECIMIENTO FINAL Y EL DESARROLLO SEXUAL SECUNDARIO; Y SU TERMINACIÓN ESTA MARCADA POR LA DETERMINACIÓN DE LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL.

DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO, ESTA MARCADA POR UNA PERCEPCIÓN DE UN NUEVO YO Y CONCLUYE AL TENER UNA CLARA DIFERENCIACIÓN DE ESTE PARA PODERLO COMPARTIR CON UNA PAREJA, EN UN PROCESO DE CONSOLIDACIÓN DE LA IDENTIDAD Y CAPACIDAD DE TENER RELACIONES SEXUALES ESTABLES.

SOCIALMENTE ES UN PERIODO DE PREPARACIÓN PARA ASUMIR UN PAPEL ADULTO Y SU TERMINACIÓN ESTA MARCADA CUANDO LA SOCIEDAD LE OTORGA UN ROL LABORAL Y MARITAL ADULTO.

ES NECESARIO MARCAR LA DIFERENCIA ENTRE ADOLESCENCIA Y PUBERTAD, DONDE ESTE ÚLTIMO TERMINO ES UTILIZADO PARA HACER REFERENCIA A LAS TRANSFORMACIONES BIOLÓGICAS DE ESTE PERIODO, MIENTRAS QUE ADOLESCENCIA ES UTILIZADO EN REFERENCIA A LOS FENÓMENOS PSICOSOCIALES QUE LA ACOMPAÑAN.

LA PUBERTAD SE PUEDE PRESENTAR ENTRE LOS 9 Y LOS 14 AÑOS APROXIMADAMENTE; ESTO DEPENDE DE FACTORES TALES COMO LA ALIMENTACIÓN, LA HERENCIA, LAS INFLUENCIAS ENDOCRINAS, EL CLIMA, LA RAZA Y LA SITUACIÓN GEOGRÁFICA.

EXISTE UNA DIFERENCIACIÓN EN LOS CAMBIOS LLAMADOS PUBERALES EN EL HOMBRE, Y EN LA MUJER.

EN EL HOMBRE, SE PRODUCEN ESPERMATOZOIDES Y TESTOSTERONA, COMO RESULTADO DEL FUNCIONAMIENTO DEL HIPOTÁLAMO, HIPÓFISIS, Y TESTÍCULOS. MIENTRAS QUE EN LA MUJER SE PRODUCEN ÓVULOS, PROGESTERONA Y ESTROGENOS, COMO RESULTADO DEL FUNCIONAMIENTO DEL HIPOTÁLAMO, HIPÓFISIS Y OVARIOS.

A GRANDES RASGOS PODEMOS DIVIDIR A LA ADOLESCENCIA EN DOS FASES PRINCIPALES: ADOLESCENCIA TEMPRANA (11 A 15 AÑOS, APROXIMADAMENTE), Y ADOLESCENCIA TARDIA (16 A 19 AÑOS, APROXIMADAMENTE).

LA ADOLESCENCIA TEMPRANA SE CARACTERIZA POR: PREOCUPACIÓN POR EL CUERPO, CONDUCTA IMPULSIVA (DEBIDO A LOS CAMBIOS HORMONALES), SEPARACIÓN AFECTIVA DE LOS PADRES, REVALIDACIÓN DE SUS ACTITUDES, REBELDÍA, ADOPCIÓN DE NUEVAS FIGURAS DE IDENTIFICACIÓN, DEFINICIÓN DE LA IDENTIDAD SEXUAL, ENTRE OTROS. ESTA ETAPA DEL DESARROLLO CONCLUYE CUANDO SE LOGRA UNA MAYOR REGULARIZACIÓN DE LOS PROCESOS HORMONALES, UNA SEPARACIÓN DE LOS PADRES, Y EL ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD SEXUAL.

LA ADOLESCENCIA TARDIA SE CARACTERIZA POR: PERDIDA REAL DE LOS PADRES, ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES MAS SIGNIFICATIVAS Y MADURAS, Y LA BUSQUEDA DE IDENTIDAD SOCIAL. ESTA BUSQUEDA DE IDENTIDAD SOCIAL TIENE SIGNOS CLARAMENTE VISIBLES; LA GRADUAL DISMINUCIÓN DE LA INTENSA PREOCUPACIÓN POR LA PROPIA PERSONA, EL DEBILITAMIENTO DE LOS VÍNCULOS CON LOS PADRES Y DE LOS VALORES PATERNOS INTERIORIZADOS, TIENEN COMO RESULTADO UN INTERÉS MANIFIESTO POR LOS VALORES CULTURALES, LAS IDEOLOGÍAS, Y LAS FUERZAS SOCIALES.

4.2.1

RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN, ADOLESCENCIA Y SALUD

COMO YA HEMOS SUGERIDO, LA EDUCACIÓN A LOS JOVENES ADOLESCENTES PUEDE SER UN VALIOSO RECURSO PARA AYUDAR A PREVENIR EL VIH Y LAS ETS; Y YA QUE SU CONDUCTA AÚN ESTA EN DESARROLLO Y COMIENZAN A EXPERIMENTAR LA VIDA SEXUAL, PUEDEN ADOPTAR PRÁCTICAS MAS SEGURAS DESDE EL PRINCIPIO CON MAYOR FACILIDAD QUE LOS ADULTOS. SUS ACTITUDES TAMBIÉN SON NORMALMENTE MENOS RÍGIDAS, Y TIENEN MENOS TABÚES ESTABLECIDOS.

OTRO PUNTO IMPORTANTE ES QUE LOS JOVENES PUEDEN EJERCER UNA GRAN INFLUENCIA ENTRE ELLOS; ESTO PUEDE SER NEGATIVO, CUANDO SE ANIMAN ENTRE SI A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO, PERO TAMBIÉN PUEDE CANALIZARSE POSITIVAMENTE A TRAVÉS DE ESTE PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOBRE EL SIDA PARA DIFUNDIR MENSAJES SOBRE LO QUE ES SEGURO Y LO QUE NO LO ES. DADO QUE NO HAN TENIDO MUCHO TIEMPO PARA FORMARSE PREJUICIOS, TAMBIÉN PUEDEN APRENDER A ADOPTAR ACTITUDES NO DISCRIMINATORIAS HACIA LAS PERSONAS INFECTADAS CON EL VIH E INCLUSO HACIA LOS ENFERMOS DE SIDA CON MAS FACILIDAD QUE LOS ADULTOS.

LO IMPORTANTE, PUES ES QUE LA EDUCACIÓN COMIENZE ANTES DE QUE LO HAGA LA ACTIVIDAD SEXUAL, PREPARANDO A LOS ESTUDIANTES PARA AFRONTAR LAS CONDUCTAS DE RIESGO FUTURAS.

4.2.1.1 IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN

ES IMPORTANTE EVALUAR EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN ESCOLAR SOBRE EL SIDA EN LA CONDUCTA PREVENTIVA DE LOS ESTUDIANTES, NO SOLO LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS SINO TAMBIÉN LA ADOPCIÓN DE LAS ACTITUDES DESEADAS; EN DONDE LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO IMPLICA MEDIR HASTA QUE PUNTO SE HAN ASIMILADO Y PRACTICADO DICHOS CONOCIMIENTOS, Y SI SE HA ALCANZADO UNA CONDUCTA LIBRE DE RIESGOS.

4.3 SALUD Y ADOLESCENCIA

EN EL MUNDO HAY MAS DE MIL MILLONES DE ADOLESCENTES. EN LOS PAISES EN DESARROLLO, SU NÚMERO AUMENTARÁ EN 20% EN LOS PROXIMOS 15 AÑOS³³. LOS JOVENES SON MUY IMPORTANTES PARA LA SOCIEDAD, ES POR ESTO QUE ES ÚTIL INVERTIR MUCHO EN ELLOS PARA QUE APRENDAN A PROTEGER SU PROPIA SALUD Y A MANTENERSE CON VIDA, ASÍ COMO PARA QUE INFLUYAN Y EDUQUEN A SUS COMPAÑEROS; ESTO SE PUEDE REALIZAR INTEGRANDO PROGRAMAS EFICACES SOBRE EL SIDA EN LA ESCUELA Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN TANTO EN SU COMUNIDAD COMO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA.

4.3.1 SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

EL GRUPO ADOLESCENTE ES DONDE LAS EXIGENCIAS Y MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES DE LA SALUD INTEGRAL QUIZÁ SON MAS EVIDENTES Y EN DONDE SE REQUIEREN RESPUESTAS SOCIALES PARA QUE PUEDAN CUMPLIR CON SUS ASPIRACIONES DE BIENESTAR Y DESARROLLO, Y A SU VEZ, CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DE LA SOCIEDAD.

ESTE BIENESTAR NO SE LOGRA SI NO EXISTEN CIERTOS NIVELES DE CALIDAD DE VIDA EN TERMINOS COMO EDUCACIÓN, NUTRICIÓN, VIVIENDA, SALUD FÍSICA Y MENTAL, TRABAJO, Y RECREACIÓN. PARA LOGRAR ESTO ES NECESARIO PROMOVER LA CAPACIDAD DE EL ADOLESCENTE EN AMBITOS COMO SU AUTOCUIDADO, AYUDA MUTUA DENTRO DEL GRUPO SOCIAL, ACTUACIÓN SOBRE EL MEDIO AMBIENTE DONDE VIVEN, Y LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

4.3.1.1 PROBLEMAS DE SALUD QUE AFECTAN MAS FRECUENTEMENTE AL ADOLESCENTE³⁴

EN LAS ULTIMAS DÉCADAS, EN AMÉRICA LATINA, LA POBLACIÓN UBICADA ENTRE LOS 15 Y 24 AÑOS DE EDAD SUPERA EL 20 % DE LA POBLACIÓN TOTAL, POR LO QUE HA LLEGADO A SER UNA DE LAS MAS ELEVADAS EN EL MUNDO EN COMPARACIÓN CON OTROS CONTINENTES. SE HA CALCULADO QUE PARA EL AÑO 2,000, LA POBLACIÓN JOVEN SE HABRA TRIPLICADO, CONSIDERANDO QUE EN 1960 FUE DE 38.5 MILLONES.

ESTE CRECIMIENTO POBLACIONAL JUVENIL SE ASOCIA A UN ALTO RITMO DE URBANIZACION, ENTENDIENDO A ESTE COMO LA MIGRACIÓN DE JOVENES DE ZONAS RURALES A URBANAS, ACRECENTANDO LOS CINTURONES DE MISERIA, CON LO CUAL LOS MUCHACHOS EMIGRANTES AUMENTAN EL RIESGO DE CONTRAER ENFERMEDADES, ASÍ COMO DE ADQUIRIR CONDUCTAS DE RIESGO.

³³

MONROY, A. (1990). *Salud, Sexualidad y Adolescencia*. MÉXICO: PAX

³⁴

"...MANUAL DEL (Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes, 1994)".

LA SALUD DE ESTOS ESTA INFLUENCIADA POR LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE DESARROLLEN LAS ETAPAS PREVIAS DE LA VIDA Y LA CALIDAD DE VIDA EN ETAPAS FUTURAS.

EN NUESTRO CONTINENTE, UNA DE LAS PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN SON LOS ACCIDENTES, ESPECIALMENTE DE TRÁNSITO, SIENDO DE 40 A 60 % EN HOMBRES Y DE 15 A 50 % EN MUJERES. LOS HOMICIDIOS Y SUICIDIOS REPRESENTAN LA SEGUNDA CAUSA DE MORTALIDAD EN VARONES Y EN LAS MUJERES LAS COMPLICACIONES DE EMBARAZO Y PARTO.

EN ORDEN CONSECUTIVO ALTERNAN LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, TUMORES MALIGNOS, NEUMONÍA, ENTERITIS Y TUBERCULOSIS, ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO DE LOS JOVENES.

EL ABUSO DEL ALCOHOL, TABACO, USO DE DROGAS; AÑADIENDO EL DESEMPLEO Y LA PROSTITUCIÓN SON CAUSAS PRINCIPALES DE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD EN LA GENTE JOVEN DEL CONTINENTE AMERICANO.

4.3.2 SALUD SEXUAL Y ADOLESCENCIA.

LOS JOVENES DE EDADES ENTRE LOS 10 Y 24 AÑOS, PUEDEN REPRESENTAR UNA GRAN AYUDA EN LA PREVENCIÓN DEL VIH Y EN EL CONTROL DE LA EPIDEMIA, YA QUE SU CONDUCTA Y ACTITUDES, ESTAN TODAVÍA EN DESARROLLO Y COMIENZAN A EXPERIMENTAR SU SEXUALIDAD, PUEDEN ADOPTAR PRÁCTICAS MAS SEGURAS CON MAYOR FACILIDAD QUE LOS ADULTOS.

AL MISMO TIEMPO, LOS JOVENES SON PARTICULARMENTE VULNERABLES AL VIH, Y A OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS). EN MUCHOS PAISES 60% DE TODOS LOS CASOS NUEVOS DE INFECCIÓN SON JOVENES DE 15 A 24 AÑOS.

UNA BUENA EDUCACIÓN SOBRE EL SIDA, DEBE COMENZAR DESDE LA PREVENCIÓN, PUESTO QUE UNA EDUCACIÓN DE ESTE TIPO AYUDA A LOS JOVENES ADOLESCENTES A APLAZAR LAS RELACIONES SEXUALES Y, CUANDO COMIENZAN SU VIDA SEXUAL ACTIVA A EVITAR LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS.

SIN EMBARGO, ES FRECUENTE QUE EN LA ESCUELA NO SE LES IMPARTA LA EDUCACIÓN SOBRE EL SIDA A LOS ADOLESCENTES, ESTO DEBIDO A DIVERSOS FACTORES COMO:

- EL TEMA SE CONSIDERA DEMASIADO DELICADO O CONTROVERTIDO PARA SER ENSEÑADO.
- ES DIFÍCIL ENCONTRAR UN HUECO PARA LA EDUCACIÓN SOBRE EL SIDA EN UN PROGRAMA ESCOLAR YA SATURADO.
- EN ALGUNOS PAISES ES POSIBLE QUE SOLO HAYA UNA COBERTURA PARCIAL (EL CASO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA).

- LA EDUCACIÓN PUEDE ESTAR LIMITADA A DETERMINADOS GRUPOS DE EDAD (EN LOS QUE NO SE INCLUYE A LOS MAS JOVENES).
- SE FACILITA INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA, PERO NO SE IMPARTEN LOS CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS DE CONDUCTA NECESARIOS PARA LA PREVENCIÓN.

UNA ESTRATEGIA PARA DAR SOLUCIÓN A ESTOS PROBLEMAS ES PREPARAR UN BUEN PLAN DE ESTUDIOS Y/O PLAN EXTRAESCOLAR, ADAPTADOS A LA CULTURA Y LAS CIRCUNSTANCIAS DEL GRUPO AL QUE ESTA DIRIGIDO, SUPERVISANDO LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS Y EVALUANDO SU IMPACTO EN EL COMPORTAMIENTO Y ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES.

COMO YA HEMOS DICHO, LOS ADOLESCENTES SON ESPECIALMENTE VULNERABLES A LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ENTRE ELLAS EL SIDA), Y AÚN CUANDO QUIZÁ, EN EL PRESENTE NO ADOPTEN TODAVÍA CONDUCTAS DE RIESGO, ES POSIBLE QUE EN UN FUTURO CERCANO SE EXPONGAN A SITUACIONES PELIGROSAS. GENERALMENTE, EN EL HOGAR O LA COMUNIDAD NO PUEDEN HABLAR FACILMENTE O EN ABSOLUTO DEL SIDA, O DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO QUE PUEDEN CONDUCIR A LA INFECCIÓN POR EL VIH.

LOS JOVENES SEXUALMENTE ACTIVOS SUELEN NO TENER UNA RELACIÓN SEXUAL ESTABLE, Y A VECES CAMBIAN CON FRECUENCIA DE PAREJA; AUNADO A ESTO EL HECHO DE QUE, A MENUDO DESCONOCEN LOS RIESGOS DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL PARA LA SALUD Y ES POSIBLE QUE TENGAN UN ACCESO LIMITADO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA.

TOMANDO EN CUENTA QUE LA MAYORÍA DE ESTOS JOVENES VAN A LA ESCUELA HASTA UNA CIERTA EDAD, Y ESTA ES UN PUNTO DE ENTRADA EN EL QUE SE PUEDEN TRATAR ESOS TEMAS, PROPONEMOS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE VIH/SIDA BASADO EN LAS ACTITUDES DE LOS JOVENES ADOLESCENTES HACIA EL SIDA; CON EL CUAL SE CUMPLIRÍA LA CONDICIÓN DE ADAPTACION DE CIRCUNSTANCIAS Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO A LA POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE.

EL PUNTO MAS IMPORTANTE DEL CONTEXTO ESCOLAR ES EL HECHO DE QUE LA ESCUELA NO SOLO LES PROPORCIONA INFORMACIÓN A LOS JOVENES, SINO QUE TAMBIÉN LES IMPARTE CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS Y ACTITUDES

4.3.2.1

ETS MAS FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA

LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SEXUALMENTE (ETS), TAMBIÉN LLAMADAS ENFERMEDADES VENÉREAS, SON PADECIMIENTOS INFECTOCONTAGIOSOS QUE SE CONTRAEN, GENERALMENTE, POR REALIZAR EL COITO EN CONDICIONES DE HIGIENE INAPROPIADA Y/O CON PERSONAS YA INFECTADAS.

EL ADOLESCENTE ES UNA VÍCTIMA COMÚN DE ALGUNAS DE LAS ETS DEBIDO, ENTRE OTRAS RAZONES, A LA FALTA DE INFORMACIÓN VERÍDICA SOBRE LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS CON ELLAS, A LOS SENTIMIENTOS DE VERGÜENZA Y/O TEMOR QUE EXPERIMENTAN ANTE LA EXPLORACIÓN DE SU PROPIO CUERPO Y A LA ACTITUD DESPREOCUPADA CON LA QUE PRACTICAN SU ACTIVIDAD SEXUAL, OLVIDANDO EL EMPLEO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO MEDIDA PREVENTIVA DE CONTAGIOS INFECCIOSOS.

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, AUMENTAN SU IMPORTANCIA DENTRO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. SI BIEN ES VERDAD QUE HASTA HACE POCOS AÑOS SOLAMENTE SE CONSIDERABAN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL A CINCO INFECCIONES DE LAS DENOMINADAS CLÁSICAS³⁵, HOY EN DÍA EL NÚMERO GLOBAL DE ESTAS ENFERMEDADES HA AUMENTADO EN FORMA CONSIDERABLE, CONSTITUYENDO UN PROBLEMA GRAVE DE SALUD PÚBLICA.

POR UNA PARTE, EXISTEN LAS ENFERMEDADES CUYO CONTAGIO SE REALIZA EXCLUSIVAMENTE A TRAVÉS DE LAS RELACIONES SEXUALES MANTENIDAS CON PERSONAS ENFERMAS O POR TRANSMISIÓN PERINATAL³⁶

POR OTRA PARTE EXISTEN UNA SERIE DE INFECCIONES EN LAS QUE LA TRANSMISIÓN SEXUAL ES SOLO UNA VÍA ALTERNATIVA PUDIENDO CONTAGIARSE POR OTROS MEDIOS FUERA DE LAS RELACIONES SEXUALES, TAL ES EL CASO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

LAS ETS MAS FRECUENTES DETECTADAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE SON: VAGINOSIS BACTERIANA, VAGINITIS POR TRICHOMONAS, CANDIDIASIS VULVOVAGINAL, CHLAMYDIA, INFECCIÓN GONOCOCICA, CONDILOMA CUMINADO, Y HERPES GENITAL.

DADA LA IMPORTANCIA DE ESTE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, ES IMPORTANTE INFORMAR AL ADOLESCENTE QUE CADA VEZ QUE TENGA RELACIONES SEXUALES EXISTE RIESGO DE CONTAGIO DE UNA ENFERMEDAD VENÉREA. UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LA PREVENCIÓN ES LA HIGIENE SEXUAL.

4.3.2.2

PRINCIPALES RAZONES DEL AUMENTO DE INCIDENCIAS

AUNQUE ES DIFÍCIL DEMOSTRAR, POR LA FALTA DE ESTADÍSTICAS COMPLETAS, LO CIERTO ES QUE LAS CONSULTAS MOTIVADAS POR LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, AUMENTAN PROGRESIVAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL, DEBIDO A LA FALTA DE INFORMACIÓN QUE SE PRESENTA, TANTO EN LA ATENCIÓN MEDICA EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA, COMO A NIVEL FAMILIAR, Y COMUNITARIO³⁷, PODEMOS SEÑALAR QUE SON VARIOS LOS FACTORES SOCIOCULTURALES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA EN EL AUMENTO CONSTANTE Y CONTINUO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, QUE A SABER SON:

³⁵

ETS CLÁSICAS: SIFILIS, GONORREA, CHANCRE BLANDO, LINFO GRANULOMA VENÉREO, GRANULOMA INGUINAL.

³⁶

DE LA MADRE EMBARAZADA AL FETO, O BIEN AL MOMENTO DEL NACIMIENTO POR SU PASO A TRAVÉS DEL CANAL DE PARTO.

³⁷

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (1998, FEBRERO 7, SEMANA 5). *Epidemiología. Sistema único de Información*. 15

(5)

- EL COMIENZO DE LAS RELACIONES SEXUALES A EDADES MAS TEMPRANAS, QUE IMPLICA UNA MAYOR POSIBILIDAD DE CONTACTOS CON DISTINTAS PAREJAS SEXUALES.

- EL AUMENTO EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

- LA MODIFICACIÓN DE LAS COSTUMBRES (VALORES MORALES Y FAMILIARES).

- EL USO Y CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL.

AUNADO A ESTO, EL PAPEL DE FACTORES MÉDICOS COMO EL CAMBIO EN LA SINTOMATOLOGÍA O EL USO INDISCRIMINADO DE MEDICAMENTOS QUE LLEVAN A VECES A CONFUSIONES DIAGNÓSTICAS Y COMO CONSECUENCIA A FAVORECER SU DISEMINACIÓN. TAMBIÉN CONTRIBUYEN LA IGNORANCIA Y LA ESCASA COMPRENSIÓN POR PARTE DE LOS MÉDICOS ACERCA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DE SU IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y SOCIAL, EL PERFECCIONAMIENTO DE TÉCNICAS Y DIAGNÓSTICOS Y EL DESCUBRIMIENTO DE NUEVOS TRATAMIENTOS, JUNTO CON LA PÉRDIDA DE ACTIVIDAD DE ALGUNOS ANTIBIÓTICOS, LA RAPIDEZ DE CURACIÓN DE CASI TODAS ELLAS Y EL MAYOR NÚMERO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE SE HAN AÑADIDO A LAS ETS CLÁSICAS, TODO ELLO CONTRIBUYE A QUE SU AUMENTO SEA CONSTANTE³⁸.

³⁸ SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (1998, FEBRERO 7, SEMANA 5) Epidemiología. Sistema único de Información 15
(5)



CAPÍTULO V
“ACTITUDES”



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.
CAMPUS IZTAPALAPA.

CAPÍTULO V ACTITUDES

LAS ACTITUDES CONSTITUYEN VALIOSOS ELEMENTOS PARA LA PREDICCIÓN DE CONDUCTAS DEBIDO A QUE EL CONOCIMIENTO DE LAS ACTITUDES DE UNA PERSONA EN RELACIÓN CON DETERMINADOS OBJETOS PERMITE QUE SE PUEDAN HACER INFERENCIAS ACERCA DE SU CONDUCTA, Y DESEMPEÑAN FUNCIONES ESPECÍFICAS PARA CADA UNO DE NOSOTROS, AYUDÁNDONOS A FORMAR UNA IDEA MAS ESTABLE DE LA REALIDAD EN QUE VIVIMOS.

5.1 DEFINICIÓN

LA IMPORTANCIA DE ESTE CONCEPTO HA CONTRIBUIDO A QUE SEAN MUCHOS LOS AUTORES QUE SE HAN DADO A LA TAREA DE DEFINIRLO. RODRÍGUEZ (1976)³⁹ CITA LAS SIGUIENTES DEFINICIONES CLÁSICAS DE ACTITUD:

1. THURSTONE (1928), CONSIDERA LA ACTITUD COMO "LA INTENSIDAD DE AFECTO EN FAVOR O EN CONTRA DE UN OBJETO PSICOLÓGICO"
2. PARA ALLPORT (1935), LA ACTITUD "ES UN ESTADO MENTAL Y NEUROLÓGICO DE ATENCIÓN, ORGANIZADO A TRAVÉS DE LA EXPERIENCIA Y CAPAZ DE EJERCER UNA INFLUENCIA DIRECTIVA O DINÁMICA SOBRE LA RESPUESTA DEL INDIVIDUO A TODOS LOS OBJETOS Y SITUACIONES CON LAS QUE ESTA RELACIONADO".
3. MURPHY, MURPHY Y NEWCOMB (1935), CONSIDERAN LA ACTITUD COMO "UNA RESPUESTA AFECTIVA, RELATIVAMENTE ESTABLE, EN RELACIÓN CON UN OBJETO".
4. "UN SISTEMA DURADERO DE EVALUACIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS, SENTIMIENTOS EMOCIONALES Y TENDENCIAS EN FAVOR O EN CONTRA EN RELACIÓN CON UN OBJETO SOCIAL" (KRECH, CRUTCHFIELD Y BALLACHER, 1962).
5. "CIERTAS REGULARIDADES EN LOS SENTIMIENTOS, PENSAMIENTOS Y PREDISPOSICIONES DEL INDIVIDUO PARA ACTUAR EN RELACIÓN CON ALGÚN ASPECTO DE SU AMBIENTE" (SECORD Y BACKMAN, 1964).
6. "UNA DISPOSICIÓN A ACTUAR CUANDO APARECEN LAS CIRCUNSTANCIAS" (BROWN, 1965).

³⁹ RODRÍGUEZ, A. (1976). *Psicología Social*. MÉXICO:TRILLAS.

7. "SE REFIERE A LAS POSICIONES QUE LA PERSONA ADOPTA Y APRUEBA ACERCA DE OBJETOS, CONTROVERSIAS, PERSONAS, GRUPOS O INSTITUCIONES". (SHERIFF Y SHERIFF, 1965).

8. "DESDE EL PUNTO DE VISTA COGNOSCITIVO, LA ACTITUD REPRESENTA UNA ORGANIZACIÓN DE COGNICIONES POSEEDORAS DE VALENCIAS. DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA MOTIVACIÓN, LA ACTITUD REPRESENTA UN ESTADO DE ATENCIÓN A LA PRESENTACIÓN DE UN MOTIVO" (NEWCOMB, TURNER Y CONVERSE, 1965).

9. "ES UNA ORGANIZACIÓN RELATIVAMENTE DURADERA DE CREENCIAS ACERCA DE UN OBJETO O DE UNA SITUACIÓN QUE PREDISPONEN A LA PERSONA PARA RESPONDER DE UNA DETERMINADA FORMA" (ROCKEACH, 1969).

10. "UNA COLECCIÓN DE COGNICIONES, CREENCIAS, OPINIONES, Y HECHOS. CONOCIMIENTO, INCLUYENDO LAS EVALUACIONES (SENTIMIENTOS) POSITIVAS Y NEGATIVAS, TODOS RELACIONÁNDOSE Y DESCRIBIENDO A UN TEMA U OBJETO CENTRAL" (FREEDMAN, CARLSMITH Y SEARS, 1970).

EN BASE A LO ANTERIOR, PODEMOS DECIR QUE LA ACTITUD ES UNA PREPARACIÓN O DISPONIBILIDAD PARA LA RESPUESTA CON UN "GRADO DE AFECTO" A FAVOR O EN CONTRA DE UN OBJETO O UN VALOR.

A PARTIR DE LAS DIVERSAS DEFINICIONES PRESENTADAS PODEMOS SINTETIZAR ELEMENTOS ESENCIALES CARACTERÍSTICOS DE LAS ACTITUDES, A SABER:

- A) LA ORGANIZACIÓN DURADERA DE CREENCIAS Y COGNICIONES EN GENERAL.
- B) LA DIRECCIÓN A UN OBJETO SOCIAL.
- C) LA CARGA AFECTIVA EN FAVOR O EN CONTRA, Y
- D) LA PREDISPOSICIÓN A LA ACCIÓN.

5.2 ESTRUCTURA

TRADICIONALMENTE SE HACE UNA DISTINCIÓN ENTRE TRES COMPONENTES DE LAS ACTITUDES: EL COMPONENTE COGNOSCITIVO, EL COMPONENTE AFECTIVO Y EL COMPONENTE COMPORTAMENTAL O CONDUCTUAL.

5.2.1 COMPONENTE COGNOSCITIVO

PARA QUE EXISTA UNA ACTITUD EN RELACIÓN A UN OBJETO DETERMINADO ES NECESARIO QUE EXISTA TAMBIÉN ALGUNA REPRESENTACIÓN COGNOSCITIVA DE DICHO OBJETO. EL COMPONENTE COGNOSCITIVO DE UNA ACTITUD CONSISTE EN LAS PERCEPCIONES DEL INDIVIDUO, SUS CREENCIAS Y ESTEREOTIPOS, ES DECIR, SUS IDEAS SOBRE EL OBJETO. EL TERMINO OPINIÓN SE USA A MENUDO COMO SUBSTITUTO DEL COMPONENTE COGNOSCITIVO DE UNA ACTITUD, ESPECIALMENTE CUANDO ESTA ES DE IMPORTANCIA CON RESPECTO A ALGÚN PROBLEMA.

CUANDO LA REPRESENTACIÓN COGNOSCITIVA QUE LA PERSONA TIENE DE UN OBJETO SOCIAL ES VAGA O ERRONEA, SU EFECTO CON RELACIÓN AL OBJETO TIENDE A SER POCO INTENSO E INESTABLE. EN ESTE CASO, UNA CAMPAÑA DE INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE NUEVOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL OBJETO SERA MUY EFICAZ PARA CAMBIAR LA ACTITUD.

5.2.2 COMPONENTE AFECTIVO

PARA ALGUNOS AUTORES (FISHBEIN Y RAVEN, 1962; FISHBEIN, 1965; CIT. POR RODRÍGUEZ, 1976), EL COMPONENTE AFECTIVO, DEFINIDO COMO EL SENTIMIENTO EN FAVOR O EN CONTRA DE UN DETERMINADO OBJETO SOCIAL, ES LO ÚNICO REALMENTE CARACTERÍSTICO DE LAS ACTITUDES.

CIERTAMENTE, EL COMPONENTE MAS CARACTERÍSTICO DE LAS ACTITUDES ES EL COMPONENTE AFECTIVO. EN ESTO LAS ACTITUDES DIFIEREN POR EJEMPLO, DE LAS CREENCIAS Y OPINIONES EN QUE, AUNQUE MUCHAS VECES SE INTEGRAN A UNA ACTITUD PROVOCANDO UN EFECTO NEGATIVO O POSITIVO EN RELACIÓN CON UN OBJETO Y CREAN UNA PREDISPOSICIÓN A LA ACCIÓN, NO NECESARIAMENTE SE ENCUENTRAN IMPREGNADAS DE UNA CONNOTACIÓN AFECTIVA.

EL ASPECTO EMOCIONAL DE LA ACTITUD ES CON FRECUENCIA EL COMPONENTE MAS PROFUNDAMENTE ENRAIZADO Y EL MAS RESISTENTE AL CAMBIO. LAS ACTITUDES DE UN ALTO CONTENIDO EMOCIONAL TIENEN MENOS TENDENCIA A SER INFLUENCIADAS POR INFORMACIONES NUEVAS Y CONOCIMIENTOS INTELECTUALES PUROS. PARA TRATAR DE MODIFICAR ESTE TIPO DE ACTITUDES SON MUCHO MAS EFECTIVAS LAS TÉCNICAS QUE SE DIRIGEN DIRECTAMENTE AL COMPONENTE AFECTIVO TALES COMO EL ROLE PLAYING EMOCIONAL Y EL PSICODRAMA. AUNQUE USUALMENTE EXISTE COHERENCIA ENTRE LOS COMPONENTES AFECTIVO Y COGNOSCITIVO DE UNA ACTITUD, LA RELACIÓN ENTRE ESTOS COMPONENTES Y EL COMPONENTE COMPORTAMENTAL, PARECE A MENUDO SER INCONSCIENTE.

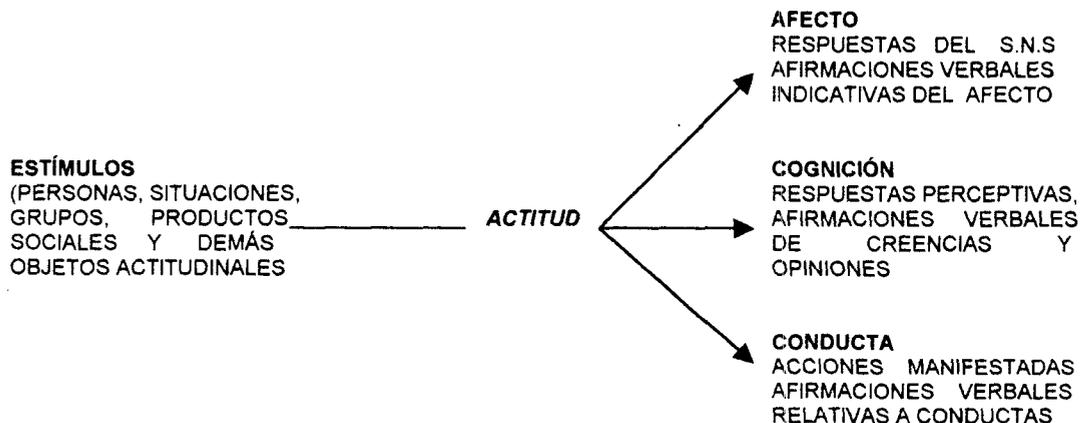
5.2.3 COMPONENTE CONDUCTUAL

EL COMPONENTE CONDUCTUAL DE LAS ACTITUDES CONSISTE EN LA TENDENCIA A ACTUAR O REACCIONAR DE CIERTO MODO CON RESPECTO AL OBJETO ACTITUDINAL; DONDE LAS ACTIVIDADES CREAN UN ESTADO DE PREDISPOSICIÓN A LA ACCIÓN QUE AL COMBINARSE CON UNA SITUACIÓN ACTIVADORA ESPECÍFICA RESULTA EN UNA CONDUCTA.

NO DEBEMOS PERDER DE VISTA EL HECHO DE QUE LAS ACTITUDES INVOLUCRAN LO QUE LAS PERSONAS PIENSAN Y SIENTEN, ASÍ COMO EL MODO EN QUE A ELLAS LES GUSTARIA COMPORTARSE CON RELACIÓN A UN OBJETO ACTITUDINAL. LA CONDUCTA NO SE ENCUENTRA SOLO DETERMINADA POR LO QUE A LAS PERSONAS LES GUSTARIA HACER; SINO TAMBIÉN POR LO QUE PIENSAN QUE DEBEN HACER (NORMAS SOCIALES), POR LO QUE ELLAS GENERALMENTE HAN HECHO (HÁBITOS), Y POR LAS CONSECUENCIAS ESPERADAS DE SU CONDUCTA.

FINALMENTE LOS COMPONENTES DE LA ACTITUD ESTAN INSTRUMENTALMENTE RELACIONADOS, ASÍ, UN CAMBIO EN UNO DE LOS COMPONENTES TIENDE A PRODUCIR UN CAMBIO EN LOS OTROS A FIN DE RESTAURAR LA COHERENCIA INTERNA DENTRO DE LA ESTRUCTURA TOTAL DE LA ACTITUD.

HOVLAND Y ROSENBERG (1960, CIT. POR RODRÍGUEZ, 1976) PROPONEN LA SIGUIENTE REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS ACTITUDES, MISMA EN LA QUE SE APRECIAN LOS TRES COMPONENTES ANTES DESCRITOS.



5.3 FORMACIÓN

5.3.1 ENFOQUES FUNCIONALISTAS

PARA SMITH, BRUNER Y WHITE (1956, CIT. POR RODRÍGUEZ, 1976), LAS ACTITUDES SE FORMAN CON OBJETO DE ATENDER A DETERMINADAS FUNCIONES, LAS QUE SON VISTAS DESDE UNA PERSPECTIVA PRAGMÁTICA PARA EL AJUSTE DE LA PERSONALIDAD FRENTE AL MUNDO EXTERIOR. ESTOS MISMOS AUTORES ESPECIFICAN LAS PRINCIPALES FUNCIONES QUE A SU ENTENDER CUMPLEN LAS ACTITUDES; ESTAS SON:

- EVALUACIÓN DEL OBJETO. CONSISTE EN LO QUE LOS PSICÓLOGOS DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA DENOMINAN "TEST DE LA REALIDAD". LA EXPERIENCIA DIARIA NOS ENSEÑA EN FORMA INCUESTIONABLE QUE NUESTRAS ACTITUDES NO EXISTEN COMO ALGO AISLADO Y SI COMO PARTE INTEGRANTE DE UN CONGLOMERADO DE POSICIONES QUE POSEEN UN CLARO DENOMINADOR COMÚN. POR TANTO, LA FUNCIÓN DE EVALUACIÓN DEL OBJETO PROPORCIONA LAS POSICIONES GENERALES CAPACES DE INSPIRAR NUESTRAS REACCIONES EN RELACIÓN CON EL OBJETO ESPECÍFICO Y A UNA SERIE DE OTROS OBJETOS CON LOS CUALES ESTE SE RELACIONA.

- AJUSTE SOCIAL. ESTA FUNCIÓN CONSISTE EN PERMITIRNOS LA FACILITACIÓN, CONCLUSIÓN Y LA CONSERVACIÓN MAS O MENOS ARMONIOSA DE NUESTRAS RELACIONES CON OTRAS PERSONAS.

- FINALMENTE, LA FUNCIÓN DE EXTERIORIZACIÓN CUMPLIDA POR LAS ACTITUDES CONSISTE EN LA MANIFESTACIÓN MAS CLARA E INDISCUTIBLE DE POSICIONES QUE DEFIENDEN O PROTEGEN EL YO CONTRA CIERTOS ESTADOS DE ANSIEDAD PROVOCADOS POR PROBLEMAS INTERNOS. LA PERSONA, FRENTE A UNA SITUACIÓN DEL AMBIENTE EXTERNO, EXHIBE UNA ACTITUD QUE REPRESENTA UNA VISIÓN TRANSFORMADA DE LA MANERA CON QUE ELLA ENCARA SUS PROBLEMAS INTERNOS. A TRAVÉS DE ESTO, LA PERSONA PUEDE LOGRAR BUENOS RESULTADOS EN LO QUE SE REFIERE A LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD PROVOCADA POR SU PROBLEMA INTERIOR.

SE SEÑALAN TRES PROCESOS DE INFLUENCIA SOCIAL:

A) ACEPTACIÓN. LA INFLUENCIA SOCIAL QUE SE OBTIENE A TRAVÉS DE LA ACEPTACIÓN ES AQUELLA QUE SE PRESENTA CUANDO UNA PERSONA ACEPTA LA INFLUENCIA EJERCIDA POR OTRA PERSONA O POR UN DETERMINADO GRUPO CON EL OBJETO DE OBTENER ACEPTACIÓN POR PARTE DE DICHA PERSONA O DICHO GRUPO. POR CONSIGUIENTE, LAS ACTITUDES PUEDEN FORMARSE A CONSECUENCIA DE UN PROCESO DE ACEPTACIÓN.

B) IDENTIFICACIÓN. SEGÚN ESTE AUTOR, SE PUEDE DECIR QUE EXISTE IDENTIFICACIÓN CUANDO "UNA PERSONA ADOPTA UNA CONDUCTA QUE SE DERIVA DE OTRA PERSONA O GRUPO".

C) INTERNALIZACIÓN. EL PROCESO DE FORMACIÓN DE ACTITUDES SE REGISTRA A TRAVÉS DE LA INTERNALIZACIÓN, CUANDO UNA PERSONA ACEPTA UNA INFLUENCIA PORQUE ESTA ES CONVERGENTE CON SU SISTEMA DE VALORES.

5.3.2

ENFOQUES BASADOS EN LA NOCIÓN DE CONGRUENCIAS COGNOSCITIVAS.

HEIDER (1946), NEWCOMB (1953), OSGOOD Y TANNENBAUM (1955) Y FESTINGER (1957) CIT. POR RODRÍGUEZ, 1976. DEFIENDEN LA POSICIÓN SEGÚN LA CUAL EXISTE UNA FUERZA EN DIRECCIÓN A LA CONGRUENCIA, A LA ARMONÍA, A LA HERENCIA ENTRE NUESTRAS ACTITUDES. POR LO TANTO, LAS ACTITUDES CONDUCENTES A UN ESTADO DE ARMONÍA SE FORMAN CON MAS FACILIDAD. POR OTRO LADO, LAS ACTITUDES INCONGRUENTES SON DE DIFÍCIL FORMACIÓN Y ASIMILACIÓN.

EN CONCLUSIÓN, SEGÚN LAS TEORÍAS DE CONGRUENCIA COGNOSCITIVA, LAS ACTITUDES SE FORMAN DE ACUERDO CON EL PRINCIPIO DE ARMONÍA Y DE LA BUENA FORMA, SIENDO MAS FÁCIL LA ORGANIZACIÓN DE LAS ACTITUDES QUE, POR TANTO, FORMAN UN TODO COHERENTE E INTERNAMENTE CONSISTENTE, A DIFERENCIA DE LA FORMACIÓN DE ACTITUDES QUE DEBIDO A SU INCONGRUENCIA CON EL SISTEMA DEL SUJETO, PROVOCAN TENSIÓN Y DESEOS DE CAMBIO.

LA POSICIÓN DE ROSENBERG (1960) ES FUNDAMENTADA BÁSICAMENTE EN LA TEORÍA DEL EQUILIBRIO DE HEIDER. EL ASPECTO CENTRAL DE ESTA POSICIÓN CONSISTE EN AFIRMAR QUE EXISTE UNA ESTRECHA VINCULACIÓN ENTRE LAS CREENCIAS ACERCA DE UN OBJETO Y EL AFECTO PRODIGADO A DICHO OBJETO. EN CONSECUENCIA, CUANDO EXISTE COHERENCIA ENTRE LOS COMPONENTES COGNOSCITIVOS Y AFECTIVOS DE LAS ACTITUDES ESTAS SE FORMAN DE MANERA ESTABLE Y DURADERA SIN PROVOCAR TENSIÓN Y SIN MOTIVAR NINGÚN CAMBIO; LO OPUESTO SE VERIFICA EN EL CASO DE QUE NO EXISTA COHERENCIA, DIFICULTANDO LA FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES, QUE SOLO SE ESTRUCTURAN CUANDO UN ESTADO DE CONGRUENCIA ENTRE DICHS ELEMENTOS SEA ALCANZADO.

5.3.3

ENFOQUES BASADOS EN LA TEORÍA DEL REFUERZO.

DE ACUERDO CON DOOB (1947, CIT. POR RODRÍGUEZ 1976) LA ACTITUD "ES UNA VARIABLE INTERCORRENTE QUE SE INTERPONE ENTRE UN DETERMINADO ESTÍMULO Y LA CONDUCTA SUBSECUENTE". LA CONSIDERA COMO UNA RESPUESTA IMPLÍCITA Y SU FORMACIÓN SIGUE EL PARADIGMA DE LOS TEÓRICOS DEL APRENDIZAJE, RELATIVO A LA ADQUISICIÓN DE DETERMINADAS RESPUESTAS. PARA DICHO AUTOR, EXISTE UN ESTÍMULO QUE CONDUCE A UNA RESPUESTA IMPLÍCITA (ACTITUD) Y QUE TERMINA CON UNA CONDUCTA EXPLÍCITA.

HASTA EL MOMENTO SE HAN EXAMINADO TRES DE LOS ENFOQUES QUE PRETENDEN DAR CUENTA DE COMO SE FORMAN LAS ACTITUDES; SIN EMBARGO, Y PARA EFECTOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, APOYAMOS EL SEGMENTO DE LA TEORÍA QUE AFIRMA QUE LAS ACTITUDES DEL INDIVIDUO SE HALLAN DETERMINADAS POR LA INFORMACIÓN QUE RECIBE. LAS ACTITUDES NO SOLAMENTE SE SUBORDINAN A LOS IMPULSOS, SINO QUE SUFREN EL IMPACTO MODELADOR DE LA INFORMACIÓN A LA QUE SE HALLA EXPUESTO UN INDIVIDUO.

EN TERMINOS GENERALES, LA INFORMACIÓN ES FUNDAMENTAL PARA QUE LAS ACTITUDES NO SE APARTEN DE LOS HECHOS. EN ESTE SENTIDO, UN DÉFICIT DE DATOS PUEDE DAR ORIGEN A ACTITUDES CAPACES DE DISTORSIONAR LA REALIDAD.

POR OTRA PARTE, Y EN RELACIÓN CON LA FORMACIÓN DE ACTITUDES, PODEMOS MENCIONAR CUATRO CONDICIONES COMUNES:

EN PRIMER LUGAR, TENEMOS EL ACRECENTAMIENTO DE LA EXPERIENCIA, ES DECIR, LA INTEGRACIÓN DE NUMEROSAS REACCIONES CONCRETAS DE TIPO SEMEJANTE.

ESTA PRIMERA CONDICIÓN SE COMPLEMENTA EN SEGUNDO LUGAR, POR LA INDIVIDUALIZACIÓN, LA DIFERENCIACIÓN Y LA SEGREGACIÓN; LAS EXPERIENCIAS ADICIONALES HACEN QUE LA ACTITUD SE VUELVA MAS CONCRETA Y SE DISTINGA DE OTRAS ACTITUDES CONEXAS.

UNA TERCERA CAUSA POSIBLE DE LA FORMACIÓN DE UNA ACTITUD ES UN TRAUMA O UNA EXPERIENCIA DRAMÁTICA. POR EJEMPLO, SI UNA PERSONA TIENE LA EXPERIENCIA DE QUE UN NEGRO ASESINE A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA ESTE TENDRA UNA ACTITUD HOSTIL HACIA LAS PERSONAS DE COLOR; POR EL CONTRARIO, EL SER SALVADO DE UN PELIGRO POR UN NEGRO PUEDE SER CAUSA DE UNA ACTITUD FAVORABLE HACIA TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO.

POR ÚLTIMO, PUEDE ADOPTARSE UNA ACTITUD YA FORMADA, IMITANDO A LOS PADRES, MAESTROS, COMPAÑEROS DE JUEGO, ETC.

PARA FINALIZAR, ES IMPORTANTE INDICAR QUE EL INDIVIDUO TIENDE A BUSCAR EN OTRAS PERSONAS AQUELLOS INDICIOS QUE LE PERMITAN ESTRUCTURAR Y ORGANIZAR SUS MEDIOS Y, POR TANTO, DARLE SIGNIFICADO. DE ESTOS INDICIOS APRENDE LAS ACTITUDES, CREENCIAS Y VALORES QUE EMPLEA COMO GUIAS DE SUS FUTURAS ACCIONES. AL ENFRENTARSE A UNA SITUACIÓN NUEVA Y/O AMBIGUA, LOS MIEMBROS DE UN GRUPO RECURREN CASI AUTOMÁTICAMENTE UNOS A OTROS BUSCANDO AYUDA PARA DETERMINAR EL SIGNIFICADO DE LA SERIE DE ESTÍMULOS QUE COLECTIVAMENTE ENCARAN.

5.4 FUNCIÓN

LAS ACTITUDES TIENEN UNA BASE FUNCIONAL EN EL SENTIDO DE QUE UNA OPINIÓN ESPECÍFICA PUEDE DESARROLLARSE Y MANTENERSE PARA SATISFACER UNA NECESIDAD SOCIAL IMPORTANTE PARA LA PERSONA; ESTE MANTENIMIENTO Y LA MODIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES CUMPLEN CUATRO FUNCIONES DIFERENTES EN LA PERSONALIDAD:

- A) **FUNCIÓN ADAPTATIVA.** LAS ACTITUDES PROPORCIONAN GRATIFICACIONES Y ALEJAN DE LOS CASTIGOS. SE HA LLAMADO TAMBIÉN A ESTA FUNCIÓN, INSTRUMENTAL O UTILITARIA, Y SE REFIERE A LA MOTIVACIÓN SOBRE LA CUAL BENTHAM Y LOS FILOSOFOS UTILITARIOS CONSTRUYERON SU MODELO DEL HOMBRE. EL INDIVIDUO TRATA DE HACER MÁXIMA LA RECOMPENSA O GRATIFICACIÓN Y MÍNIMO EL SUFRIMIENTO O CASTIGO. EN CONSECUENCIA, ESTA MOTIVADO PARA ADOPTAR LAS ACTITUDES QUE LE PROPORCIONEN LA APROBACIÓN Y LA ESTIMA DE SU FAMILIA, DE SUS AMIGOS Y DE SUS COMPAÑEROS.
- B) **FUNCIÓN EXPRESIVA DE VALORES.** A TRAVÉS DE ESTA FUNCIÓN EL INDIVIDUO OBTIENE SATISFACCION MEDIANTE LA EXPRESIÓN DE ACTITUDES APROPIADAS A SUS VALORES PERSONALES Y A SU CONCEPTO DE SI MISMO. ESTOS VALORES PERSONALES Y ESTE AUTOCONCEPTO SON SISTEMAS INTEGRADOS DE ACTITUDES QUE SE APRENDEN EN LA NIÑEZ, A PARTIR DE IDENTIFICACIONES CON LOS PADRES Y OTRAS FIGURAS SIGNIFICATIVAS Y CONSTITUYEN EL NUCLEO CENTRAL DE LA PERSONALIDAD.
- C) **FUNCIÓN DE CONOCIMIENTO.** SE BASA EN LA NECESIDAD DE COMPRENDER, DE DAR SENTIDO Y DE DOTAR DE UNA ESTRUCTURA ADECUADA AL UNIVERSO. SE MANTIENEN LAS ACTITUDES QUE CUADRAN ADECUADAMENTE CON LAS SITUACIONES Y QUE ESTRUCTURAN DE UN MODO SIGNIFICATIVO LA EXPERIENCIA.
- UN ASPECTO MUY IMPORTANTE DE ESTA FUNCIÓN ES LA NECESIDAD DE UNA ORGANIZACIÓN COGNOSCITIVA QUE TENGA SENTIDO, LA NECESIDAD DE COHERENCIA Y DE CLARIDAD COGNOSCITIVA.
- D) **LA FUNCIÓN DEL EGO-DEFENSA.** PROPORCIONA PROTECCIÓN IMPIDIENDO EL CONOCIMIENTO DE VERDADES BÁSICAS, PERO DESAGRADABLES, INSEGURIDADES Y SOBRE REALIDADES TEMIBLES DEL MUNDO EXTERIOR, TALES COMO LA ENFERMEDAD, EL DESEMPLEO, EL CRIMEN Y LA GUERRA.

5.5 MEDICIÓN

ES DIFÍCIL OBSERVAR DE UN MODO DIRECTO Y SISTEMÁTICO LOS ACTOS DE UN INDIVIDUO, AUNQUE ALGUNAS VECES ESTA ES LA ÚNICA MANERA DE DETERMINAR LA IMPORTANCIA QUE UNA ACTITUD TIENE PARA UNA PERSONA. POR LO GENERAL, ES MAS FÁCIL Y EFICAZ, BASAR ESTOS JUICIOS EN LAS DECLARACIONES VERBALES (ESCRITAS U ORALES) DEL INDIVIDUO. ESTO PUEDE HACERSE POR MEDIO DE ENTREVISTAS AUNQUE ES MAS RECOMENDABLE, YA QUE SE OBTIENE MAYOR PRECISIÓN, UTILIZAR ESCALAS O CUESTIONARIOS. EL MÉTODO QUE SE VALE DE PAPEL Y LÁPIZ OFRECE CIERTOS INCONVENIENTES, PERO DEBIDO A QUE PERMITE REUNIR MUCHA INFORMACIÓN EN POCO TIEMPO Y A QUE LOS INSTRUMENTOS PUEDEN SER PERFECCIONADOS Y ELABORADOS, SON MAS UTILIZADOS QUE OTROS.

LA MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES SE OCUPA, EN PRIMER LUGAR, DE LA DIRECCIÓN DE LAS MISMAS. EN UNA ESCALA DE ACTITUDES TÍPICA LA DIRECCIÓN PUEDE INDICARSE SEGÚN EL AGRADO O DESAGRADO DEL INDIVIDUO.

LA INTENSIDAD O FUERZA DE LA ACTITUD ES IGUALMENTE IMPORTANTE. LA INTENSIDAD SE APRECIA DE VARIOS MODOS: INDICANDO LA PROPIA POSICIÓN EN LA ESCALA GRADUADA DE VALORES, SELECCIONANDO UNA RESPUESTA ENTRE VARIAS, CUYA INTENSIDAD VA DE FUERTE A LIGERA, O ANOTANDO UN NÚMERO MAYOR O MENOR DE OPCIONES SOPESADAS EN UNA DIRECCIÓN DETERMINADA.

EN OCASIONES LOS INVESTIGADORES DE LAS ACTITUDES SE INTERESAN EN LA CENTRALIDAD DE UNA ACTITUD. LAS ACTITUDES QUE SE AFIRMAN CON FUERZA SUELEN SER CENTRALES, ESTAR BASADAS EN UNA SERIE DE CREENCIAS Y PROPORCIONAR MOTIVOS DE ACCIÓN.

TAMBIÉN ES POSIBLE EVALUAR LAS ACTITUDES SEGÚN SU CONSISTENCIA, ES DECIR, SEGÚN EL GRADO EN QUE VARIAS ACTITUDES Y SISTEMAS DE ACTITUDES SE COMPAGINEN Y RELACIONEN.

LAS MEDICIONES DE LAS ACTITUDES SIEMPRE SON INDIRECTAS, ASUMIENDO QUE REFLEJAN LOS SENTIMIENTOS EVALUATIVOS DE LA GENTE CON CIERTA EXACTITUD, LA CUAL INVOLUCRA AL MENOS DOS COMPONENTES: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

CONFIABILIDAD SE REFIERE A LA CONSTANCIA EN LAS PUNTUACIONES DE LOS SUJETOS. UNA PERSONA QUE COMPLETA LA MEDICIÓN EN DOS OCASIONES, DEBERA RECIBIR APROXIMADAMENTE LA MISMA PUNTUACION EN AMBAS, Y DOS DIFERENTES JUICIOS DEBERAN ASIGNAR APROXIMADAMENTE LA MISMA PUNTUACION DE ACTITUD A LA EJECUCION DE LA PERSONA EN EL EXAMEN.

VALIDEZ, SE REFIERE A SI EL EXAMEN MIDE EN REALIDAD LO QUE SUPUESTAMENTE DEBE MEDIR, ANTES BIEN QUE SI LAS PUNTUACIONES DE LOS SUJETOS SON CONSTANTES. LOS INVESTIGADORES DE LAS CONDUCTAS HAN PUESTO GRAN EMPÑO EN DESARROLLAR TÉCNICAS DE MEDICIÓN QUE REFLEJEN CON EXACTITUD LOS SENTIMIENTOS EVALUATIVOS DE LOS INTERROGADOS. MUCHAS DE ESTAS TÉCNICAS SERAN DESCRITAS A CONTINUACIÓN.

5.5.1

ESCALA DE THURSTONE

LOS PRIMEROS INTENTOS PARA MEDIR LAS ACTITUDES CONSISTIERON EN VAGAS LISTAS DE CRITERIOS PRESUMIBLEMENTE RELACIONADOS CON LA ACTITUD EN CUESTIÓN. L.L. THURSTONE LOGRO ELABORAR UN MÉTODO DE ESCALAMIENTO MAS PERFECCIONADO, ACTUALMENTE CONOCIDO COMO ESCALA DE THURSTONE DE INTERVALOS APARENTEMENTE IGUALES.

ESTE MÉTODO CONSISTE EN REUNIR OPINIONES SOBRE DETERMINADO OBJETO, PERSONA O INSTITUCIÓN. LAS OPINIONES VARIAN DESDE LAS DE CARÁCTER MUY POSITIVO HASTA LAS FRANCAMENTE NEGATIVAS. ESTOS CRITERIOS SE EXPONEN LUEGO A UN GRUPO DE INDIVIDUOS QUIENES LOS JUZGAN SEGÚN UNA ESCALA DE ONCE PUNTOS EN EL QUE EL 1 REPRESENTA EL MENOS FAVORABLE Y EL 11 EL MAS FAVORABLE.

5.5.2

ESCALA DE LIKERT

DISEÑADA POR RENSIS LIKERT EN 1932, EN ESTE MÉTODO DE MEDICIÓN, AL IGUAL QUE EN EL DE THURSTONE, EL INDIVIDUO SE VE CONFRONTADO A UNA SERIE DE OPINIONES, PERO EN VEZ DE INDICAR SOLAMENTE SI ESTA DE ACUERDO O NO CON ELLAS PUEDE ELEGIR ENTRE CINCO OPCIONES:

(1)TOTALMENTE DE ACUERDO, (2)DE ACUERDO, (3)INDECISO, (4)EN DESACUERDO, (5)TOTALMENTE EN DESACUERDO.

LAS DOS PRUEBAS DESCRITAS HASTA AHORA, SE COMPONEN DE ORACIONES QUE EXPLORAN EL COMPONENTE COGNOSCITIVO DE LAS ACTITUDES.

5.5.3

DIFERENCIAL SEMANTICO DE OSGOOD

ESTA TÉCNICA QUE LLEVA EL NOMBRE DEL MAS IMPORTANTE DE SUS AUTORES, FUE PUBLICADA EN 1957 POR OSGOOD, SUCI Y TANNENBAUM, EN ESTA TÉCNICA SE REQUIERE QUE EL RESPONDIENTE CALIFIQUE AL OBJETO, PERSONA O ACONTECIMIENTO, SEGÚN CIERTO NÚMERO DE ESCALAS BIPOLARES (POR EJEMPLO BUENO-MALO, CALIENTE-FRÍO).

OSGOOD Y COLS. DESCUBRIERON QUE EL SIGNIFICADO DE UN CONCEPTO CONTIENE TRES IMPORTANTES FACTORES A SABER: EL EVALUATIVO (BUENO-MALO), EL DE POTENCIA (FUERTE-DÉBIL), Y EL DE ACTIVIDAD (ACTIVO-PASIVO). EL MAS IMPORTANTE DE ESTOS TRES FACTORES ES EL EVALUATIVO, AL QUE SE DEBE MAS DEL 70% DE LA VARIANZA TOTAL OBSERVADA. ESTE FACTOR EVALUATIVO ES EL MAS CERCANO AL COMPONENTE AFECTIVO DE UNA ACTITUD.

5.5.4 MÉTODO DE LOUIS GUTMAN

EN ESTE MÉTODO SE ORDENAN GRUPOS DE AFIRMACIONES DE MODO QUE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA EN CUALQUIERA DE ELLAS SUPONE CONTESTACIONES IGUALMENTE AFIRMATIVAS EN TODAS LAS QUE OCUPAN UN LUGAR INFERIOR EN LA ESCALA. EN ESTE MÉTODO ES PRECISO PLANTEAR LAS PREGUNTAS METICULOSAMENTE Y PROBARLAS CON ANTERIORIDAD.

5.5.5 ESCALA DE DISTANCIA SOCIAL

EN 1925, BOGARDUS DISEÑO UNA ESCALA DE ACTITUD CONOCIDA BAJO EL NOMBRE DE ESCALA DE DISTANCIA SOCIAL. ESTA PRUEBA Y LAS QUE SE DERIVAN DE ELLA, SON LAS QUE MEJOR MIDEN EL COMPONENTE CONDUCTUAL DE UNA ACTITUD.

5.5.6 TÉCNICAS DE RESPUESTA LIBRE

EXISTEN TAMBIÉN, VARIAS CLASES BASADAS EN LA RESPUESTA LIBRE, ALGUNAS DE LAS CUALES SON VERBALES, MIENTRAS QUE OTRAS SE ANOTAN POR ESCRITO. TIENEN LA VENTAJA DE PERMITIR A LOS INDIVIDUOS MENCIONAR LAS ACTITUDES SOBRESALIENTES QUE DE OTRO MODO PODRIAN PASAR INADVERTIDAS A LOS OJOS DE LOS OBSERVADORES, PERO TIENEN EL INCONVENIENTE DE SER DIFÍCILES DE CALIFICAR Y SUS RESULTADOS NO SUELEN SER DE MUCHA PRECISIÓN ESTADÍSTICA. LOS MÉTODOS DE RESPUESTA LIBRE SON IGUALMENTE ÚTILES PARA REUNIR INFORMACIÓN SOBRE AQUELLAS ACTITUDES SUMAMENTE IMPORTANTES QUE LOS INDIVIDUOS OCULTARÍAN EN SUS RESPUESTAS SI LAS PREGUNTAS FUERAN MAS DIRECTAS.

5.5.7 SOCIOMETRÍA

OTRA MEDIDA EN QUE EL OBJETO ESTÍMULO QUEDA INDEFINIDO Y A DISCRECIÓN DEL RESPONDIENTE ES LA SOCIOMETRÍA. PARA APLICARLA, PUEDE UTILIZARSE CUALQUIER GRUPO NATURAL, TRÁTESE DE UN GRUPO ESCOLAR, DE LOS MIEMBROS DE ALGÚN CLUB O DE UNA ORGANIZACIÓN LABORAL. A TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO ELEGIDO SE LES PIDE IDENTIFICAR A UN COMPAÑERO PREDILECTO PARA UNA ACTIVIDAD ESPECÍFICA, Y LUEGO CLASIFICAR AL RESTO DEL GRUPO POR ORDEN DE PREFERENCIA.

5.6 MODIFICACIÓN

AUNQUE LAS ACTITUDES SON RELATIVAMENTE ESTABLES ESTAN SUJETAS A CAMBIO. ASÍ, LOS TRES COMPONENTES QUE CONFORMAN UNA ACTITUD: COGNOSCITIVO, AFECTIVO Y CONDUCTUAL SE EJERCEN MUTUA INFLUENCIA HACIA UN ESTADO DE ARMONÍA. CUALQUIER CAMBIO QUE SE REGISTRE EN ALGUNO DE LOS COMPONENTES ES CAPAZ DE MODIFICAR A LOS DEMAS, PUESTO QUE TODO EL SISTEMA ES ACCIONADO CUANDO UNO DE SUS COMPONENTES ES ALTERADO; CONSECUENTEMENTE, UNA NUEVA INFORMACIÓN, UNA NUEVA EXPERIENCIA O UNA NUEVA CONDUCTA EMITIDA EN CUMPLIMIENTO DE DETERMINADAS NORMAS SOCIALES, U OTRO TIPO DE AGENTE CAPAZ DE PRESCRIBIR UNA CONDUCTA, PUEDE CREAR UN ESTADO DE INCONGRUENCIA ENTRE LOS TRES COMPONENTES ACTITUDINALES, DANDO LUGAR A UN CAMBIO DE ACTITUD.

5.6.1 CAMBIO DEL COMPONENTE COGNOSCITIVO

EL ESTUDIO DE DAUTSCH Y COLLINS (1951, CIT. EN RODRÍGUEZ, 1976) BRINDA UN EJEMPLO DE COMO EL CAMBIO EN EL ELEMENTO COGNOSCITIVO PUEDE CONLLEVAR TAMBIÉN A UN CAMBIO EN EL COMPONENTE AFECTIVO Y EN EL COMPONENTE RELATIVO A LA CONDUCTA. EN DICHO ESTUDIO LOS AUTORES ESTABLECEN QUE EL HECHO DE QUE UNA PERSONA PORTADORA DE UNA ACTITUD PREJUICIOSA HACIA LOS NEGROS VIVA EN UN CONJUNTO RESIDENCIAL EN CONTACTO CON NEGROS, REDUNDA EN UNA MODIFICACIÓN DE LA ACTITUD NEGATIVA INICIALMENTE EXHIBIDA CONTRA LAS PERSONAS DE DICHA RAZA. EL ESTUDIO SUMINISTRA SUFICIENTES PRUEBAS DE QUE EL MOTIVO DEL CAMBIO SE DEBIO A LA VERIFICACIÓN DE LA PERSONA PREJUICIOSA DE QUE MUCHAS DE SUS CREENCIAS ACERCA DE LOS NEGROS ERAN FALSAS.

EL CONOCIMIENTO DE DETERMINADOS HECHOS ACERCA DE UNA PERSONA, HECHOS QUE NO CONCUERDAN CON NUESTRO SISTEMA DE VALORES, PUEDE CONDUCIR A UN CAMBIO DE ACTITUD HACIA DICHA PERSONA DEL MISMO MODO QUE EL CONOCIMIENTO DE HECHOS POSITIVOS PUEDE LLEARNOS A DESARROLLAR UNA RELACIÓN AMISTOSA CON DICHA PERSONA.

5.6.2 CAMBIO DEL COMPONENTE AFECTIVO

SUPONGAMOS QUE DEBIDO A UNA DESAVENENCIA CUALQUIERA, SIN FUNDAMENTO COGNOSCITIVO REAL, MODIFICAMOS NUESTRA RELACIÓN AFECTIVA HACIA UNA DETERMINADA PERSONA. EL CAMBIO REGISTRADO EN ESTE COMPONENTE DE LA ACTITUD CONDUCIRÁ A EMITIR CONDUCTAS HOSTILES HACIA DICHA PERSONA, ASÍ COMO A ATRIBUIRLE UNA SERIE DE DEFECTOS (COMPONENTE COGNOSCITIVO), CAPACES DE JUSTIFICAR Y DE HACER CONGRUENTE EL CAMBIO DE NUESTRO AFECTO.

DE IGUAL MODO, SI POR UN MOTIVO U OTRO NOS EMPIEZA A GUSTAR UNA PERSONA QUE NO NOS GUSTABA ANTES, TODO AQUELLO QUE ERA CONSIDERADO COMO DEFECTOS DE LA PERSONA EN CUESTIÓN PUEDE SER PERCIBIDO MUCHO MAS BENIGNAMENTE, INCLUSO COMO VIRTUDES.

5.6.3

CAMBIO DEL COMPONENTE CONDUCTUAL

LA PRESCRIPCIÓN DE UNA CONDUCTA DETERMINADA, COMO POR EJEMPLO, LA EXIGENCIA DE LOS PADRES HACIA SUS HIJOS A INGRESAR A UNA ESCUELA QUE A ESTOS NO LES AGRADA PERO QUE, A JUICIO DE LOS PADRES, ES LA QUE LES BRINDARÁ MAYORES BENEFICIOS EN EL FUTURO, PUEDE TRAER CONSIGO UNA REORGANIZACIÓN DE LOS COMPONENTES COGNOSCITIVOS Y AFECTIVOS EN RELACIÓN CON LA ESCUELA, HACIÉNDOLO OBJETO DE UNA ACTITUD POSITIVA POR PARTE DE LOS NIÑOS.

EXISTEN ALGUNOS FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR SOBRE EL FENÓMENO DE CAMBIO DE LAS ACTITUDES, DENTRO DE ESTOS SE ENCUENTRAN:

1. LA INFLUENCIA EJERCIDA POR EL COMUNICADOR. LA COMUNICACIÓN PERSUASIVA DEBERÁ REVESTIRSE DE INCENTIVOS CAPACES DE RECOMPENSAR AL RECEPTOR DE LA COMUNICACIÓN CON EL OBJETO DE FACILITAR SU ADOPCIÓN. LA CREDIBILIDAD Y LA COMPETENCIA DEL COMUNICADOR SON, DOS CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES PARA LA OBTENCIÓN DE UNA COMUNICACIÓN PERSUASIVA EFICAZ. SI EL RECEPTOR PERCIBE AL COMUNICADOR COMO ALGUIEN COMPETENTE, Y AL MISMO TIEMPO LO PERCIBE COMO INTERESADO EN TRANSMITIR LO QUE SE ESTÁ ASEVERANDO, ESTA ÚLTIMA PERCEPCIÓN PROVOCARÁ SOSPECHAS Y DESCONFIANZA SOBRE LA SINCERIDAD DEL COMUNICADOR, DISMINUYENDO LA EFICACIA DEL INTENTO DE PERSUASIÓN.
2. INFLUENCIA EJERCIDA POR LA FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA COMUNICACIÓN.

LA COMUNICACIÓN PERSUASIVA SE PUEDE PRESENTAR DE VARIAS FORMAS. ALGUNAS DE ELLAS SON:

- A) LOS ARGUMENTOS MÁS IMPORTANTES EN PRIMER LUGAR Y LOS MENOS IMPORTANTES EN SEGUNDO LUGAR;
- B) LOS ARGUMENTOS PRECEDIENDO A LA CONCLUSIÓN Y A LA ARGUMENTACIÓN DEJANDO IMPLÍCITA LA CONCLUSIÓN;
- C) PRESENTACIÓN DE ARGUMENTOS EXCLUSIVAMENTE A FAVOR DE LO QUE SE PRETENDE O INCLUSIÓN TAMBIÉN DE LOS ARGUMENTOS CONTRARIOS A LO QUE SE PERSIGUE CON LA COMUNICACIÓN PERSUASIVA;
- D) PRESENTACIÓN DE UNA POSICIÓN MUY DIFERENTE DE LA ORIGINALMENTE DEFENDIDA POR EL RECEPTOR DE LA COMUNICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE UNA POSICIÓN APENAS UN POCO DIFERENTE DE LA SUSTENTADA POR EL RECEPTOR;
- E) RECURRIR A ARGUMENTOS DE NATURALEZA EMOCIONAL O A LA SIMPLE PRESENTACIÓN DE ARGUMENTOS RACIONALES;
- F) RECURRIR A ARGUMENTOS PROVOCADORES DE MIEDO O EXCLUSIÓN DE DICHO TIPO DE ARGUMENTACIÓN.



CAPÍTULO VI
“METODOLOGÍA”



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.
CAMPUS IZTAPALAPA.

CAPÍTULO VI METODOLOGÍA

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO GENERA UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES HACIA EL SIDA EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA?

6.2 OBJETIVOS

6.2.1 OBJETIVO GENERAL

- CONCIENTIZAR, PARA EDUCAR EN LA PREVENCIÓN DEL SIDA, LOGRANDO QUE EL JOVEN ADOLESCENTE ESTUDIANTE DE SECUNDARIA SUPRIMA LAS CONDUCTAS DE RIESGO, E IDENTIFIQUE LOS ENTORNOS DE ALTO RIESGO, ASÍ COMO EL FORTALECIMIENTO DE RECURSOS DE RESISTENCIA PERSONALES Y SOCIALES.

6.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ELABORAR UN DIAGNÓSTICO INICIAL PARA CONOCER LAS ACTITUDES HACIA EL SIDA EN EL GRUPO DE ADOLESCENTES OBJETO DEL ESTUDIO.
- ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE APOYO EDUCATIVO BASADO EN LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA, ORIENTADO A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, ESPECÍFICAMENTE PARA EL SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), DIRIGIDO A LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA COLONIA SAN MIGUEL TEOTONGO, UBICADA AL ORIENTE DE LA DELEGACIÓN POLÍTICA IZTAPALAPA.
- PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN INICIAL BÁSICA SOBRE EL SIDA A LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87.
- SENSIBILIZAR A LA POBLACIÓN QUE INTEGRA LA INVESTIGACIÓN SOBRE LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN LA TRANSMISIÓN DEL SIDA.
- DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES EDUCATIVAS DETECTADAS EN LA POBLACIÓN.
- COMPARAR LAS ACTITUDES HACIA EL SIDA QUE REPORTA LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO.

6.3 HIPÓTESIS

6.3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO GENERA UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES HACIA EL SIDA EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87.

6.4 VARIABLES

6.4.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

-PROGRAMA EDUCATIVO

-ADOLESCENCIA

6.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

ACTITUD HACIA EL SIDA

6.4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

6.4.3.1 PROGRAMA EDUCATIVO

UN PROGRAMA ES UN CONJUNTO DE INSTRUCCIONES DETALLADAS QUE EXPONE LOS CONTENIDOS CORRESPONDIENTES A UN CURSO, MATERIA O EXAMEN. EL PROGRAMA EDUCATIVO VIH/SIDA, ES UN CURSO QUE EXPONE LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA; EL CONTENIDO INFORMATIVO SE BASA EN LAS ACTITUDES HACIA EL SIDA, Y LA DETECCIÓN DE CARENCIAS EDUCATIVAS DE LA POBLACIÓN, O POBLACIONES A LAS QUE VA DIRIGIDO. PLANTEADO DESDE LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA.

SOBRE ESTA BASE, Y EN LA APLICACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN, EL PROGRAMA EDUCATIVO ESTA CONFORMADO POR LA INFORMACIÓN QUE REPRESENTA EL COMPONENTE COGNOSCITIVO DE LAS ACTITUDES, SU OBJETIVO ES MODIFICAR ESTE COMPONENTE, AMPLIANDO EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DEL SIDA Y CONSCIENTIZANDO SOBRE LAS CAUSAS DE ESTA; PARA LOGRAR UN CAMBIO DE ACTITUD HACIA EL SIDA.

6.4.3.2 ADOLESCENCIA

ES LA EDAD QUE SIGUE A LA NIÑEZ, DESDE QUE APARECEN LOS PRIMEROS INDICIOS DE LA PUBERTAD HASTA EL COMPLETO DESARROLLO DEL ORGANISMO. SE MANIFIESTA POR UN RÁPIDO DESARROLLO FÍSICO Y MENTAL. EN LA MUJER SUELE INICIARSE A LOS 12 AÑOS APROXIMADAMENTE, Y EN EL HOMBRE A LOS 14 AÑOS, TAMBIÉN APROXIMADAMENTE; Y SE EXTIENDE HASTA LOS 25 AÑOS; ESTOS LÍMITES VARIAN SEGÚN LOS CLIMAS, LAS RAZAS, LOS MEDIOS SOCIALES Y LA CULTURA, QUIENES PUEDEN DETERMINAR ADAPTACIONES PRECOCES O TARDÍAS EN LA VIDA ADULTA.

EXISTEN MUCHAS DEFINICIONES QUE INTENTAN ENUNCIAR LOS ELEMENTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA; CONSIDERANDO LOS ELEMENTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES, SE PUEDE DEFINIR COMO: UNA SITUACIÓN DONDE SE REALIZAN NUEVAS ADAPTACIONES QUE DISTINGUE LA CONDUCTA INFANTIL DEPENDIENTE DEL COMPORTAMIENTO ADULTO AUTÓNOMO, DONDE COMIENZAN LOS PRIMEROS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA PUBERTAD.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN SE CONSIDERARON ADOLESCENTES A LOS SUJETOS COMPRENDIDOS ENTRE LOS 12 Y LOS 18 AÑOS DE EDAD.

6.4.3.3 ACTITUD HACIA EL SIDA

LA ACTITUD ES UNA TENDENCIA O PREDISPOSICIÓN APRENDIDA, MAS O MENOS GENERALIZADA Y DE TONO AFECTIVO, QUE RESPONDE DE MODO PERSISTENTE Y CARACTERÍSTICO, A FAVOR O EN CONTRA DE UNA SITUACIÓN, IDEA, VALOR, OBJETO O CLASES DE OBJETOS; O A UNA PERSONA O GRUPO DE PERSONAS.

DE ACUERDO A LAS DEFINICIONES ANTERIORES Y PARA FINES DEL PRESENTE ESTUDIO, ESTA VARIABLE SE EVALUÓ CON EL ACUERDO O DESACUERDO QUE LOS SUJETOS DECLARARON RESPECTO A ASPECTOS SOBRE SIDA EN EL CUESTIONARIO MEDIDOR DE ACTITUDES RETOMADO DE MORALES (1996).

6.5 POBLACIÓN

ESTA ES CONFORMADA POR LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL INSCRITA EN EL PERIODO ESCOLAR 1998-1999, TURNO VESPERTINO DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87 "DR. RODOLFO HERNÁNDEZ CORSO" UBICADA EN ELOY CAVAZOS S/N COL. SAN MIGUEL TEOTONGO SECCIÓN LA CRUZ, DELEGACIÓN IZTAPALAPA, MÉXICO, D.F. QUE A SABER ES CONFORMADA POR 278 JOVENES ADOLESCENTES CUYAS EDADES FLUCTUAN ENTRE LOS 12 Y LOS 18 AÑOS DE EDAD, 58.27% (N=162) HOMBRES, Y 41.73% (N=116) MUJERES.

6.5.1 MUESTRA

SE TRABAJO CON UNA MUESTRA DE 159 ADOLESCENTES CUYAS EDADES FLUCTUARON ENTRE LOS 12 Y LOS 18 AÑOS DE EDAD, CON UNA MEDIA DE EDAD DE 14.258, 55.97% (N=89) HOMBRES, Y 44.03% (N=70) MUJERES.

6.5.2 MUESTREO

SE UTILIZÓ UN MUESTREO NO ALEATORIO POR CUOTAS, EL PROCEDIMIENTO PARA EL MUESTREO FUE ASIGNAR 6 GRUPOS AL AZAR, UTILIZANDO PARA ELLO UN ESQUEMA DE CONTROLES INDEPENDIENTES PARA LOS GRUPOS DE ALUMNOS INSCRITOS EN LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87, TURNO VESPERTINO, CICLO ESCOLAR 1998-1999. LOS CONTROLES ESTAN COMPUESTOS POR:

INSTRUCCIÓN SECUNDARIA	EDAD	CUOTA
PRIMER GRADO	12 A 18 AÑOS	2 GRUPOS
SEGUNDO GRADO	12 A 18 AÑOS	2 GRUPOS
TERCER GRADO	12 A 18 AÑOS	2 GRUPOS

6.6 INSTRUMENTO

SE APLICÓ EL INSTRUMENTO RETOMADO DE MORALES (1996), ELABORADO POR ALFARO (1991) QUE EVALÚA LA ACTITUD HACIA EL SIDA DESDE TOTALMENTE DE ACUERDO HASTA TOTALMENTE EN DESACUERDO, PASANDO POR INDECISO PARA CADA UNO DE LOS ÍTEMS QUE CONFORMAN EL INSTRUMENTO.

MORALES (1996) RETOMÓ Y MODIFICÓ EL INSTRUMENTO ORIGINAL, PILOTEÁNDOLO CON 50 ADOLESCENTES DEL MISMO NIVEL SOCIOECONÓMICO Y NIVEL DE ESTUDIOS; LES APLICÓ LA PRUEBA ESTADÍSTICA t , INDICANDO LOS ÍTEMS MAS REPRESENTATIVOS CUYA PROBABILIDAD ERA MENOR O IGUAL A .05 AL FINALIZAR, EL INSTRUMENTO QUEDÓ CONSTITUIDO POR 23 DE LOS 60 REACTIVOS ORIGINALES. SE APLICÓ EL INSTRUMENTO A 480 ADOLESCENTES MAS, PARA MEDIR CONFIABILIDAD Y VALIDEZ SOMETIÉNDOLE A ANÁLISIS FACTORIAL DE TIPO PA2 CON ROTACIÓN VARIMAX, PARA OBTENER LA VALIDEZ DE CONSTRUCTO. FINALMENTE APLICÓ UN ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD PARA MEDIR CONSISTENCIA INTERNA A TRAVÉS DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH.

DE ESTA MANERA, EL CUESTIONARIO QUEDÓ CONSTITUIDO DE LA SIGUIENTE FORMA:

DATOS GENERALES. CONFORMADO POR 2 REACTIVOS PARA MANTENER EL CONTROL DE LA MUESTRA SELECCIONADA (SEXO Y EDAD).

ACTITUD HACIA EL SIDA. ESTA SECCIÓN CONSTÓ DE UNA ESCALA TIPO LIKERT DE 26 REACTIVOS, DE LOS CUALES 10 SON POSITIVOS, 10 NEGATIVOS, Y 6 NEUTRALES; Y CUYAS RESPUESTAS VAN EN UN CONTINUO DE TOTALMENTE DE ACUERDO (TA), ACUERDO (A), INDECISO (I), DESACUERDO (D) A TOTALMENTE EN DESACUERDO (TD); CLASIFICADOS EN 4 CATEGORÍAS QUE MIDEN LA ACTITUD HACIA EL SIDA EN:

- CONTROL Y PREVENCIÓN
- MIEDO AL CONTAGIO
- ENFERMOS DE SIDA
- POBLACIONES DE ALTO RIESGO

6.6.1 DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS.

6.6.1.1 CONTROL Y PREVENCIÓN

SE UTILIZA PARA DESIGNAR A LAS ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES, SU OBJETIVO ES MANTENER EL ESTADO DE SALUD.

PARA EFECTO DE ESTA INVESTIGACIÓN, EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN SON CONSIDERADOS COMO TODAS AQUELLAS ACTITUDES ENFOCADAS A EVITAR CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA.

6.6.1.2 MIEDO AL CONTAGIO

SE REFIERE A TODAS AQUELLAS ACTITUDES RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN DE RIESGO DE CONTRAER EL VIH; Y EL NO DESEAR ADQUIRIRLO.

6.6.1.3 ENFERMOS DE SIDA

ACTITUDES HACIA LA POBLACIÓN INFECTADA POR EL VIH, CERCANOS O NO, Y EL APOYO QUE SE ESTA DISPUESTO A BRINDARLES.

6.6.1.4 POBLACIONES DE ALTO RIESGO

DESCRIBE LA SUSCEPTIBILIDAD DE LOS GRUPOS O INDIVIDUOS, A LA PREVISIBILIDAD DE LA PRESENTACIÓN DE CONTAGIO POR EL VIH. SE REFIERE, PUES AL GRUPO DE PERSONAS QUE EN VIRTUD DE SUS HÁBITOS Y CONDUCTAS SON MAS SUSCEPTIBLES A CONTRAER LA INFECCIÓN DEL VIH, CON RESPECTO AL RESTO DE LA POBLACIÓN.

6.7 PROCEDIMIENTO

SE SOLICITO LA AUTORIZACION A EL DIRECTOR DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87, LIC. J. JESUS RODARTE GUTIERREZ PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA EDUCATIVO CON 2 GRUPOS DE CADA GRADO ESCOLAR. EL TIEMPO EN EL QUE SE IMPLEMENTÓ EL PROGRAMA EDUCATIVO FUE DE 60 SESIONES DE 50 MINUTOS CADA UNA (10 SESIONES POR CADA GRUPO)

LA INVESTIGACIÓN CONSTÓ DE 4 ETAPAS QUE A SABER SON:

- ESTUDIO DE ACTITUDES HACIA EL SIDA (DIAGNÓSTICO INICIAL)
- IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SIDA (8 SESIONES POR GRUPO)
- ESTUDIO DE ACTITUDES HACIA EL SIDA (DIAGNÓSTICO FINAL)
- INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS

6.7.1 DIAGNÓSTICO INICIAL - ESTUDIO DE ACTITUDES HACIA EL SIDA

SE APLICÓ EL INSTRUMENTO ELABORADO POR ALFARO (1991), RETOMADO POR MORALES (1996)⁴⁰, CON LA FINALIDAD DE CONOCER LAS ACTITUDES HACIA EL SIDA DEL GRUPO QUE CONFORMÓ LA MUESTRA.

6.7.2 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SIDA

SE IMPLEMENTÓ UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SIDA EN EL QUE SE ABARCARON LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS, NECESARIOS PARA ACLARAR LOS MITOS EXISTENTES CON RELACIÓN AL SIDA; EN ESTE SENTIDO EL PROGRAMA EDUCATIVO FUE ORIENTADO SOBRE LA BASE DE LAS CARENCIAS DE INFORMACIÓN DETECTADAS EN LA PRIMERA ETAPA. CUBRIENDO TEMAS COMO⁴¹:

- DEFINICIÓN DE SIDA
- DEFINICIÓN DE SEROPOSITIVO
- MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH
- CONDUCTAS DE RIESGO
- GRUPOS DE ALTO RIESGO
- PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

⁴⁰

INSTRUMENTO CONTENIDO EN ANEXO 3
PROGRAMA EDUCATIVO CONTENIDO EN ANEXO 4

6.7.3 DIAGNÓSTICO FINAL - ESTUDIO DE ACTITUDES HACIA EL SIDA

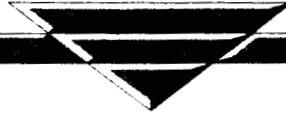
SE APLICÓ EL INSTRUMENTO ELABORADO POR ALFARO (1991), RETOMADO POR MORALES (1996)⁴², CON LA FINALIDAD DE OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA, EL GRADO EN QUE FUERON ALCANZADOS LOS OBJETIVOS, Y EL COMPORTAMIENTO DE LA MUESTRA CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS PLANTEADA.

6.7.4 INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS

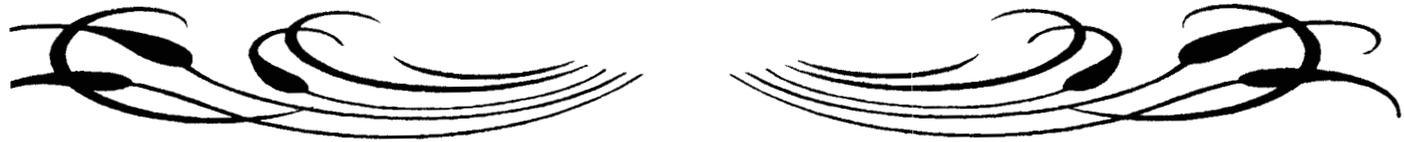
SE CODIFICÓ LA INFORMACIÓN, MEDIANTE UN ANÁLISIS DE FRECUENCIAS PARA CADA RESPUESTA DE CADA ÍTEM, TANTO PARA EL DIAGNÓSTICO INICIAL, COMO PARA EL DIAGNÓSTICO FINAL; PARA OBSERVAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA, ASÍ COMO LA DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LOS SUJETOS.

SE GRAFICARON LOS RESULTADOS DE CADA ÍTEM Y APLICACIÓN, COMPARANDO LAS RESPUESTAS DEL DIAGNÓSTICO FINAL CON RESPECTO AL INICIAL PARA OBTENER INFORMACIÓN PORCENTUAL DE LOS CAMBIOS OBTENIDOS ATRIBUIDOS AL PROGRAMA EDUCATIVO, EVALUANDO SEGÚN EL LISTADO DE CATEGORÍAS SI LOS CAMBIOS EN LA ACTITUD HACIA EL SIDA SE DIERON EN LA DIRECCIÓN EN QUE LA CATEGORIZACIÓN DE CADA ÍTEM LO PREDECÍA.

⁴² INSTRUMENTO CONTENIDO EN ANEXO 3.



CAPÍTULO VII
“RESULTADOS”



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.
CAMPUS IZTAPALAPA.

CAPÍTULO VII RESULTADOS

7.1 CODIFICACION DE LA INFORMACIÓN

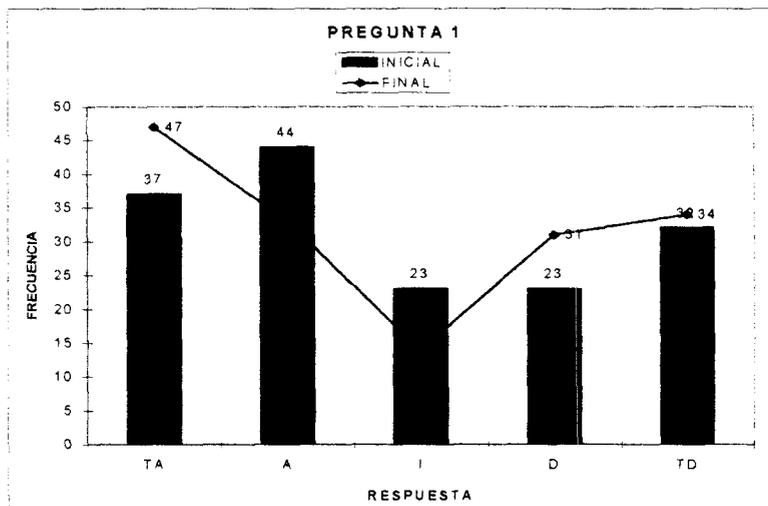
SE APLICÓ UN ANÁLISIS DE FRECUENCIAS PARA CADA RESPUESTA DE CADA ÍTEM, TANTO PARA EL DIAGNÓSTICO INICIAL, COMO PARA EL DIAGNÓSTICO FINAL. LOS RESULTADOS REFLEJARON LA SIGUIENTE TABLA DE FRECUENCIAS:

REACTIVO 1	TA	A	I	D	TD
INICIAL	37	44	23	23	32
FINAL	47	33	14	31	34
REACTIVO 2	TA	A	I	D	TD
INICIAL	34	64	24	22	15
FINAL	28	58	24	31	18
REACTIVO 3	TA	A	I	D	TD
INICIAL	61	55	28	9	6
FINAL	77	57	14	8	3
REACTIVO 4	TA	A	I	D	TD
INICIAL	72	53	21	9	4
FINAL	75	61	16	5	2
REACTIVO 5	TA	A	I	D	TD
INICIAL	23	14	45	34	43
FINAL	57	49	24	12	17
REACTIVO 6	TA	A	I	D	TD
INICIAL	79	37	18	11	14
FINAL	65	42	17	16	19
REACTIVO 7	TA	A	I	D	TD
INICIAL	94	51	5	3	6
FINAL	108	40	5	3	3
REACTIVO 8	TA	A	I	D	TD
INICIAL	14	24	44	43	34
FINAL	15	19	44	35	46
REACTIVO 9	TA	A	I	D	TD
INICIAL	68	44	28	14	5
FINAL	66	62	17	6	8
REACTIVO 10	TA	A	I	D	TD
INICIAL	52	58	32	9	8
FINAL	60	60	24	8	7
REACTIVO 11	TA	A	I	D	TD
INICIAL	26	35	53	33	12
FINAL	39	38	40	30	12
REACTIVO 12	TA	A	I	D	TD
INICIAL	38	47	32	24	18
FINAL	46	61	23	17	12
REACTIVO 13	TA	A	I	D	TD
INICIAL	9	15	26	55	54
FINAL	9	12	26	43	69

REACTIVO 14	TA	A	I	D	TD
INICIAL	47	47	39	15	11
FINAL	76	47	23	9	4
REACTIVO 15	TA	A	I	D	TD
INICIAL	20	55	48	24	12
FINAL	46	44	48	18	3
REACTIVO 16	TA	A	I	D	TD
INICIAL	31	36	34	29	29
FINAL	39	39	31	21	29
REACTIVO 17	TA	A	I	D	TD
INICIAL	39	47	34	26	13
FINAL	53	26	34	28	18
REACTIVO 18	TA	A	I	D	TD
INICIAL	84	54	6	5	10
FINAL	96	52	6	5	0
REACTIVO 19	TA	A	I	D	TD
INICIAL	27	47	57	18	10
FINAL	34	46	51	22	6
REACTIVO 20	TA	A	I	D	TD
INICIAL	19	50	61	20	9
FINAL	30	59	44	20	6
REACTIVO 21	TA	A	I	D	TD
INICIAL	14	19	39	33	54
FINAL	27	22	35	27	48
REACTIVO 22	TA	A	I	D	TD
INICIAL	27	37	37	30	28
FINAL	15	34	32	44	34
REACTIVO 23	TA	A	I	D	TD
INICIAL	20	27	20	37	55
FINAL	21	12	15	46	65
REACTIVO 24	TA	A	I	D	TD
INICIAL	14	9	45	33	58
FINAL	6	10	37	41	65
REACTIVO 25	TA	A	I	D	TD
INICIAL	46	52	36	17	8
FINAL	48	65	27	14	5
REACTIVO 26	TA	A	I	D	TD
INICIAL	23	41	59	19	17
FINAL	16	41	56	32	14

7.2 INTERPRETACIÓN DE DATOS

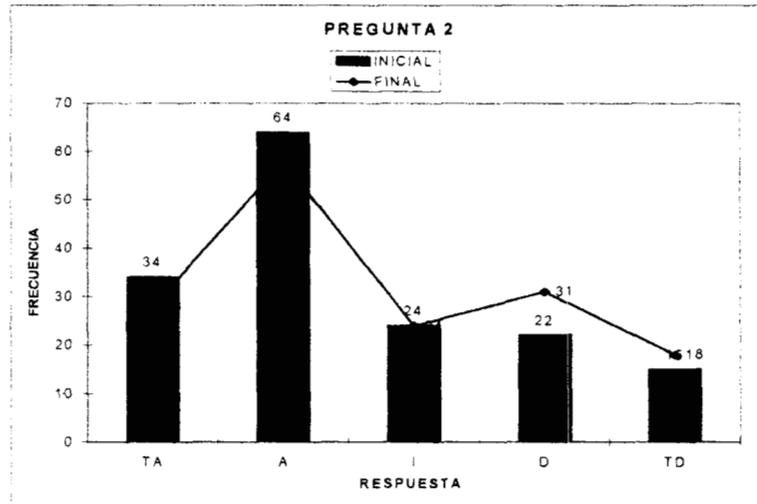
1. LOS JOVENES PUEDEN DISFRUTAR DE LAS RELACIONES SEXUALES SIN TENER EL CONTAGIO DEL SIDA.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE MIEDO AL CONTAGIO, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEGATIVO, YA QUE TODA RELACIÓN SEXUAL REPRESENTA UN RIESGO EN EL CONTAGIO DEL VIH; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (D) Y (TD); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 6.29% DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 10, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (TA) Y (A) = 1 E (I) = 9.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 50.94 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (TA) Y (A); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH Y SU PREVENCIÓN; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 9.62 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (TA), (A) E (I).

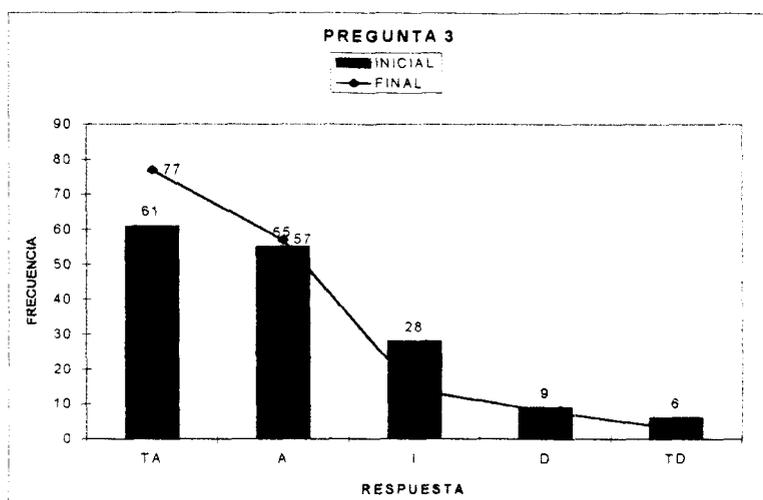
2. UNA PERSONA PUEDE APRENDER A PROTEGERSE DE LA INFECCIÓN DEL VIH CON LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA T.V.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE CONTROL Y PREVENCIÓN, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEGATIVO, YA QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA T.V. ACTUALMENTE, NO ES SUFICIENTE PARA QUE LA POBLACIÓN EN GENERAL PUEDA EVITAR UN POSIBLE CONTAGIO DEL VIH; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (D) Y (TD); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 7.55 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 12, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (TA) Y (A) = 12.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRÓ QUE EL 61.64 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (TA) Y (A); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH Y SU PREVENCIÓN, SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD, Y EL USO CORRECTO DEL CONDÓN, ADEMÁS DEL DEBATE SOBRE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN CON QUE SE CONTABA AL INICIO DEL PROGRAMA; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 12.25 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (TA) Y (A).

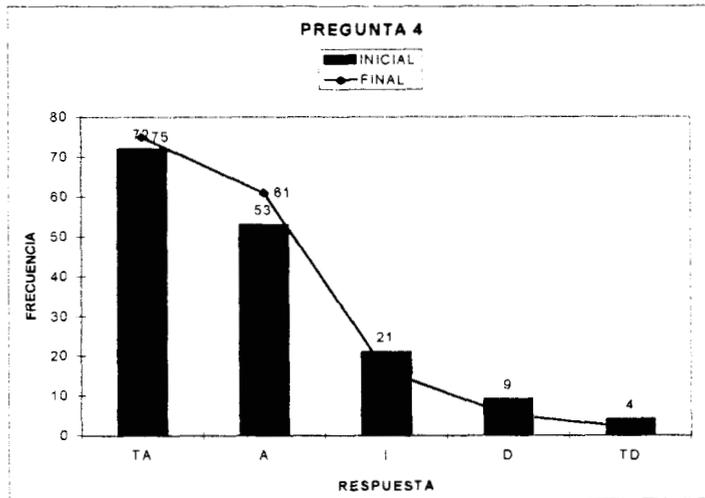
3. SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD ME REALIZARIA LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE MIEDO AL CONTAGIO, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO POSITIVO, YA QUE EL REALIZARSE PRUEBAS DE DETECCIÓN FAVORECE A LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN POSIBLES CONTAGIOS POR DESCONOCIMIENTO DE LA SEROPOSITIVIDAD; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 11.32 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 18, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 4 E (I) = 14.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRÓ QUE EL 9.43 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN, Y DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH, ADEMÁS DE LAS IMPLICACIONES DE LA SEROPOSITIVIDAD; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 41.86 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (D), (TD) E (I).

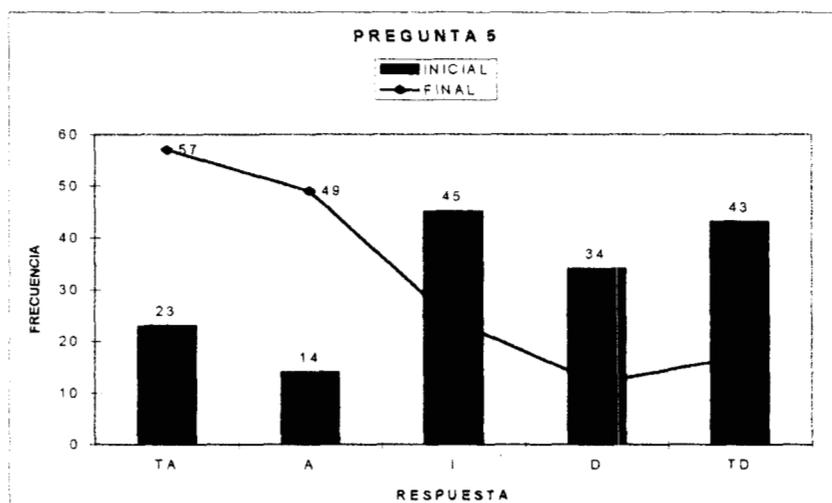
4. SI SUPIERA QUE MI NOVIO (A) ESTA INFECTADO (A) POR EL VIH LO APOYARIA



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE ENFERMOS DE SIDA, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO POSITIVO, YA QUE EL HECHO DE QUE ALGUNA PERSONA SEA REPORTADA COMO SEROPOSITIVO NO DEBE SER CAUSA DE RECHAZO SOCIAL; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 6.92 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 11, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 6 E (I) = 5.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 8.18 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LOS DERECHOS HUMANOS DE LA POBLACIÓN CON SIDA, LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH Y SU PREVENCIÓN; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 32.35 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (I), (D) Y (TD).

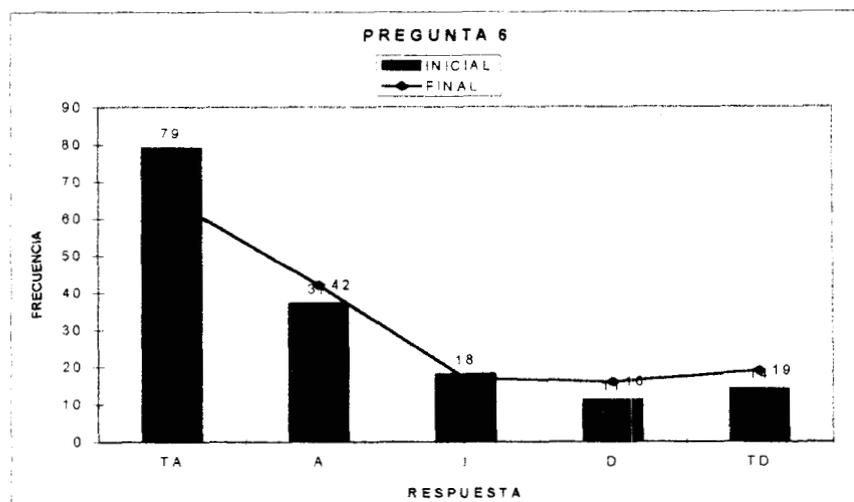
5. SOY UNA PERSONA QUE ESTA EN RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE MIEDO AL CONTAGIO, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO POSITIVO, YA QUE POR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH, TODOS ESTAMOS EN RIESGO DE CONTRAER ESTE VIRUS, LA DIFERENCIA ES QUE ALGUNAS PERSONAS SE ENCUENTRAN EN MAYOR RIESGO QUE OTRAS, DEPENDIENDO DE FACTORES COMO ESTILOS DE VIDA, HÁBITOS Y CONDUCTAS EN SALUD; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 43.40 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 69, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 48 E (I) = 21.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 48.43 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH, CONDUCTAS DE RIESGO QUE FAVORECEN EL CONTAGIO, EPIDEMIOLOGÍA, Y LAS FORMAS EN QUE NO SE TRANSMITE EL VIRUS; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 56.56 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (I), (D) Y (TD).

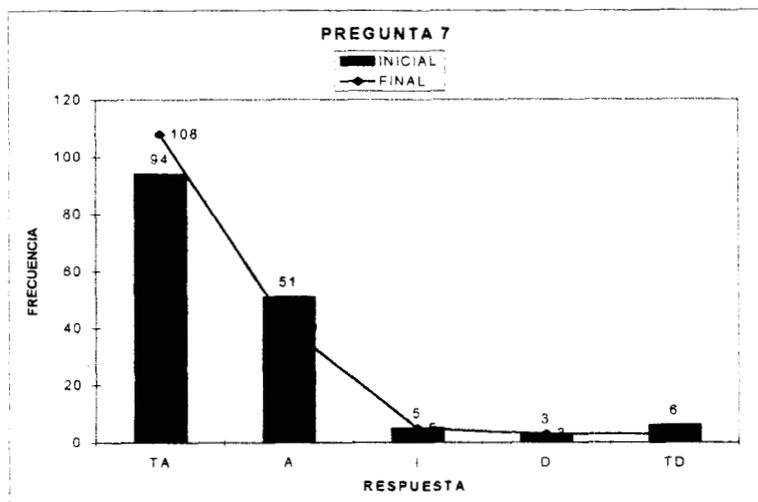
6. LA PROSTITUCIÓN DEBE DESAPARECER PARA EVITAR QUE SE DIFUNDA EL VIH.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE POBLACIONES DE ALTO RIESGO, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEUTRAL, YA QUE SI BIEN LA PROSTITUCIÓN ES UN GRUPO CON ALTO RIESGO DE CONTAGIO POR EL VIH, EL HECHO DE QUE ESTA PRÁCTICA DESAPARECIERA, NO EVITARÍA QUE SE DIFUNDIERA EL VIH; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECÍA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (D) Y (TD); LO CUAL SE CUMPLIÓ EN UN 6.29% DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 10, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (TA) Y (A) = 9 E (I) = 1.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRÓ QUE EL 72.96 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (TA) Y (A); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A POBLACIONES DE ALTO RIESGO, FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH, PREVENCIÓN, Y CONDUCTAS DE RIESGO QUE FAVORECEN EL CONTAGIO; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECÍA DE UN 7.19 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (TA), (A) E (I).

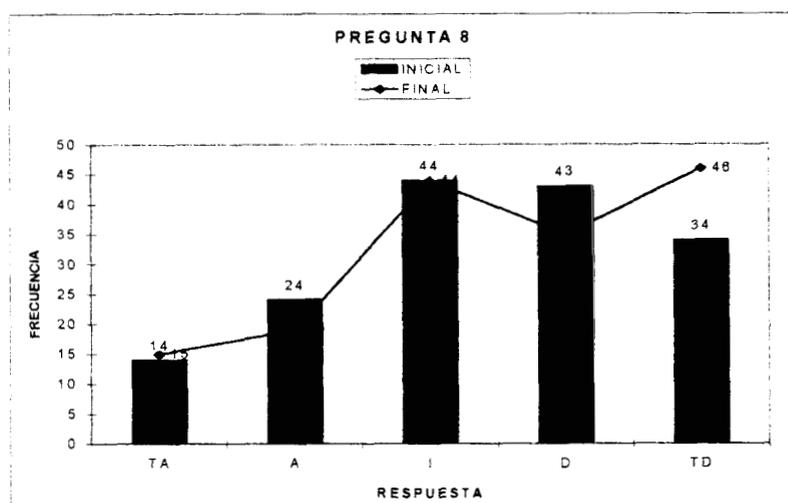
7. ES NECESARIO QUE SE REALICEN MAS CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE CONTROL Y PREVENCIÓN, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO POSITIVO, YA QUE LA INFORMACIÓN CON QUE CUENTA LA POBLACIÓN EN GENERAL RESPECTO AL SIDA Y SU PREVENCIÓN ES INSUFICIENTE, PARA PREVENIR POSIBLES CONTAGIOS; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 1.89 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 3, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 3.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 5.66 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LA IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VIH; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 33.33 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (D) Y (TD).

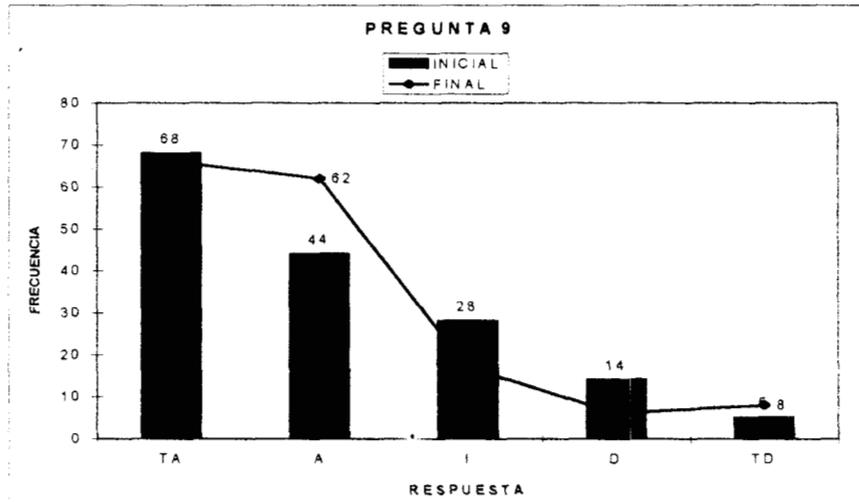
8. EVITARÍA TENER AMIGOS QUE ESTUVIERAN INFECTADOS DEL SIDA POR MIEDO DE CONTRAER LA ENFERMEDAD.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE ENFERMOS DE SIDA, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEGATIVO, YA QUE EL HECHO DE QUE UNA PERSONA SEA REPORTADA COMO SEROPOSITIVO NO DEBE SER CAUSA DE RECHAZO SOCIAL, AUNADO AL HECHO DE QUE NO HAY RIESGO DE CONTAGIO POR CONVIVENCIA, NI CONTACTO CASUAL; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (D) Y (TD); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 2.52 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 4, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (TA) Y (A) = 4.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 23.90 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (TA) Y (A); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LOS DERECHOS HUMANOS DE LA POBLACIÓN CON SIDA, LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN Y NO TRANSMISIÓN DEL VIH, Y SU PREVENCIÓN; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 10.53% DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (TA) Y (A).

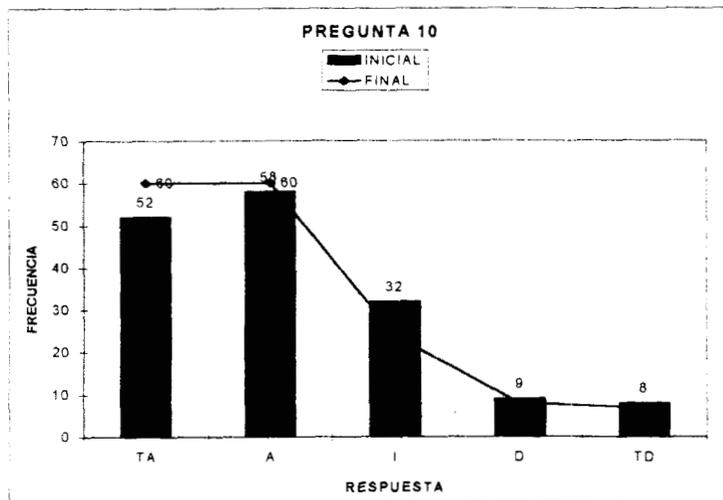
9. SE DEBE EVITAR CORRER EL RIESGO DE INFECTARSE CON EL VIH USANDO SIEMPRE CONDÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE CONTROL Y PREVENCIÓN, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO POSITIVO, YA QUE EL ÚNICO MEDIO RECONOCIDO DE PREVENCIÓN PARA LA TRANSMISIÓN SEXUAL ES LA UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 10.06 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 16, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 5 E (I) = 11.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 11.95 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN CON RESPECTO A LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH, Y SU PREVENCIÓN, USO CORRECTO DEL CONDÓN, Y CONDUCTAS DE RIESGO QUE FAVORECEN EL CONTAGIO: DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 37.21 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (I), (D) Y (TD).

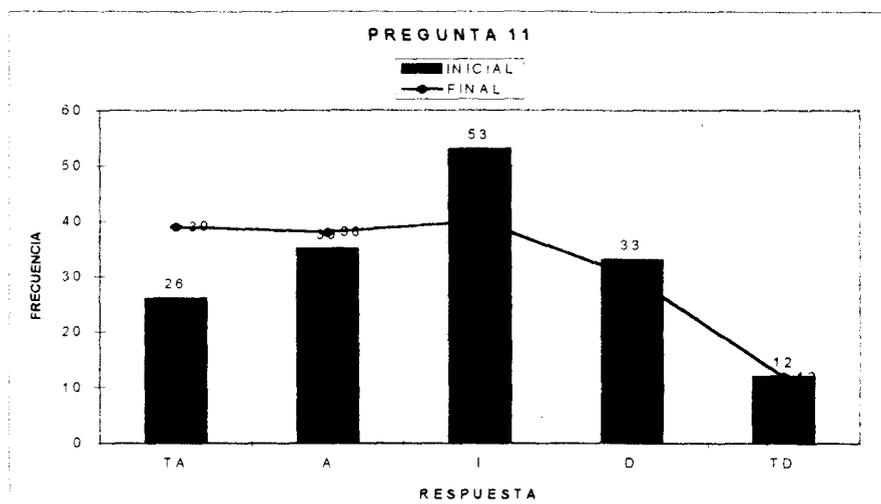
10. SI MI PAREJA ESTUVIERA CONTAGIADA CON EL VIH LA APOYARIA SIN TEMOR DE CONTRAER LA ENFERMEDAD.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE ENFERMOS DE SIDA, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO POSITIVO, YA QUE EL HECHO DE QUE UNA PERSONA SEA REPORTADA COMO SEROPOSITIVO NO DEBE SER CAUSA DE RECHAZO SOCIAL, AUNADO AL HECHO DE QUE NO HAY RIESGO DE CONTAGIO POR CONVIVENCIA, NI CONTACTO CASUAL; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 6.29 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 10, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 2 E (I) = 8.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 10.69 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN CON RESPECTO A LOS DERECHOS HUMANOS DE LA POBLACIÓN CON SIDA, LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN Y NO TRANSMISIÓN DEL VIH, Y SU PREVENCIÓN; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 20.41 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (I), (D) Y (TD).

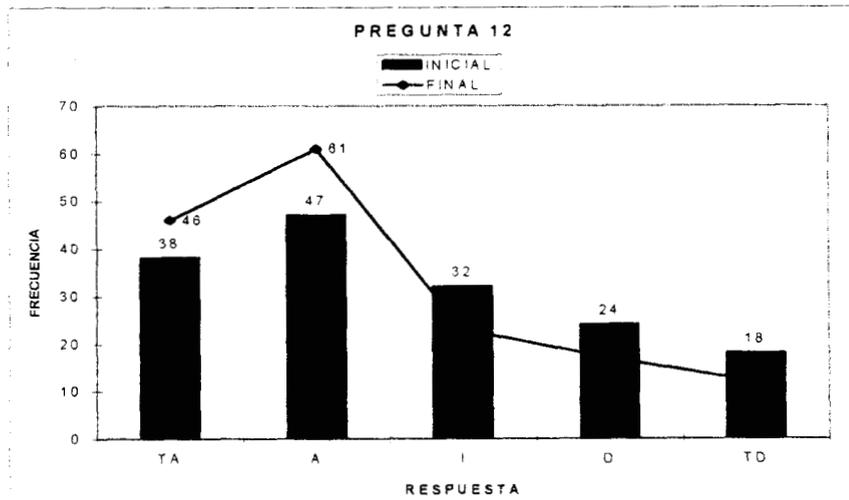
11. LA HOMOSEXUALIDAD ES UNA CONDUCTA IRRESPONSABLE QUE AYUDA A QUE SE TRANSMITA EL SIDA.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE POBLACIONES DE ALTO RIESGO, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEGATIVO, YA QUE EL PROBLEMA DE FONDO EN LA TRANSMISIÓN SEXUAL, NO ES LA PREFERENCIA SEXUAL, SINO LA PROMISCUIDAD, AUNADO AL HECHO DE QUE LA HOMOSEXUALIDAD NO ES POR SI MISMA UNA CONDUCTA IRRESPONSABLE; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (D) Y (TD); SIN EMBARGO, ESTO NO SE CUMPLIO YA QUE EN UN 10.06% DE LA POBLACIÓN SE REGISTRO UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A) = 16, LAS CUALES, Y EN CONTRAPOSICION A LO QUE SE ESPERABA, DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 3 E (I) = 13.

A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 38.37 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (TA) Y (A); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH, CONDUCTAS DE RIESGO, PREVENCIÓN, Y LA IMPORTANCIA DE LA MONOGAMIA; SIN EMBARGO Y A CAUSA DE ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS HACIA LA HOMOSEXUALIDAD, LA POBLACIÓN NO CAMBIO SU ACTITUD; REGISTRÁNDOSE UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN OPUESTA A LO QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA EN UN 16.33 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (I), (D) Y (TD).

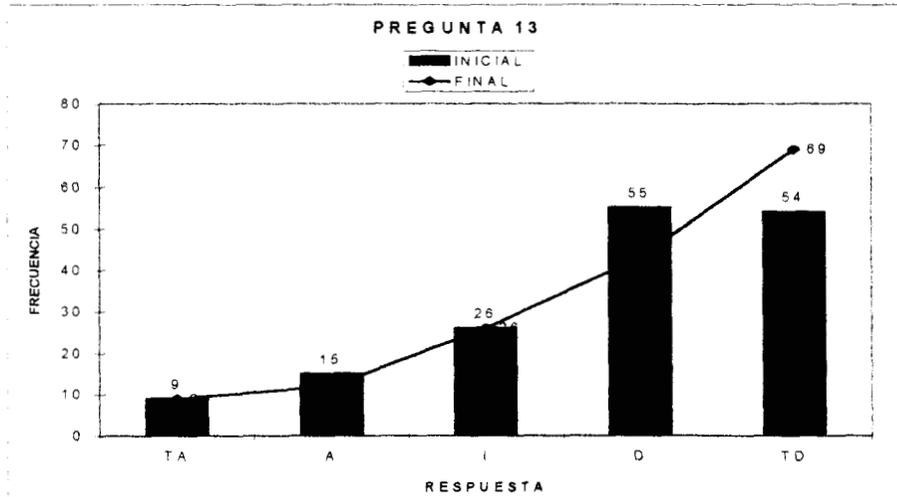
12. LA INFORMACIÓN QUE TENGO SOBRE EL SIDA HA CAMBIADO MI CONDUCTA SEXUAL.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE CONTROL Y PREVENCIÓN, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO POSITIVO, YA QUE SEGÚN LA TEORÍA DE LAS ACTITUDES, UN CAMBIO EN EL COMPONENTE COGNOSCITIVO DE ESTAS, GENERA UNA REESTRUCTURACIÓN EN TODO EL SISTEMA, DANDO LUGAR A EL CAMBIO, POR TANTO, AL IMPLEMENTAR EL PROGRAMA EDUCATIVO, SE PREDICE QUE EL JOVEN ADOLESCENTE (A PARTIR DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA), CAMBIE SU CONDUCTA SEXUAL SUPRIMIENDO LAS CONDUCTAS DE RIESGO; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 13.84 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 22, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 13 E (I) = 9.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 26.42 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A VÍAS DE TRANSMISIÓN, PRÁCTICAS DE RIESGO, USO CORRECTO DEL CONDON, PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH Y SU IMPORTANCIA; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 29.73 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (I), (D) Y (TD).

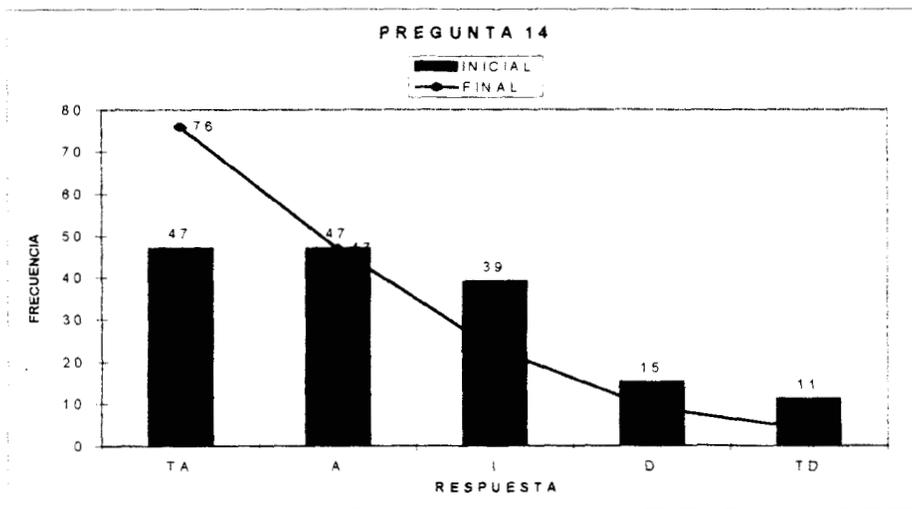
13. SI ME ENTERARA QUE UN AMIGO MIO TUVIERA SIDA LO RECHAZARIA.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE ENFERMOS DE SIDA, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEGATIVO, YA QUE EL HECHO DE QUE UNA PERSONA SEA REPORTADA COMO SEROPOSITIVO NO DEBE SER CAUSA DE RECHAZO SOCIAL, AUNADO AL HECHO DE QUE NO HAY RIESGO DE CONTAGIO POR CONVIVENCIA, NI CONTACTO CASUAL; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (D) Y (TD); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 1.89 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 3, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (TA) Y (A) = 3.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 15.09 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (TA) Y (A); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LOS DERECHOS HUMANOS DE LA POBLACIÓN CON SIDA, LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN Y NO TRANSMISIÓN DEL VIH, Y SU PREVENCIÓN; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 12.5 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (TA) Y (A).

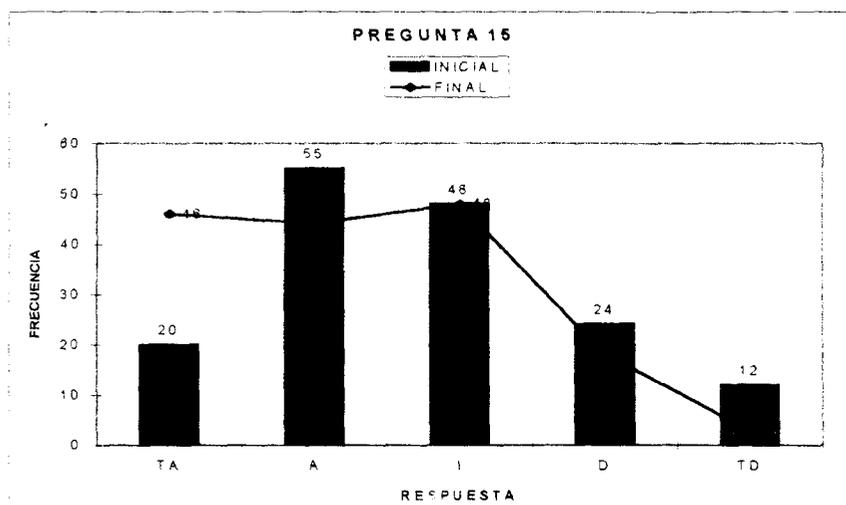
14. TODOS LOS ADOLESCENTES DEBERIAN UTILIZAR PRESERVATIVOS Y ESPERMATICIDAS EN SUS RELACIONES SEXUALES.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE CONTROL Y PREVENCIÓN, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO POSITIVO, YA QUE EL ÚNICO MEDIO RECONOCIDO DE PREVENCIÓN PARA LA TRANSMISIÓN SEXUAL ES LA UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 18.24 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 29, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 13 E (I) = 16.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 16.35 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN, LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH, Y EL USO E IMPORTANCIA DE LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 44.62 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (D), (TD) E (I).

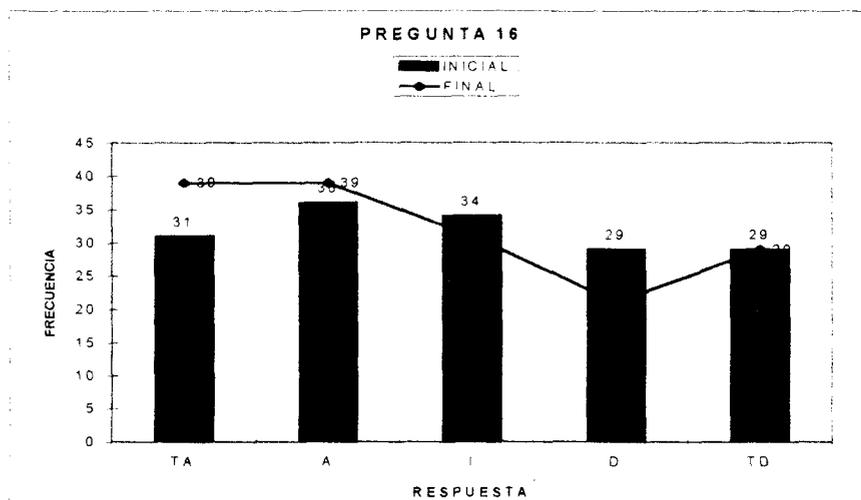
15. LA MAYORÍA DE LOS JOVENES SEXUALMENTE ACTIVOS TIENEN TEMOR DE REALIZARSE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE MIEDO AL CONTAGIO, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEUTRAL, YA QUE ESTE SE REFIERE A UN HECHO DEL QUE EL JOVEN ADOLESCENTE NO PUEDE ESTAR SEGURO, SINO EN FUNCIÓN DE SU PROPIA EXPERIENCIA O INFORMACIÓN CON QUE CUENTA CON RESPECTO A OTROS; DE ESTA FORMA, Y A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIÓ EN UN 9.43 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 15, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 15.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 22.64 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A FORMAS DE TRANSMISIÓN, IMPLICACIONES PSICOSOCIALES DE LA ENFERMEDAD, Y LA IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN EN LA PREVENCIÓN; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 41.67 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (D) Y (TD).

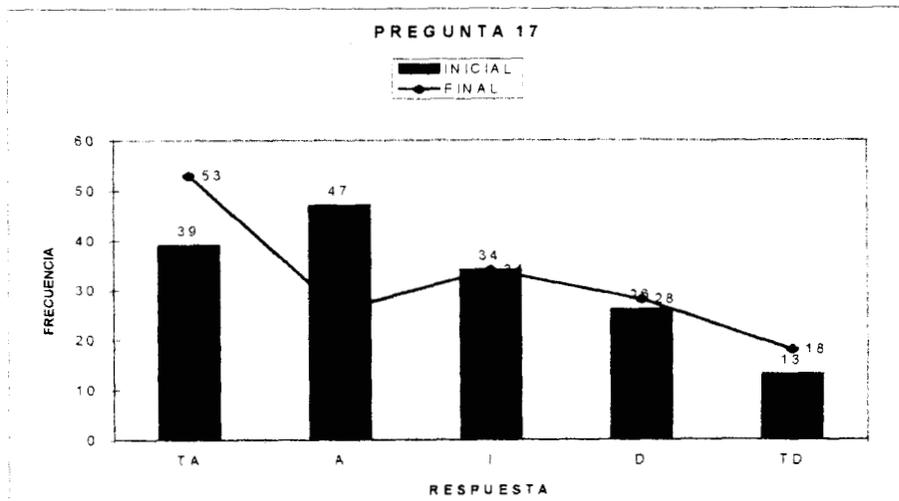
16. SI UN AMIGO MIO TUVIERA SIDA LO MANTENDRIA EN SECRETO.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE ENFERMOS DE SIDA, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEUTRAL, YA QUE SI BIEN EL MANTENER EN SECRETO A LOS SEROPOSITIVOS O ENFERMOS DE SIDA, PODRÍA AUMENTAR EL RIESGO DE CONTAGIO, EN CONTRAPARTE, EXISTEN DERECHOS PARA ESTA POBLACIÓN QUE GARANTIZAN EL ANONIMATO; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 6.92 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 11, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 8 E (I) = 3.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 36.48 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A FORMAS DE TRANSMISIÓN Y NO TRANSMISIÓN DEL VIH, PREVENCIÓN, EL PAPEL DE LA MARGINACIÓN DE LOS PORTADORES DEL VIRUS Y DERECHOS HUMANOS DE LA POBLACIÓN CON SIDA Y SEROPOSITIVOS; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 11.96 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (I), (D) Y (TD).

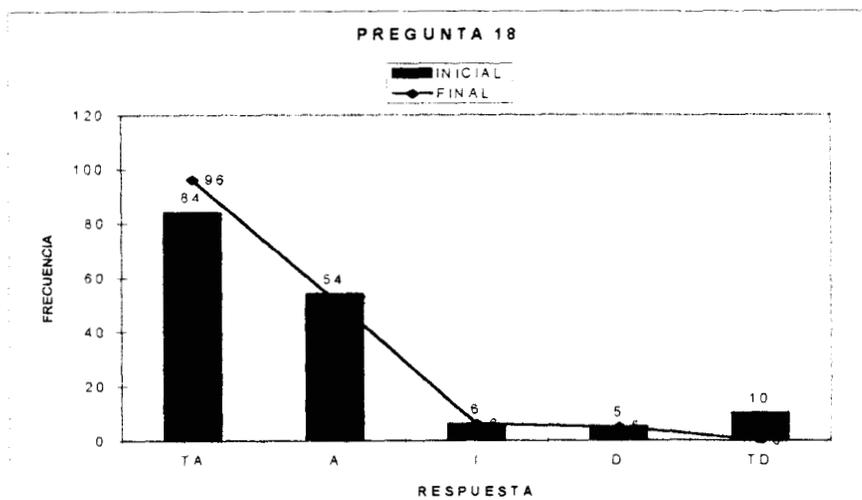
17. LOS HOMOSEXUALES DEBEN DESAPARECER PARA EVITAR QUE SE DIFUNDA EL SIDA.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE POBLACIONES DE ALTO RIESGO, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEGATIVO, YA QUE LA HOMOSEXUALIDAD NO ES EL PROBLEMA DE FONDO EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH, ESTE PROBLEMA ES LA PROMISCUIDAD, Y LA FALTA DE INFORMACIÓN, AUNADO A ESTO EL HECHO DE QUE AÚN CUANDO LA HOMOSEXUALIDAD ES CONSIDERADA COMO FACTOR DE RIESGO EN EL CONTAGIO DEL VIH, EL QUE DESAPARECIERA ESTA PRÁCTICA NO EVITARÍA CON ELLO LA DIFUSIÓN DEL VIH; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (D) Y (TD); LO CUAL SE CUMPLIÓ EN UN 4.40 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 7, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (TA) Y (A) = 7.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRÓ QUE EL 54.09 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (TA) Y (A); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A CONDUCTAS DE RIESGO, FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH Y SU PREVENCIÓN; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 8.14 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (TA) Y (A).

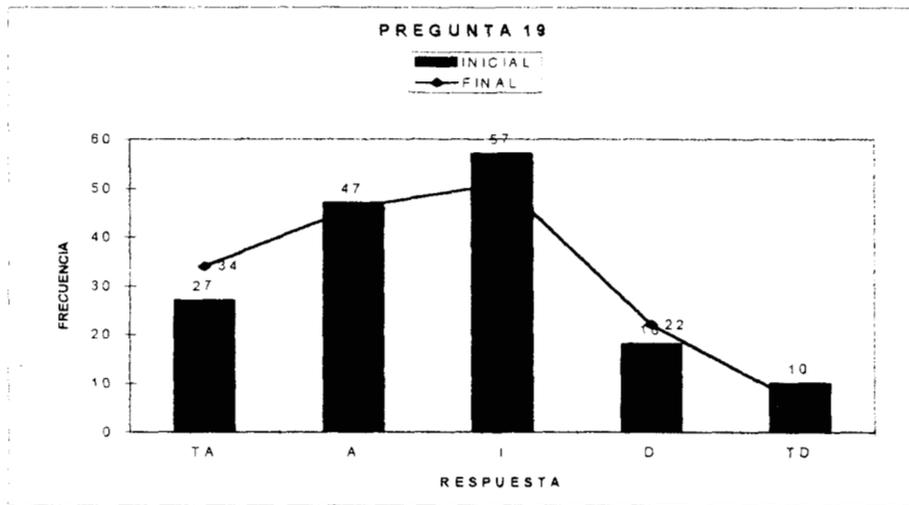
18. ME INTERESA BUSCAR INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE CONTROL Y PREVENCIÓN, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO POSITIVO, YA QUE LA MEJOR ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN ES LA INFORMACIÓN; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 6.29 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 10, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 10.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 9.43 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN CON RESPECTO A LA IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN, DE LA PREVENCIÓN, Y DE EL RESPONSABILIZARSE DE LA PROPIA CONDUCTA SEXUAL; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 66.67 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (D) Y (TD).

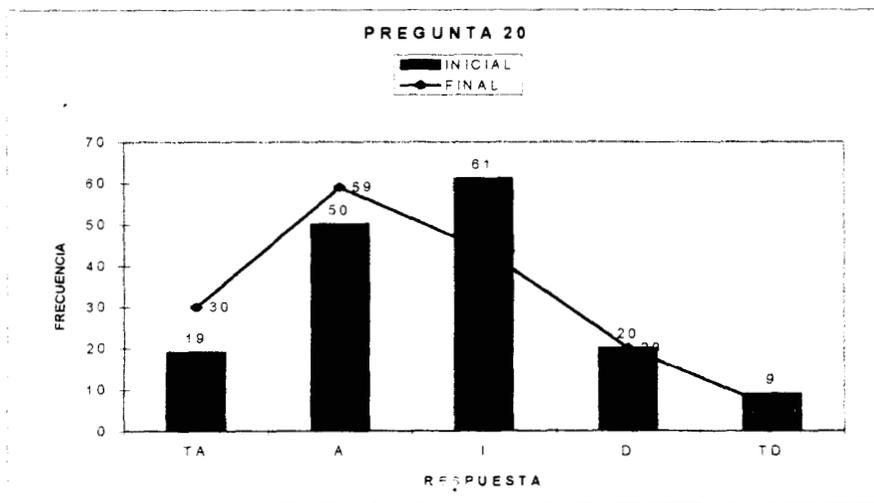
19. LA BISEXUALIDAD ES UNA PRÁCTICA SEXUAL QUE SI SE LLEVA CON RESPONSABILIDAD EVITA QUE SE DIFUNDA EL SIDA.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE POBLACIONES DE ALTO RIESGO, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO POSITIVO, YA QUE TANTO LA BISEXUALIDAD COMO LA HOMOSEXUALIDAD, Y LA HETEROSEXUALIDAD, SI SE LLEVAN CON RESPONSABILIDAD EVITAN QUE SE DIFUNDA EL SIDA; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 3.77 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 6, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (I) = 6.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 17.61 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH, PREVENCIÓN Y USO CORRECTO DEL CONDÓN; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 5.88 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (I), (D) Y (TD).

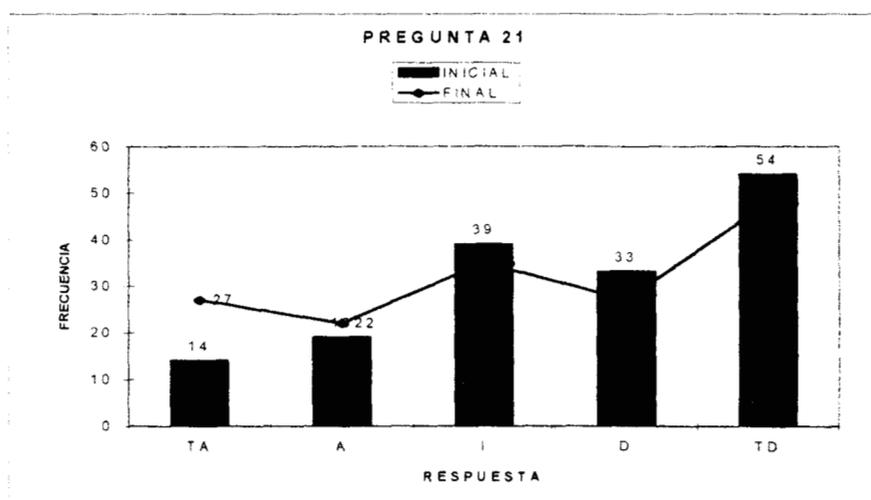
20. EN GENERAL LOS JOVENES TIENEN SU PRIMERA EXPERIENCIA SEXUAL CON PAREJAS OCASIONALES.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE POBLACIONES DE ALTO RIESGO, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEUTRAL, YA QUE ESTE SE REFIERE A UN HECHO DEL QUE EL JOVEN ADOLESCENTE NO PUEDE ESTAR SEGURO, SINO EN FUNCIÓN DE SU PROPIA EXPERIENCIA O INFORMACIÓN CON QUE CUENTA CON RESPECTO A OTROS; DE ESTA FORMA, Y A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 12.58 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 20, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 3 E (I) = 17.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 18.24 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A CONDUCTAS DE RIESGO, FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH Y SU PREVENCIÓN; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 68.97 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (D) Y (TD).

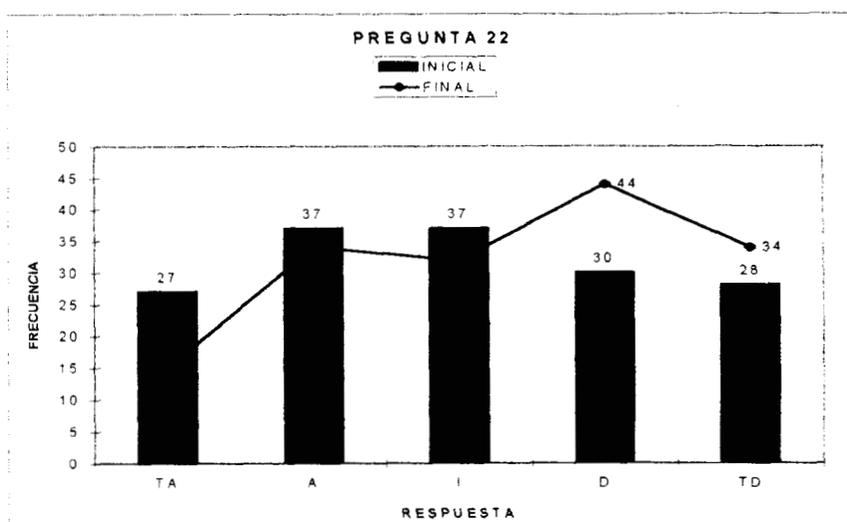
21. SI MI NOVIO (A) ESTUVIERA INFECTADO (A) CON EL VIH, TENDRIA RELACIONES SEXUALES CON EL (ELLA), CON LAS PRECAUCIONES NECESARIAS.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE ENFERMOS DE SIDA, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEGATIVO, YA QUE EL TENER RELACIONES SEXUALES CON PORTADORES DEL VIH ES UNA CONDUCTA DE RIESGO, AÚN CUANDO SE UTILICE EL PRESERVATIVO; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (D) Y (TD); LO CUAL NO SE CUMPLIO YA QUE EN UN 10.06 % DE LA POBLACIÓN SE DETECTO UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A) = 16, LAS CUALES, Y EN CONTRAPOSICION A LO QUE SE ESPERABA, DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 12 E (I) = 4.

A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 20.76 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (TA) Y (A); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH, Y CONDUCTAS DE RIESGO; SIN EMBARGO Y A CAUSA DE LA INFORMACIÓN SOBRE FORMAS DE PREVENCIÓN Y EL USO CORRECTO DEL CONDON, LA POBLACIÓN CAMBIO SU ACTITUD A FAVOR DE LA PREVENCIÓN CONTRA LOS RIESGOS DE CONTAGIO; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN OPUESTA A LO QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA EN UN 12.70 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (I), (D) Y (TD).

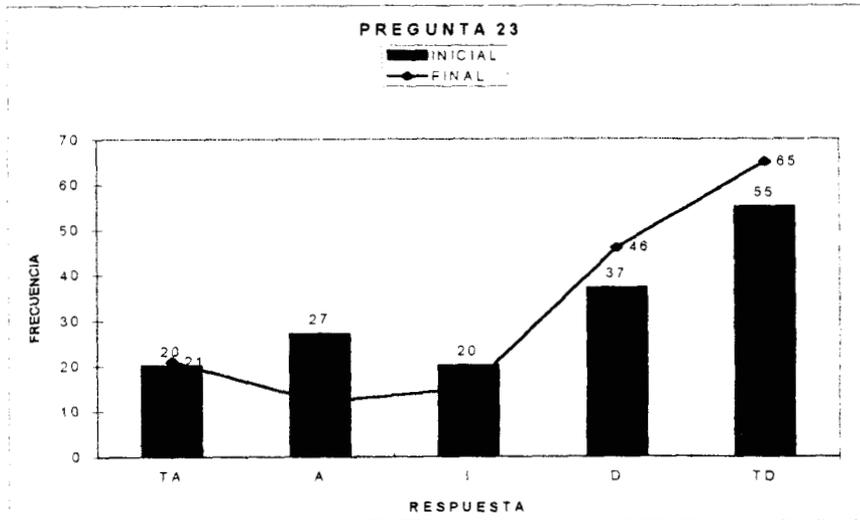
22. SE DEBEN MANTENER AISLADOS A LOS ENFERMOS DE SIDA PARA EVITAR QUE SE DIFUNDA LA ENFERMEDAD.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE ENFERMOS DE SIDA, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEGATIVO, YA QUE EL HECHO DE QUE UNA PERSONA SEA REPORTADA COMO SEROPOSITIVO NO DEBE SER CAUSA DE RECHAZO SOCIAL, AUNADO AL HECHO DE QUE NO HAY RIESGO DE CONTAGIO POR CONVIVENCIA, NI CONTACTO CASUAL; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (D) Y (TD); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 12.58 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 20, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (TA) Y (A) = 15 E (I) = 5.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 40.25 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (TA) Y (A); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LOS DERECHOS HUMANOS DE LA POBLACIÓN CON SIDA, LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN Y NO TRANSMISIÓN DEL VIH, Y SU PREVENCIÓN; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 19.80 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (TA), (A) E (I).

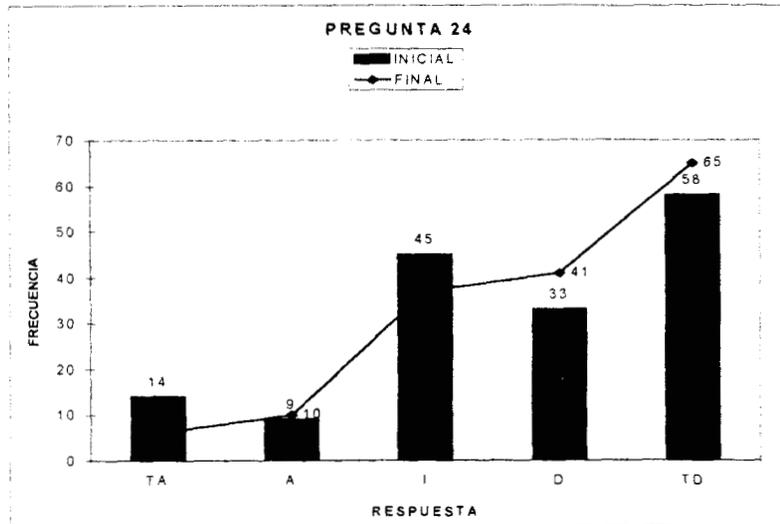
23. DE NADA SIRVEN LAS CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE CONTROL Y PREVENCIÓN, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEGATIVO, YA QUE SI BIEN, LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA T.V. ACTUALMENTE, NO ES SUFICIENTE PARA QUE LA POBLACIÓN EN GENERAL PUEDA EVITAR UN POSIBLE CONTAGIO DEL VIH, LA INFORMACIÓN QUE SE DIFUNDE TANTO EN ESTE COMO EN OTROS MEDIOS SON ÚTILES EN LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR EL VIH; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (D) Y (TD); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 11.95 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 19, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (TA) Y (A) = 14 E (I) = 5.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 29.56 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (TA) Y (A); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LA IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO DEL VIH; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 28.36 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (TA), (A) E (I).

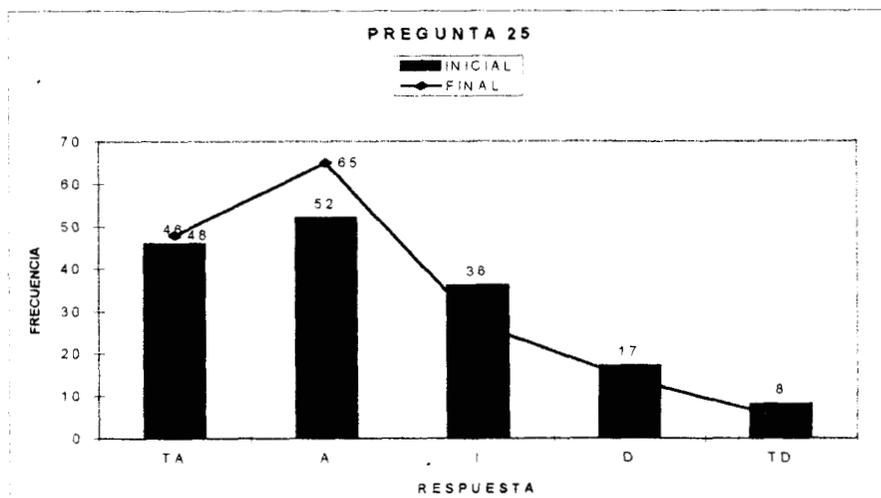
24. LA PROSTITUCIÓN DEBE LLEVARSE CON LIBERTAD PARA EVITAR QUE SE DIFUNDA EL VIH.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE POBLACIONES DE ALTO RIESGO, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEGATIVO, YA QUE ACTUALMENTE LA PROSTITUCIÓN ES CONSIDERADA COMO UN GRUPO DE ALTO RIESGO EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH; ES DECIR, QUE A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (D) Y (TD); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 9.43 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 15, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (TA) Y (A) = 7 E (I) = 8.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 14.47 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (TA) Y (A); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A CONDUCTAS DE RIESGO, FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH Y GRUPOS DE ALTO RIESGO EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 22.06 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (TA), (A) E (I).

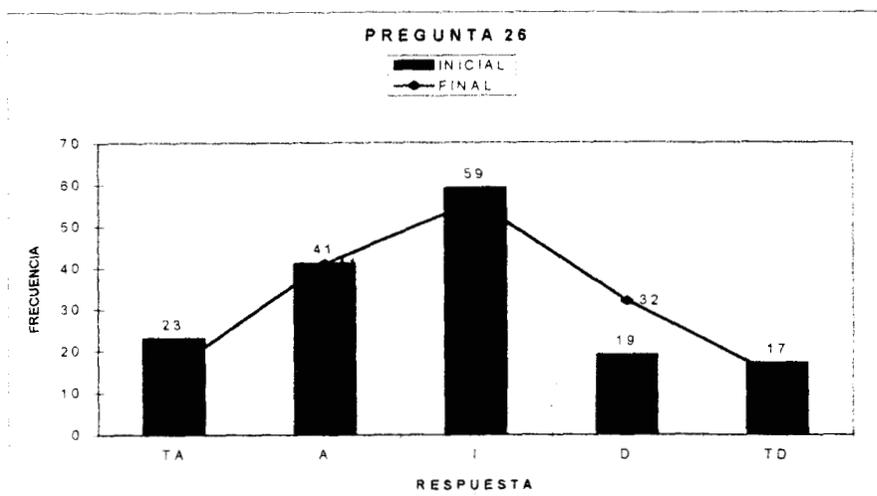
25. USAR CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES HACE QUE LA PAREJA PIENSE QUE SE QUIERE PREVENIR DEL CONTAGIO DEL SIDA.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE CONTROL Y PREVENCIÓN, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEUTRAL, YA QUE ESTE SE REFIERE A UN HECHO DEL QUE EL JOVEN ADOLESCENTE NO PUEDE ESTAR SEGURO, SINO EN FUNCIÓN DE SU PROPIA EXPERIENCIA O INFORMACIÓN CON QUE CUENTA CON RESPECTO A OTROS; DE ESTA FORMA, Y A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (TA) Y (A); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 9.43 % DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 15, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (D) Y (TD) = 6 E (I) = 9.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 15.72 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (D) Y (TD); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A CONDUCTAS DE RIESGO, FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH, PREVENCIÓN Y USO CORRECTO DEL CONDÓN; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 24.59 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (I), (D) Y (TD).

26. LA MAYORÍA DE LOS JOVENES SEXUALMENTE ACTIVOS SE REALIZAN LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH.



ESTE ÍTEM PERTENECE A LA CATEGORÍA DE MIEDO AL CONTAGIO, Y ES CONSIDERADO COMO UN REACTIVO NEUTRAL, YA QUE ESTE SE REFIERE A UN HECHO DEL QUE EL JOVEN ADOLESCENTE NO PUEDE ESTAR SEGURO, SINO EN FUNCIÓN DE SU PROPIA EXPERIENCIA O INFORMACIÓN CON QUE CUENTA CON RESPECTO A OTROS; DE ESTA FORMA, Y A CAUSA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SE PREDECIA UN INCREMENTO EN LAS RESPUESTAS (D) Y (TD); LO CUAL SE CUMPLIO EN UN 6.29% DE LA POBLACIÓN, DADO QUE ESTE TIPO DE RESPUESTA INCREMENTÓ SU FRECUENCIA EN 10, LAS CUALES DECREMENTARON PARA (TA) Y (A) = 7 E (I) = 3.

LA ETIOLOGÍA DEL CAMBIO ES EL CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE ENCONTRO QUE EL 40.25 % DE RESPUESTAS AL ÍTEM SE ENCONTRABA EN (TA) Y (A); EN RESPUESTA A LO CUAL SE DIO LA INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN RESPECTO A LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN, Y DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH, ADEMÁS DE LAS IMPLICACIONES DE LA SEROPOSITIVIDAD; DEBIDO A ESTO, SE DIO UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES EN LA DIRECCIÓN QUE LA CATEGORIZACIÓN PARA ESTE ÍTEM PREDECIA DE UN 8.13 % DE LOS SUJETOS CUYA RESPUESTA INICIAL ESTABA DISTRIBUIDA EN (TA), (A) E (I).

7.3

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

DESDE LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA, SE CUMPLIERON LOS OBJETIVOS YA QUE MEDIANTE LA ACTIVIDAD INTEGRADORA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA REALIDAD (ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO INICIAL DE ACTITUDES HACIA EL SIDA), EL TRABAJO EDUCATIVO (IMPLEMENTACIÓN Y ELABORACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO), Y LA ACCIÓN TRANSFORMADORA (CAMBIO DE ACTITUD, EVALUADO MEDIANTE COMPARACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO FINAL). SE LOGRO LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN BENEFICIO DE LOS PARTICIPANTES Y SU ENTORNO; ESTO A TRAVÉS DE LA REFLEXIÓN COLECTIVA, REDUCIENDO LOS RIESGO ASOCIADOS AL ESTILO DE VIDA, Y FAVORECIENDO LA ADOPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES.

EN LO QUE RESPECTA A LOS OBJETIVOS; ESTOS SE CUMPLIERON EN CUANTO A LA ELABORACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS INICIAL Y FINAL, EN LA ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO, LOGRANDO QUE EL ADOLESCENTE IDENTIFIQUE LAS CONDUCTAS Y ENTORNOS DE ALTO RIESGO, YA QUE EN PROMEDIO SE REGISTRO UN CAMBIO DE ACTITUD POSITIVA DE UN 40.13 % DE LOS SUJETOS QUE TENIAN UNA ACTITUD NEGATIVA EN LOS ÍTEMS RELACIONADOS AL TEMA⁴³.

ÍTEM	% GRUPAL DE CAMBIO	% DE CAMBIO EN ACTITUD NEGATIVA
1	6.29	9.62
3	11.32	41.86
5	43.40	56.56
9	10.06	37.21
14	18.24	44.62
20	12.58	68.97
24	9.43	22.06
PROMEDIO	15.90	40.13

TABLA 1
PORCENTAJE DE CAMBIO DE ACTITUD EN DIAGNÓSTICO FINAL, CON RESPECTO AL INICIAL EN LOS ÍTEMS RELACIONADOS CON IDENTIFICACIÓN DE CONDUCTAS Y ENTORNOS DE ALTO RIESGO

DESDE LA TEORÍA DE LAS ACTITUDES, SE CORROBORA QUE ESTAS NO SOLO SE SUBORDINAN A LOS IMPULSOS, SINO QUE SUFREN EL IMPACTO MODELADOR DE LA INFORMACIÓN A LA QUE SE HALLA EXPUESTO EL INDIVIDUO, EN ESTE CASO, EL CAMBIO DE LAS ACTITUDES ES ATRIBUIDO A LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE A PARTIR DE ESTE SE OBSERVO UN CAMBIO DEL 24.05 % DE LOS SUJETOS CUYA ACTITUD ERA NEGATIVA ANTES DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA⁴⁴.

⁴³ SEGUN TABLA 1
⁴⁴ SEGUN TABLA 2

ÍTEM	% GRUPAL DE CAMBIO	% DE CAMBIO EN ACTITUD NEGATIVA
1	6.29	9.62
2	7.55	12.25
3	11.32	41.86
4	6.92	32.35
5	43.40	56.56
6	6.29	7.19
7	1.89	33.33
8	2.52	10.53
9	10.06	37.21
10	6.29	20.41
11	- 10.06	- 16.33
12	13.84	29.73
13	1.89	12.5
14	18.24	44.62
15	9.43	41.67
16	6.92	11.96
17	4.40	8.14
18	6.29	66.67
19	3.77	5.88
20	12.58	68.97
21	- 10.06	- 12.70
22	12.58	19.80
23	11.95	28.36
24	9.43	22.06
25	9.43	24.59
26	6.29	8.13
PROMEDIO	8.06	24.05

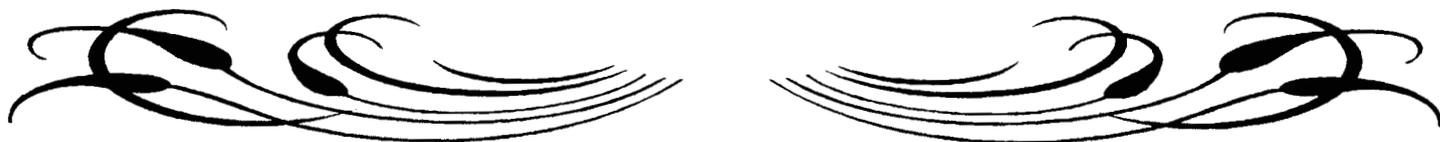
TABLA 2
PORCENTAJE DE CAMBIO DE ACTITUD EN DIAGNÓSTICO FINAL, CON RESPECTO AL INICIAL EN TODOS LOS ÍTEMS.

DE ESTA FORMA, SE CONFIRMA LA HIPÓTESIS DE TRABAJO: "LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO GENERA UN CAMBIO EN LAS ACTITUDES HACIA EL SIDA EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87."

SOBRE LA BASE DE ESTOS CAMBIOS SE APRECIA EL FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS DE RESISTENCIA PERSONALES Y SOCIALES DEL JOVEN ADOLESCENTE, CUMPLIENDO CON ELLO OTRO DE LOS OBJETIVOS.



CAPÍTULO VIII
"CONCLUSIONES"



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.
CAMPUS IZTAPALAPA.

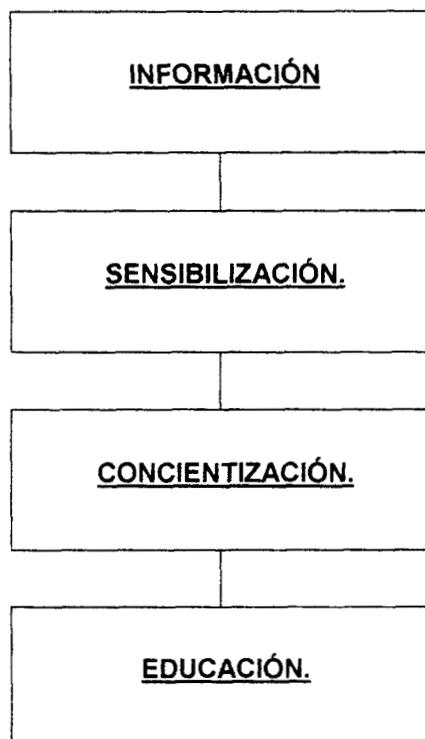
CAPÍTULO VIII CONCLUSIONES

A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL, SE ENCONTRO QUE 8 DE LOS 26 REACTIVOS QUE CONFORMAN EL INSTRUMENTO, REFLEJABAN UNA ACTITUD CON TENDENCIA NEGATIVA, DE LOS CUALES DEBIDO A ELEMENTOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOLO EL 50 % DE ESTOS PERMANECIÓ CON ESTA TENDENCIA, ES DECIR QUE AL APLICAR EL DIAGNÓSTICO FINAL, EL 92.31 % DE LOS ÍTEMS REFLEJARON UNA ACTITUD POSITIVA HACIA EL SIDA.

LOS CAMBIOS OBSERVADOS CON TENDENCIA A LA ACTITUD POSITIVA MAS REPRESENTATIVOS SE REGISTRARON EN LA ACTITUD HACIA: LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN, PERCEPCIÓN DEL RIESGO, UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO, LA IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN Y DE LAS CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN, Y LA IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS DE ALTO RIESGO.

LOS ELEMENTOS DEL PROGRAMA QUE FAVORECIERON EL CAMBIO DE ACTITUD FUERON TÉCNICAS COMO EL PSICODRAMA, REFLEXIÓN, Y EL DEBATE AL INTERIOR DEL GRUPO, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN DE LOS SUJETOS DE INVESTIGACIÓN A LO LARGO DE TODO EL PROCESO.

EL ESQUEMA GENERAL DE TRABAJO QUE CONSIDERAMOS AGILIZO EL PROCESO COGNOSCITIVO FUE:



DESDE LA TEORÍA DE LAS ACTITUDES, CORROBORAMOS LO CIERTO EN LA ASEVERACIÓN DE QUE CUANDO LA REPRESENTACIÓN COGNOSCITIVA QUE LA PERSONA TIENE DE UN OBJETO SOCIAL ES VAGA O ERRONEA, SU EFECTO CON RELACIÓN A EL OBJETO SERA POCO INTENSO E INESTABLE, DE TAL FORMA QUE EL PROGRAMA EDUCATIVO VIH/SIDA, AL PROPORCIONAR NUEVOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL OBJETO FUE EL ESTÍMULO QUE MOTIVO EL CAMBIO DE LA ACTITUD EN SU COMPONENTE COGNOSCITIVO.

EN CUANTO EL INSTRUMENTO UTILIZADO, SABEMOS QUE ES LA MEJOR OPCIÓN EN CUANTO A QUE EL COMPONENTE MAS CARACTERÍSTICO DE LAS ACTITUDES ES EL AFECTIVO, EL CUAL ES MEDIDO POR LA ESCALA DE LIKERT; YA DESDE TIEMPO ATRÁS, SE SABE QUE PARA TRATAR DE MODIFICAR LAS ACTITUDES SON MUCHO MAS EFECTIVAS LAS TÉCNICAS QUE SE DIRIGEN DIRECTAMENTE A ESTE COMPONENTE, DE LAS CUALES UTILIZAMOS, CON GRAN ÉXITO EL PSICODRAMA.

AUNADO A ESTO, SABIENDO QUE LOS COMPONENTES DE LAS ACTITUDES SE ENCUENTRAN INSTRUMENTALMENTE RELACIONADOS, AL GENERAR UN CAMBIO EN EL COMPONENTE COGNOSCITIVO, SE PRODUJO UN CAMBIO EN LOS OTROS COMPONENTES, ESTO A FIN DE RESTAURAR LA COHERENCIA INTERNA DENTRO DE LA ESTRUCTURA TOTAL DE LA ACTITUD. EL ESTUDIO DE DAUTSCH Y COLLINS (1951), NOS PROPORCIONA OTRO EJEMPLO DE ESTOS PROCESOS.

SI BIEN, EL PROGRAMA EDUCATIVO ALUDIO A EL CAMBIO EN EL COMPONENTE COGNOSCITIVO DE LA ACTITUD, ESTE SE DA DENTRO DE UN PROCESO DE INFLUENCIA SOCIAL, EL CUAL SE DIO A TRAVÉS DE TRES PROCESOS BÁSICOS: LA ACEPTACIÓN, QUE FUE OTORGADA POR LOS SUJETOS DE INVESTIGACIÓN HACIA LOS INVESTIGADORES; LA IDENTIFICACIÓN QUE SE GENERÓ DENTRO DEL GRUPO; Y LA INTERNALIZACIÓN YA QUE AL CARECER DE INFORMACIÓN CONGRUENTE SOBRE EL OBJETO, EN ESTE CASO EL SIDA, LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA PUDO ENCONTRAR CONGRUENCIA CON SUS SISTEMAS DE VALORES.

DE HECHO, CUANDO SE ENCUENTRA COHERENCIA ENTRE LOS COMPONENTES COGNOSCITIVO Y AFECTIVO DE LAS ACTITUDES ESTAS SE FORMAN DE MANERA ESTABLE Y DURADERA, LO CUAL FORTALECE EL CAMBIO DE ACTITUD PROVOCADO POR EL PROGRAMA EDUCATIVO.

FINALMENTE EN ESTE SENTIDO, SE CUBRIERON DOS FUNCIONES DE LAS ACTITUDES: LA FUNCIÓN DE CONOCIMIENTO, Y LA FUNCIÓN DEL EGO-DEFENSA.

DENTRO DEL CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA POBLACIÓN OBJETO DE INVESTIGACIÓN, CONSIDERAMOS, NUESTRO TRABAJO CONCUERDA CON LOS OBJETIVOS DE SU PROYECTO DE AUTODESARROLLO, ESPECÍFICAMENTE EN EL PROGRAMA DE SALUD; PUESTO QUE EL PROGRAMA EDUCATIVO VIH/SIDA SE BASA EN LA PROPUESTA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, CON BASE EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN; ADEMÁS DE QUE EN SI MISMA ESTA PROPUESTA PUEDE SER CONSIDERADA COMO UNA CAMPAÑA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

EN CUANTO A LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87, SE DETECTÓ UNA CARENCIA DE INFORMACIÓN CON RESPECTO A LOS ASPECTOS GENERALES DE LA SEXUALIDAD, Y UN GRAN INTERÉS SOBRE ESTOS TEMAS; ESTO NOS HABLA DE LA NECESIDAD LATENTE DEL IMPLEMENTAR PROGRAMAS INFORMATIVOS QUE DEN RESPUESTA A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE CADA POBLACIÓN.

POR OTRA PARTE, NOS PARECE RELEVANTE EL SEÑALAR QUE ESTE TIPO DE INVESTIGACIÓN OFRECE AL ASPECTO PSICOSOCIAL UN ÁREA DE AMPLIAS DIMENSIONES, TANTO EN INVESTIGACIÓN COMO EN INTERVENCIÓN COMUNITARIA, SIENDO ESTA LA BASE PARA INVESTIGACIONES PROPOSITIVAS, QUE NO SE QUEDEN SOLO EN LA DESCRIPCIÓN DE POBLACIONES; EN ESTE SENTIDO LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD, EN VIRTUD DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, JUSTIFICA LA APLICACIÓN E IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL CON RESPECTO A LA SALUD.

REITERAMOS AHORA, LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN, EN EL TRATAMIENTO DE LA PANDEMIA DEL SIDA, ESTO DEBIDO A QUE NO SE CONOCE CURA (TODAVÍA) PARA LA INFECCIÓN PROVOCADA POR EL VIH, QUIZÁ NO PODREMOS SABER SI LOS 159 ADOLESCENTES CON QUIENES TRABAJAMOS, PERMANEZCAN ALEJADOS DE SITUACIONES Y GRUPOS DE RIESGO EN CUANTO AL TEMA DEL VIH SE REFIERE; PERO DE ALGO PODEMOS ESTAR SEGUROS, LA INFORMACIÓN CON QUE AHORA CUENTAN JUGARÁ UN PAPEL IMPORTANTE EN EL MOMENTO EN QUE CADA UNO DE ELLOS DEBA DECIDIR CON RESPECTO A LA TOMA DE CONDUCTAS DE RIESGO; Y EN EL EXTREMO CASO, DE QUE SOLO UNO DE ELLOS, DEBIDO A NUESTRO TRABAJO SALVARA EL CONTRAER EL VIH, NUESTRA LABOR ESTARÁ INDISCUTIBLEMENTE JUSTIFICADA Y RETRIBUIDA, SIN EMBARGO, YA NUNCA LO SABREMOS.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

SE ESPERABA QUE LAS ACTITUDES REGISTRADAS EN LA OPCIÓN "INDECISO", UNA VEZ APLICADO EL PROGRAMA EDUCATIVO, DECREMENTARAN SU INCIDENCIA EN EL DIAGNÓSTICO FINAL, SIN EMBARGO ESTO SUCEDIO SOLO EN UN 4.04 % EN PROMEDIO⁴⁵, DE LAS ACTITUDES CUYA RESPUESTA INICIAL SE REGISTRÓ EN ESTA OPCIÓN. SE OBSERVA QUE ESTE PORCENTAJE ES BAJO, ATRIBUIMOS TAL EVENTO A LA FALTA DE UN TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN, YA QUE MEDIANTE ESTE SE PODRIA DETERMINAR SI ESTE APARENTEMENTE BAJO PORCENTAJE DE CAMBIO EN ESTE TIPO DE RESPUESTA, IMPLICABA UN CAMBIO MAS ALTO. NOS REFERIMOS AL POSIBLE HECHO DE QUE SI BIEN, EL NÚMERO DE RESPUESTAS NO BAJÓ, ESTE PUDO DARSE PORQUE LOS YA INDECISOS MOVIERON SU RESPUESTA A OTRA OPCIÓN, Y LAS RESPUESTAS CUYA ACTITUD SE EVALUABA NEGATIVA, SE MOVIERON HACIA EL INDECISO.

EN ESTE ASPECTO SI SE ENCONTRO UNA LIMITACIÓN, TANTO EN EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, COMO EN INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS; APOSTAMOS EN UN PRINCIPIO POR UN MÉTODO BASADO EN LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA, QUE EN CIERTA MEDIDA SE OPONE AL PLANTEAMIENTO POSITIVISTA, Y SIN EMBARGO DAMOS CUENTA DE LA IMPORTANCIA DE ESTE. CONCLUIMOS PUES, Y QUIZÁ A DESTIEMPO, QUE LA MEJOR FORMA DE SISTEMATIZAR EL TRABAJO INVESTIGATIVO ACTUALMENTE ES UTILIZAR AMBAS METODOLOGÍAS, PARA PODER ASÍ INTEGRAR TANTO EL TIPO DE CONOCIMIENTO COMUNITARIO O POPULAR, COMO LA METODOLOGÍA POSITIVISTA, QUE FINALMENTE ES QUIEN NOS DA VALORES DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ MAS CONCRETOS, COMO POR EJEMPLO LO QUE RESPECTA A LA REPRESENTATIVIDAD DE LA MUESTRA.

OTRA LIMITACIÓN QUE SE ENCONTRO, ES QUE PARA EL ÍTEM 11 SE REGISTRO UN MOVIMIENTO INVERSO AL ESPERADO, EL CUAL REFLEJA UN ÉNFASIS EN EL PREJUICIO HACIA LOS HOMOSEXUALES; PARA LO CUAL EL PROGRAMA EDUCATIVO FUE INSUFICIENTE, YA QUE ESTA DIRIGIDO ESPECÍFICAMENTE AL CAMBIO DE ACTITUDES, Y NO A LA MODIFICACIÓN DE PREJUICIOS, LOS CUALES SON DETERMINADOS POR LA CULTURA Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA POBLACIÓN.

POR TODO ELLO, NOTAMOS QUE ES NECESARIO PROFUNDIZAR UN POCO MAS EN ESTE SENTIDO PARA PODER LOGRAR UN CAMBIO DE ACTITUD. DEBIDO A ESTO, ES NECESARIO TOMAR ESTE PLANTEAMIENTO EN SIGUIENTES INVESTIGACIONES, Y PARA EL DISEÑO DE NUEVAS CAMPAÑAS INFORMATIVAS PARA QUE SEAN REALMENTE EFECTIVAS AL CUMPLIR CON SU OBJETIVO, EN ESTE SENTIDO EL PLANTEAMIENTO DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD VUELVE A JUSTIFICAR SU APLICACIÓN, IMPORTANCIA, Y RELEVANCIA SOCIAL.

⁴⁵ SEGÚN TABLA 3

ÍTEM	FRECUENCIA DE CAMBIO	PORCENTAJE DE CAMBIO
1	9	5.66
2	0	0
3	14	8.81
4	5	3.15
5	21	13.21
6	1	.63
7	0	0
8	0	0
9	11	6.92
10	8	5.03
11	13	8.18
12	9	5.66
13	0	0
14	16	10.06
15	0	0
16	3	1.89
17	0	0
18	0	0
19	6	3.77
20	17	10.69
21	4	2.52
22	5	3.15
23	5	3.15
24	8	5.03
25	9	5.66
26	3	1.89
PORCENTAJE PROMEDIO DE CAMBIO		4.04

TABLA 3
PORCENTAJE DE CAMBIO ACTITUDINAL, PARA LA OPCIÓN "INDECISO"

TAMBIÉN ES RELEVANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE APLICA EL PROGRAMA EDUCATIVO, YA QUE EN CIERTA MEDIDA ESTE FUE INSUFICIENTE, PUES AL NO CONTAR CON ESPACIOS Y PROGRAMAS ESTABLECIDOS PARA TAL EFECTO, NOS RESULTÓ UN TANTO APRESURADO EL MANEJO TANTO DE DINAMICAS COMO DE REFLEXIÓN; LO CUAL SABEMOS LIMITA EN CIERTO GRADO LA APLICACIÓN IDÓNEA DEL PROGRAMA, REFLEJÁNDOSE ESTO EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

SIN EMBARGO, AGRADECEMOS LA COLABORACIÓN DE LAS AUTORIDADES DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87, QUE INCONDICIONALMENTE Y CONSCIENTES DE LA NECESIDAD SUBYACENTE EN ESTE SENTIDO, NOS PROPORCIONARON LOS ESPACIOS FÍSICOS Y TEMPORALES QUE LAS IMPLICACIONES EDUCATIVAS LES PERMITIERON.

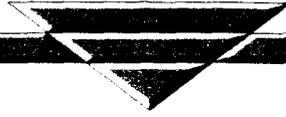
PARA EFECTO DE ESTE TIPO DE INVESTIGACIÓN, Y DADO QUE ES UN PROGRAMA DIRIGIDO ESPECÍFICAMENTE A LA POBLACIÓN CON LA QUE SE TRABAJA, LOS RESULTADOS OBTENIDOS, NO PUEDEN NI DEBEN SER GENERALIZADOS AL RESTO DE LA POBLACIÓN, LO CUAL PARA MUCHOS INVESTIGADORES, REPRESENTA UNA GRAN LIMITACIÓN PARA EL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN EN GENERAL; SIN EMBARGO, REITERAMOS LA IMPORTANCIA DEL IMPLEMENTAR ESTE TIPO DE PROGRAMAS, QUE A LA LARGA, Y EN LA PRÁCTICA, REFLEJARÁ MEJORES RESULTADOS EN EL ÁREA DE LA EDUCACIÓN EN GENERAL, Y EN PARTICULAR PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD.

ASÍ PUES, CON LA ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO VIH/SIDA LOGRAMOS ALCANZAR NUESTROS OBJETIVOS, TOMANDO COMO BASE PARA SU REALIZACIÓN SITUACIONES REALES, CON VISTAS A ENCONTRAR LA MEJOR FORMA DE SISTEMATIZAR Y OPERACIONALIZAR NUESTRO TRABAJO, YA QUE CADA GRUPO SOCIAL PRESENTA SUS PROPIAS CIRCUNSTANCIAS, CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES.

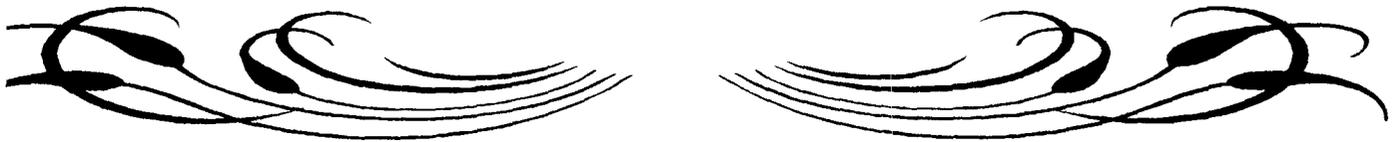
EN LO CONCERNIENTE A SUGERENCIAS, Y A PARTIR DE ESTA INVESTIGACIÓN, PROPONEMOS:

- FOMENTAR LA APERTURA EN COMUNICACIÓN, DANDO MAYOR CONFIANZA A LOS JOVENES ADOLESCENTES PARA QUE SE SIENTAN EN LIBERTAD DE TRATAR LOS ASUNTOS RELACIONADOS A LA SEXUALIDAD EN GENERAL, CON SUS FIGURAS DE AUTORIDAD, QUIENES FINALMENTE SON SUS MODELOS A SEGUIR.
- TOMAR EN CUENTA LOS INTERESES Y NECESIDADES COGNOSCITIVAS DE LOS ESTUDIANTES EN GENERAL, PARA IMPLEMENTAR PROGRAMAS EDUCATIVOS PERMANENTES.
- OTORGAR CAPACITACIÓN A DOCENTES PARA QUE ESTOS NO DEN INFORMACIÓN DEFICIENTE O ERRONEA, QUE SE CONTRAPONGA A LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS POR LOS SUJETOS DE INVESTIGACIÓN.
- EXTENDER ESTA CAPACITACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA, PARA COMPLEMENTAR Y FORTALECER LA FORMACIÓN EN SALUD DE LA COMUNIDAD.
- UNA VEZ QUE EL PROGRAMA EDUCATIVO, Y EL DIAGNÓSTICO FINAL HAN CONCLUIDO, SERA IMPORTANTE QUE SE DE RETROALIMENTACIÓN A CADA GRUPO ACERCA DE LAS ACTITUDES POSITIVAS Y NEGATIVAS QUE SE REGISTRARON, PRESTÁNDOSE DE NUEVO AL DEBATE ENTRE LOS SUBGRUPOS FORMADOS.

PARA FINALIZAR, SEÑALAMOS, ES NECESARIO QUE EN FUTURAS INVESTIGACIONES SE CONSIDEREN LOS PREJUICIOS, ESTEREOTIPOS, Y CREENCIAS EN SALUD PARA LOGRAR UNA PERSPECTIVA INTEGRAL DE LA PROBLEMÁTICA, Y POR ENDE LOGRAR UN CAMBIO MUCHO MAS REPRESENTATIVO QUE EL LOGRADO POR ESTA INVESTIGACIÓN. TAMBIÉN SERA CONVENIENTE AUMENTAR EL NÚMERO DE REACTIVOS DE LA ESCALA DE ACTITUD HACIA EL SIDA, ASÍ COMO INCLUIR OTRAS CATEGORÍAS COMO RIESGO DE INFECCIÓN, Y MITOS SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIH. POR ÚLTIMO SERA CONVENIENTE QUE ESTE TIPO DE INVESTIGACIÓN SE EXTIENDA A DIVERSOS GRUPOS DE ADOLESCENTES, EN CUANTO NIVEL ECONÓMICO, EDUCATIVO Y SOCIAL SE REFIERE.



ANEXO I
“INCIDENCIA POR ETS Y SIDA
1987-1998”



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.
CAMPUS IZTAPALAPA.

ANEXO I

CUADRO 1
INCIDENCIA POR ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE Y SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1987 - 1998

PADECIMIENTO	1987		1988		1989		1990		1991		1992	
	CASOS	TASA*	CASOS	TASA*	CASOS	TASA*	CASOS	TASA*	CASOS	TASA*	CASOS	TASA*
CANDIDIASIS UROGENITAL	ND	ND	41353	49,99	64160	76,13	72718	84,77	80955	92,77	91850	105,85
CHANCRO BLANDO	ND	ND	894	1,08	869	1,03	766	0,89	562	0,64	638	0,74
HERPES GENITAL	1822	2,25	2663	3,22	3390	4,02	2927	3,41	3168	3,63	3004	3,46
UNOFOGRANULOMA VENEREO	ND	ND	365	0,44	237	0,28	242	0,28	198	0,23	243	0,28
TRICOMONIASIS UROGENITAL	57619	71,01	77314	93,46	92165	109,37	94226	109,84	96017	110,03	103304	119,05
SIFILIS ADQUIRIDA	3926	4,84	6578	7,95	4240	5,03	3685	4,3	2632	3,02	2553	2,94
INFECCION GONOCOCICA	17259	21,27	19961	24,13	16558	19,65	19870	23,16	16083	8,43	19609	22,6
SIDA	518	0,64	905	1,09	1605	1,9	2587	3,1	3155	3,66	3210	3,7

PADECIMIENTO	1993		1994		1995		1996		1997		1998	
	CASOS	TASA*	CASOS	TASA*	CASOS	TASA*	CASOS	TASA*	CASOS	TASA*	CASOS	TASA*
CANDIDIASIS UROGENITAL	96725	109,34	118438	131,36	95192	103,62	128964	138,4	171475	181,01	29373	30,52
CHANCRO BLANDO	618	0,7	648	0,72	680	0,74	649	0,7	899	0,95	119	0,12
HERPES GENITAL	3087	3,49	3177	3,52	2142	2,33	2893	3,1	3855	4,07	638	0,66
UNOFOGRANULOMA VENEREO	364	0,41	270	0,3	208	0,23	268	0,29	326	0,34	52	0,05
TRICOMONIASIS UROGENITAL	102855	116,27	102297	113,46	80397	87,52	102807	110,33	119190	125,82	20143	20,93
SIFILIS ADQUIRIDA	1947	2,2	1940	2,15	1208	1,31	1424	1,53	2001	2,11	245	0,25
INFECCION GONOCOCICA	20691	23,39	18981	21,05	8041	8,75	12834	13,77	13988	14,77	2278	2,37
SIDA	5058	5,72	4111	4,57	4310	4,7	4216	4,52	3670	3,87	1487	1,54

*HASTA LA SEMANA 10, SIDA CORRESPONDIENTE A LA SEMANA 12 DE 1998,

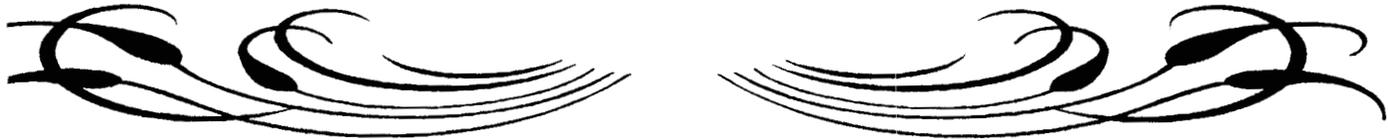
*POR 100,000 HABITANTES.

ND INFORMACION NO DISPONIBLE

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA/ISSA.



ANEXO 2
“CASOS DE SIDA POR ENTIDAD
FEDERATIVA”



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.
CAMPUS IZTAPALAPA.

ANEXO II

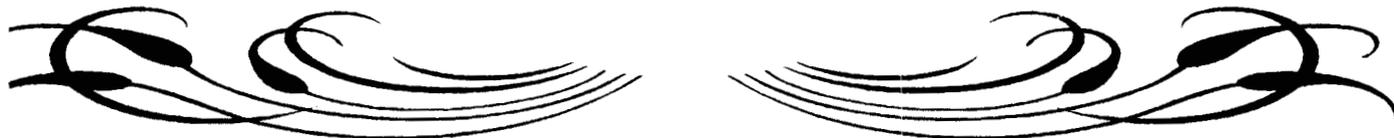
CUADRO II
CASOS DE SIDA POR ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
AGUASCALIENTES	0	0	0	1	1	2	6	10	13	18	16	22	13	20	15	9
BAJA CALIFORNIA	0	2	2	5	13	23	13	95	92	86	194	132	187	219	158	94
BAJA CALIFORNIA SUR	0	0	0	1	0	2	8	4	17	9	9	20	34	14	47	19
BAMBUQUE	0	0	0	0	5	2	3	5	2	17	5	13	18	22	41	7
BATAVIA	1	1	2	8	27	25	42	27	42	59	51	57	56	81	50	25
BATAVIA	0	0	1	1	2	4	4	9	14	6	11	23	7	1	6	15
BATAVIA	0	0	0	1	2	10	19	9	8	48	29	68	41	73	55	13
BATAVIA	0	0	0	10	9	3	23	31	56	51	48	6	7	38	59	5
BATAVIA	0	2	12	125	199	278	592	769	1097	896	1428	1103	1258	1135	669	414
BATAVIA	0	0	0	1	1	16	9	20	18	14	17	31	21	15	27	27
BATAVIA	1	0	1	1	2	7	26	19	43	39	110	52	51	48	70	67
BATAVIA	0	0	1	2	22	15	44	62	99	99	129	147	122	163	123	36
BATAVIA	0	0	0	3	3	9	3	2	21	16	49	26	88	39	48	12
BATAVIA	2	0	3	24	59	118	186	355	387	421	614	476	295	506	373	186
BATAVIA	0	0	0	10	46	111	246	364	340	360	760	673	787	391	264	161
BATAVIA	0	0	1	5	11	24	29	80	89	96	121	112	147	162	137	61
BATAVIA	0	1	0	9	15	20	46	54	88	72	119	61	91	126	123	10
BATAVIA	0	0	0	2	2	11	13	41	27	39	42	60	57	75	52	17
BATAVIA	0	0	3	10	22	54	59	47	105	113	144	67	184	47	67	25
BATAVIA	0	0	0	1	8	10	11	38	16	101	43	99	61	89	74	56
BATAVIA	0	0	1	5	12	32	68	149	155	239	263	261	185	325	299	39
BATAVIA	0	0	0	1	2	2	6	7	14	24	34	23	22	21	41	10
BATAVIA	0	0	0	2	1	4	2	7	20	23	20	26	20	6	11	0
BATAVIA	0	0	0	1	7	11	23	22	35	31	46	36	37	37	28	11
BATAVIA	0	0	1	1	6	17	17	30	40	65	62	56	42	36	93	15
BATAVIA	0	0	0	3	1	8	9	28	14	22	64	53	77	76	69	24
BATAVIA	0	0	0	0	4	5	5	15	8	25	21	21	44	41	15	11
BATAVIA	0	0	0	0	9	13	12	63	38	53	78	51	86	80	122	17
BATAVIA	0	0	0	0	0	3	8	10	25	12	41	45	46	37	34	15
BATAVIA	0	0	0	5	7	30	19	143	103	73	338	133	137	122	381	65
BATAVIA	2	0	0	3	8	27	39	46	75	45	80	105	51	88	89	8
BATAVIA	0	0	0	1	1	4	6	13	11	12	22	14	24	61	12	10
TOTAL	6	6	28	242	507	900	1596	2574	3112	3184	5008	4072	4296	4194	3652	1484

EL 0.8% SON EXTRANJEROS.
FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA DGE/SSA



ANEXO 3
INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.
CAMPUS IZTAPALAPA.

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

EL PRESENTE ES UN ESTUDIO DE LA OPINIÓN QUE TIENEN LOS JOVENES ADOLESCENTES CON RESPECTO AL SIDA. A CONTINUACIÓN SE TE PRESENTAN UNA SERIE DE AFIRMACIONES RESPECTO A LAS CUALES TU PUEDES ESTAR DE ACUERDO O EN DESACUERDO. DESPUÉS DE CADA AFIRMACION SE PRESENTAN 5 ALTERNATIVAS POSIBLES, PON UNA "X" EN EL PARENTESIS QUE CONTENGA LA ALTERNATIVA QUE MAS SE ACERQUE A TU OPINIÓN.

LAS 5 ALTERNATIVAS DE RESPUESTA POSIBLES SON:

TA = TOTALMENTE DE ACUERDO
 A = DE ACUERDO
 I = INDECISO
 D = EN DESACUERDO
 TD = TOTALMENTE EN DESACUERDO

ESTE NO ES UN EXAMEN, NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS O MALAS; POR TANTO, TE PEDIMOS QUE CONTESTES A CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES CON LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE, ADEMÁS, TUS RESPUESTAS SON CONFIDENCIALES Y ANONIMAS.

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN.

SEXO FEMENINO () MASCULINO () **EDAD** _____

1. LOS JOVENES PUEDEN DISFRUTAR DE LAS RELACIONES SEXUALES SIN TENER EL CONTAGIO DEL SIDA.

() TA () A () I () D () TD

2. UNA PERSONA PUEDE APRENDER A PROTEGERSE DE LA INFECCIÓN DEL VIH CON LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA T.V.

() TA () A () I () D () TD

3. SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD ME REALIZARIA LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH.

() TA () A () I () D () TD

4. SI SUPIERA QUE MI NOVIO (A) ESTA INFECTADO (A) POR EL VIH LO APOYARIA.

() TA () A () I () D () TD

5. SOY UNA PERSONA QUE ESTA EN RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA.

() TA () A () I () D () TD

6. LA PROSTITUCIÓN DEBE DESAPARECER PARA EVITAR QUE SE DIFUNDA EL VIH.

() TA () A () I () D () TD

7. ES NECESARIO QUE SE REALICEN MAS CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN SOBRE SIDA PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD

()TA ()A ()I ()D ()TD

8. EVITARIA TENER AMIGOS QUE ESTUVIERAN INFECTADOS DEL SIDA POR MIEDO DE CONTRAER LA ENFERMEDAD.

()TA ()A ()I ()D ()TD

9. SE DEBE EVITAR CORRER EL RIESGO DE INFECTARSE CON EL VIH USANDO SIEMPRE CONDÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES.

()TA ()A ()I ()D ()TD

10. SI MI PAREJA ESTUVIERA CONTAGIADA CON EL VIH LA APOYARIA SIN TEMOR DE CONTRAER LA ENFERMEDAD.

()TA ()A ()I ()D ()TD

11. LA HOMOSEXUALIDAD ES UNA CONDUCTA IRRESPONSABLE QUE AYUDA A QUE SE TRANSMITA EL SIDA.

()TA ()A ()I ()D ()TD

12. LA INFORMACIÓN QUE TENGO SOBRE EL SIDA HA CAMBIADO MI CONDUCTA SEXUAL.

()TA ()A ()I ()D ()TD

13. SI ME ENTERARA QUE UN AMIGO MIO TUVIERA SIDA LO RECHAZARIA.

()TA ()A ()I ()D ()TD

14. TODOS LOS ADOLESCENTES DEBERIAN UTILIZAR PRESERVATIVOS Y ESPERMATICIDAS EN SUS RELACIONES SEXUALES.

()TA ()A ()I ()D ()TD

15. LA MAYORÍA DE LOS JOVENES SEXUALMENTE ACTIVOS TIENEN TEMOR DE REALIZARSE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH.

()TA ()A ()I ()D ()TD

16. SI UN AMIGO MIO TUVIERA SIDA LO MANTENDRIA EN SECRETO.

()TA ()A ()I ()D ()TD

17. LOS HOMOSEXUALES DEBEN DESAPARECER PARA EVITAR QUE SE DIFUNDA EL SIDA.

() TA () A () I () D () TD

18. ME INTERESA BUSCAR INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA.

() TA () A () I () D () TD

19. LA BISEXUALIDAD ES UNA PRÁCTICA SEXUAL QUE SI SE LLEVA CON RESPONSABILIDAD EVITA QUE SE DIFUNDA EL SIDA.

() TA () A () I () D () TD

20. EN GENERAL LOS JOVENES TIENEN SU PRIMERA EXPERIENCIA SEXUAL CON PAREJAS OCASIONALES.

() TA () A () I () D () TD

21. SI MI NOVIO (A) ESTUVIERA INFECTADO (A) CON EL VIH, TENDRIA RELACIONES SEXUALES CON EL (ELLA), CON LAS PRECAUCIONES NECESARIAS.

() TA () A () I () D () TD

22. SE DEBEN MANTENER AISLADOS A LOS ENFERMOS DE SIDA PARA EVITAR QUE SE DIFUNDA LA ENFERMEDAD.

() TA () A () I () D () TD

23. DE NADA SIRVEN LAS CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA.

() TA () A () I () D () TD

24. LA PROSTITUCIÓN DEBE LLEVARSE CON LIBERTAD PARA EVITAR QUE SE DIFUNDA EL VIH.

() TA () A () I () D () TD

25. USAR CONDON EN RELACIONES SEXUALES HACE QUE LA PAREJA PIENSE QUE SE QUIERE PREVENIR DEL CONTAGIO DEL SIDA.

() TA () A () I () D () TD

26. LA MAYORÍA DE LOS JOVENES SEXUALMENTE ACTIVOS SE REALIZAN LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH.

() TA () A () I () D () TD



ANEXO 4
“PROGRAMA EDUCATIVO
VIH/SIDA”



ELABORADO POR :

SOTO RODRÍGUEZ HA YDEÉ.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.
CAMPUS IZTAPALAPA.**

METODOLOGÍA

UNIVERSO

ESTE PROGRAMA ESTA DIRIGIDO A LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚMERO 87 "" UBICADA EN ELOY CABASOS S/N COL. SAN MIGUEL TEOTONGO SECCIÓN LA CRUZ, DELEGACIÓN IZTAPALAPA, MÉXICO D.F.

ESPACIO FÍSICO

LAS ACTIVIDADES SE LLEVARAN A CABO EN LAS AULAS DE LA ESCUELA.

RECURSOS MATERIALES

PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA SE DEBERA CONTAR CON CARTULINAS, CINTA ADHESIVA, PAPEL BOND CARTA, TARJETAS BLANCAS DE 7 X 10.5 CMS; LÁPICES, PLUMONES, GISES, PIZARRÓN Y ROTAFOLIO.

RECURSOS HUMANOS

SE CONTARA CON PERSONAL DE LA LIC. EN PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.

CONFORMACIÓN DE LOS GRUPOS

LOS GRUPOS SE TOMARAN ÍNTEGROS SEGÚN LAS LISTAS DE INSCRIPCIÓN CON QUE CUENTA LA ESCUELA SECUNDARIA.

DURACIÓN DEL PROGRAMA

EL PROGRAMA SE CONFORMA DE 10 SESIONES, QUE SE LLEVARAN A CABO UNA DIARIAMENTE, EN LOS HORARIOS Y DÍAS DETERMINADOS POR LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA SECUNDARIA, CON UNA DURACIÓN POR SESIÓN DE 50 MINUTOS.

PROCEDIMIENTO

- * SE INVITARA A LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL POR PARTE DE LAS ÁREAS TÉCNICAS.
- * COMO PRIMERA ESTRATEGIA SE PLANTEA EMPLEAR DINÁMICAS INTEGRATIVAS A EFECTO DE QUE SE DISMINUYA LA TENSIÓN Y CON ELLO FACILITAR LA IMPLEMENTACIÓN Y MANEJO DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA.
- * EL MANEJO DE LOS TEMAS SERA BÁSICAMENTE A TRAVÉS DE EXPOSICIONES, PARA LO QUE SE REQUIERE EL APOYO DE MATERIAL DIDÁCTICO (VER APARTADO DE RECURSOS MATERIALES), ASÍ COMO DE DINÁMICAS GRUPALES QUE FACILITEN LA INCORPORACIÓN Y ASIMILACIÓN DE LA INFORMACIÓN BRINDADA A TRAVÉS DE LAS SIGUIENTES SESIONES:

1a. *SESIÓN* SE APLICARÁ UN INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE ACTITUDES HACIA EL SIDA (RETOMADO DE ELABORACIÓN DE ALFARO, 1991; APLICADO POR MORALES, 1996). COMO INTRODUCCIÓN SE DARÁ A CONOCER EL OBJETIVO DEL PROGRAMA, SE BRINDARÁ UN PANORAMA GENERAL SOBRE LOS TEMAS A TRATAR, Y SE EXPLORARÁN LAS EXPECTATIVAS QUE TENGAN EN TORNO AL PROGRAMA, PARA CON ELLO ENCUADRAR LOS ALCANCES DEL MISMO. UTILIZANDO DINÁMICAS INTEGRATIVAS CONJUNTAMENTE CON LA FORMULACIÓN DE PREGUNTAS DIRIGIDAS.

2a. *SESIÓN* SE CONCIENTIZARÁ A LOS PARTICIPANTES SOBRE EL IMPACTO PSICOSOCIAL DEL VIH/SIDA, UTILIZANDO LA DINÁMICA DE "FIESTA" Y DISCUSIÓN EN GRUPO.

3a. *SESIÓN* SE EXPLORARÁ EL ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL VIH/SIDA COMO PANDEMIA, APOYÁNDOSE EN LA DINÁMICA "CLÍNICA DEL RUMOR", EXPOSICIÓN CON ROTAFOLIO Y DISCUSIÓN EN GRUPO.

4a. *SESIÓN* SE ESCLARECERÁ LA DIFERENCIA ENTRE EL PACIENTE SEROPOSITIVO Y EL PACIENTE CON SIDA A PARTIR DE LA COMPRESIÓN DEL DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO, PARA LO QUE SE MANEJARÁ LA EXPOSICIÓN APOYADA EN ROTAFOLIO Y DISCUSIÓN EN GRUPO.

5a. *SESIÓN* SE INFORMARÁ A LOS INTEGRANTES DEL GRUPO SOBRE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIRUS, LAS PRÁCTICAS DE RIESGO Y EL SEXO SEGURO, UTILIZANDO LA EXPOSICIÓN CON ROTAFOLIO, DINÁMICA DE "LLUVIA DE IDEAS" Y DISCUSIÓN EN GRUPO.

6a. *SESIÓN* SE LES HARÁ SABER SOBRE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH/SIDA, ASÍ COMO MÉTODOS PREVENTIVOS A TRAVÉS DE ROTAFOLIO Y DISCUSIÓN GRUPAL.

7a. *SESIÓN* SE INFORMARÁ SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LOS FACTORES DE RIESGO QUE PUDIERAN FAVORECER EL CONTAGIO. A TRAVÉS DE ROTAFOLIO Y DISCUSIÓN GRUPAL.

8a. *SESIÓN* SE DARÁN A CONOCER ALGUNOS SÍNTOMAS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SU DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y SUS POSIBLES CONSECUENCIAS; MEDIANTE EXPOSITIVA.

9a. *SESIÓN* SE ANALIZARÁ LA TRASCENDENCIA DE LA ENFERMEDAD, EVIDENCIANDO LOS RIESGOS QUE LA MISMA CONLLEVA, INSTÁNDOLOS A DIFUNDIR LA INFORMACIÓN QUE AHORA TIENEN A EFECTO DE FAVORECER EL CONTROL DE LA EPIDEMIA, Y PROPICIANDO EL ACERCAMIENTO DE CADA UNO DE ELLOS CON FIGURAS AFECTIVAS (PADRES, PAREJA, HIJOS, ETC.).

10a. *SESIÓN* SE APLICARÁ NUEVAMENTE EL CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO PARA EVALUAR LAS ACTITUDES ACTUALES QUE TIENEN LOS JOVENES HACIA EL SIDA. CONCLUYENDO CON LA DINÁMICA "REGALO DE ALEGRÍA".

EL ABORDAJE PRECISO DE CADA UNA DE LAS SESIONES SE ENCUENTRA CONTEMPLADO Y DESGLOSADO EN LA CARTA DESCRIPTIVA CORRESPONDIENTE.

CARTA DESCRIPTIVA

TEMA	SUBTEMA	OBJETIVO	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
INTRODUCCION	- APLICACION DE CUESTIONARIO 1. - OBJETIVO GENERAL - OBJETIVOS ESPECIFICOS - EXPECTATIVAS EN TORNO AL TEMA POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES.	EVALUACION INICIAL DE ACTITUDES SOBRE EL TEMA DAR A CONOCER EL OBJETO GENERAL Y BRINDAR UN PANORAMA SOBRE LOS TEMAS A TRATAR. EXPLORANDO LA INFORMACION CON QUE CUENTAN LOS MIEMBROS DEL GRUPO.	DINAMICAS INTEGRATIVAS	FORMATO PREIMPRESO	50 MINUTOS
IMPACTO PSICOSOCIAL DEL VIH/SIDA	- ESTIGMA-RECHAZO - MARGINACION-DISCRIMINACION - VIDA-MUERTE - ALTERNATIVAS-EXPECTATIVAS	ANALIZAR LOS NIVELES PIENSO Y HAGO CONCENTRAR EN RELACION AL IMPACTO PSICOSOCIAL QUE GENERA LA PANDEMIA	DINAMICA "FIESTA" DISCUSION EN GRUPO MAPA CONCEPTUAL "MARGINACION"	1 TARJETA (PREVIAMENTE MARCADA) POR CADA PARTICIPANTE 1 HOJA BLANCA TAM. CARTA POR CADA PARTICIPANTE MAPAS PREIMPRESOS Y DIUREX	50 MINUTOS
ORIGEN Y EVOLUCION DEL VIH/SIDA COMO PANDEMIA	- DEFINICION DE VIH Y SIDA - TEORIAS SOBRE EL ORIGEN DEL VIH/SIDA - BREVE PANORAMA EPIDEMIOLOGICO - DERECHOS HUMANOS DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA	BRINDAR INFORMACION QUE PERMITA CONOCER EL ORIGEN, EVOLUCION Y MAGNITUD DE LA PANDEMIA	CLINICA DEL RUMOR ROTAFOLIO DISCUSION EN GRUPO EVALUACION PERSONAL	5 HOJAS PAPEL BOND TAMANO CARTA ROTAFOLIO FORMATO PREIMPRESO	50 MINUTOS
DESARROLLO Y EVOLUCION DEL PADECIMIENTO	- FASES (I, II, III, IV) - SIGNOS-CARACTERISTICAS - SINTOMAS-MANIFESTACIONES - DURACION	ESTABLECER LA DIFERENCIA ENTRE PACIENTE SEROPositIVO Y PACIENTE CON SIDA.	EXPOSITIVA ROTAFOLIO DISCUSION EN GRUPO EVALUACION PERSONAL	ROTAFOLIO FORMATO PREIMPRESO	50 MINUTOS
VIAS DE TRANSMISION, PRACTICAS DE RIESGO Y SEXO SEGURO	- SANGUINEA - SEXUAL - PERINATAL - PRACTICAS DE RIESGO - SEXO SIN PRECAUCION - USO DE JERINGAS E INSTRUMENTAL MEDICO RIESGOSO - SEXO SEGURO Y PROTEGIDO (USO DEL CONDON) - COMO NO SE TRANSMITE	DAR INFORMACION QUE PERMITA IDENTIFICAR LAS VIAS DE TRANSMISION, ASI COMO LAS PRACTICAS DE RIESGO COMENTAR Y ESCLARECER LOS MITOS SOBRE LA TRANSMISION DEL VIH/SIDA. BRINDAR INFORMACION SOBRE EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD SIN RIESGO.	LLUVIA DE IDEAS EXPOSITIVA ROTAFOLIO DISCUSION EN GRUPO EVALUACION PERSONAL	ROTAFOLIO FORMATO PREIMPRESO	50 MINUTOS
PRUEBAS DE DETECCION DEL VIH/SIDA, METODOS PREVENTIVOS.	- PRUEBA DE ELISA - INMUNOFLUORESCENCIA - PREVENCIÓN	INFORMAR SOBRE LAS PRUEBAS UTILIZADAS PARA LA DETECCION DEL VIH/SIDA, ANALIZAR LOS PROS Y LOS CONTRAS DE LA APLICACION MASIVA Y OBLIGATORIA DE LAS MISMAS, Y EL PAPEL DE LA PREVENCIÓN.	EXPOSITIVA ROTAFOLIO DISCUSION EN GRUPO FOLLETO INFORMATIVO	ROTAFOLIO FOLLETO INFORMATIVO PREIMPRESO POR CADA PARTICIPANTE	50 MINUTOS
ANTICONCEPTIVOS Y SIDA	- ANTICONCEPTIVOS ORALES - ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES - DISPOSITIVO INTRAUTERINO - METODOS LOCALES	CONOCER LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS Y LOS FACTORES DE RIESGO QUE PUDIERAN FAVORECER EL CONTAGIO.	EXPOSITIVA	ROTAFOLIO	50 MINUTOS
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EL USO DEL CONDON	- CLAMIDIASIS - TRICOMONIASIS - GONORREA - SIFILIS - HERPES GENITAL - COMO UTILIZAR EL CONDON	CONOCER ALGUNOS SINTOMAS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL APRENDER A UTILIZAR CORRECTAMENTE EL CONDON	EXPOSITIVA ROTAFOLIO	ROTAFOLIO 1 CONDON-MODELO	50 MINUTOS
CONCLUSIONES	- CONCLUSIONES SOBRE EL TEMA - QUE SE HARA PARA DIVULGAR LA INFORMACION OBTENIDA - COMO ABORDARA EL TEMA CON SUS SERES QUERIDOS	ANALIZAR EN GRUPO LA TRASCENDENCIA DE LA ENFERMEDAD Y CONCIANTIZARSE SOBRE LOS RIESGOS DIFUNDIR LA INFORMACION, FAVORECIENDO LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.	DISCUSION EN GRUPO MAPA CONCEPTUAL "SIDA" "TIRO AL BLANCO"	DIUREX MAPAS PREIMPRESOS GLOBO POR CADA PARTICIPANTE 1 DARDO	50 MINUTOS
EVALUACION Y CIERRE	- APLICACION DE CUESTIONARIO FINAL SOBRE LA ACTITUD ACTUAL DEL ESTUDIANTE EN TORNO A TEMA - CIERRE DEL TALLER	EVALUACION FINAL CIERRE DE LAS ACTIVIDADES "LAS PERSONAS CON SIDA"	CUESTIONARIO INDIVIDUAL DINAMICA "REGALO DE ALEGRIA" SENSIBILIZACION	FORMATO PREIMPRESO 5 TARJETAS POR CADA PARTICIPANTE TEXTO PARA EL EXPOSITOR	50 MINUTOS

INTRODUCCIÓN

EL OBJETIVO GENERAL ES INFORMAR PARA EL CONOCIMIENTO Y EVITAR EL CONTAGIO DEL VIH, PUES LA DESINFORMACIÓN ES UNA CAUSA A LARGO TIEMPO DE POSIBLE DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD DEL SIDA.

LOS TEMAS A TRATAR SERÁN ORIENTADOS A LA PREVENCIÓN DEL SIDA, EN BASE A CUBRIR OBJETIVOS PARTICULARES COMO SON:

- CONOCER DE FORMA GENERAL LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS COMUNES.
- ANALIZAR LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN Y NO TRANSMISIÓN DEL VIH / SIDA, PRÁCTICAS DE RIESGO Y MEDIDAS PREVENTIVAS.
- RECONOCER EL IMPACTO PSICOSOCIAL QUE GENERA LA PANDEMIA.
- DISTINGUIR LA DIFERENCIA QUE EXISTE ENTRE EL VIH Y SIDA.
- ESCLARECER DUDAS EN TORNO AL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD.
- CONOCER LOS DERECHOS HUMANOS QUE TIENEN LOS PACIENTES CON VIH / SIDA.
- ANALIZAR EL DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE LAS FASES DEL PADECIMIENTO.
- CONOCER DE MANERA GENERAL LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH/SIDA.
- ESTABLECER ESTRATEGIAS QUE PERMITAN DIFUNDIR INFORMACIÓN OBJETIVA, RESPECTO A LA PANDEMIA EN SU ENTORNO.

ESTE TALLER SE LLEVARÁ A CABO CON DINÁMICAS DE GRUPOS, Y REFLEXIONES.

CREEMOS QUE PODEMOS HACER ALGO PARA COMBATIR EL MAL MEDIANTE LA INFORMACIÓN, LA FORMACIÓN, LA PREVENCIÓN, LA HIGIENE, LAS TERAPIAS ESPECÍFICAS Y LA REFLEXIÓN RESPONSABLE Y RESPONSABILIZADORA.

DINÁMICA “FIESTA”

OBJETIVO

SENSIBILIZAR AL GRUPO A PARTIR DE LA VIVENCIA IMAGINARIA DE ESTAR EN UNA SITUACIÓN DETERMINADA, MISMA QUE HASTA ESE MOMENTO SE PERCIBIA COMO LEJANA.

PROCEDIMIENTO

1. SE HACEN TANTAS TARJETAS BLANCAS COMO INTEGRANTES HAYA EN EL GRUPO.
2. LAS TARJETAS DICEN EN LETRAS DE COLOR NEGRO: “ESTA ES UNA LISTA DE LAS RELACIONES SEXUALES QUE HE TENIDO”
3. UNA TARJETA DICE “SU PRUEBA DE VIH ES POSITIVA, UD. ES SEROPOSITIVO”
4. DOS TARJETAS DICEN: “NO TUVE RELACIONES SEXUALES EN ESA FIESTA”
5. DOS TARJETAS DICEN: “UTILIZO CONDON”

MECANISMO

SE ENTREGA UNA HOJA DE PAPEL BLANCO Y UN LÁPIZ A CADA INTEGRANTE DEL GRUPO (LAS TARJETAS TODAVÍA NO SE ENTREGAN)

SE DA LA INSTRUCCIÓN DE QUE DE PIE SE PIDAN LOS NOMBRES UNOS A OTROS Y LOS VAYAN ANOTANDO EN SU HOJA, PERO SIN QUE ESTO SEA RECÍPROCO, ES DECIR, SI HAYDEÉ LE PIDE SU NOMBRE A ALICIA, ALICIA NO LE PEDIRÁ SU NOMBRE A HAYDEÉ, Y ASÍ SUCESIVAMENTE (DE 10 A 15 MINUTOS).

SE INDICA HACER UN CÍRCULO GRANDE Y EL COORDINADOR SE COLOCARÁ EN EL CENTRO DEL MISMO.

AHORA SE REPARTEN LAS TARJETAS, VOLTEADAS, QUE NO SE VEA LO QUE DICE Y SE LES PIDE NO MOSTRARLA, NI COMENTARLA CON SUS COMPAÑEROS, QUE LA VEAN Y LA GUARDEN.

UNA VEZ QUE HAN VISTO LA TARJETA Y LA HAN GUARDADO SE LES PREGUNTA: ¿QUIEN TIENE LA TARJETA QUE DICE “SU PRUEBA DE VIH ES POSITIVA, UD. ES SEROPOSITIVO”? Y SE INFORMA A LOS DEMÁS QUE ESA PERSONA ES EL PORTADOR DEL VIH.

A PARTIR DE AHÍ SE EXPLORAN LAS REACCIONES, TANTO DE EL, COMO DEL RESTO DEL GRUPO, PARTICULARMENTE, DE QUIENES TIENE ANOTADOS EN SU LISTA, QUIENES TIENEN SU NOMBRE, ETC. ESTE PASO TIENE EL OBJETO DE MOSTRAR Y VIVENCIAR COMO SE HACE LA CADENA TRANSMISORA DEL VIRUS, YA QUE TODOS ESTÁN INVOLUCRADOS, COMO SE PUEDE VER EN LAS LISTAS DE NOMBRES.

SE HACEN CUESTIONAMIENTOS DIRECTOS A CADA UNO COMO:

¿COMO TE SIENTES, PORQUE?

¿NOTIFICARIAS A TUS SERES QUERIDOS EL HECHO DE ESTAR ENFERMO?

¿COMENTARIAS O NO EL HABER ESTADO EN ESA FIESTA?

¿COMENTARIAS COMO TE INFECTASTE?

¿QUE TE GUSTARIA HACER AHORA QUE SABES QUE ESTAS INFECTADO?

UNA VEZ AGOTADA LA EXPLORACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SE PREGUNTA QUIENES TIENEN LAS TARJETAS QUE DICEN "NO TUVE RELACIONES SEXUALES EN ESA FIESTA", Y SE EXPLORAN LAS REACCIONES.

AHORA SE BUSCA A QUIENES TIENEN LAS TARJETAS QUE DICEN "USO CONDON", Y SE LES INFORMA QUE ELLOS NO ESTÁN INFECTADOS, SE VEN REACCIONES.

A PARTIR DE TODO LO ANTERIOR SE BUSCA QUE ELLOS MISMOS HABLEN Y CONCLUYAN EN CUANTO A LA IMPORTANCIA Y TRASCENDENCIA DE INFORMARSE Y SER CONSCIENTES SOBRE EL PROBLEMA QUE REPRESENTA EL VIH/SIDA.

MODELO DE TARJETAS

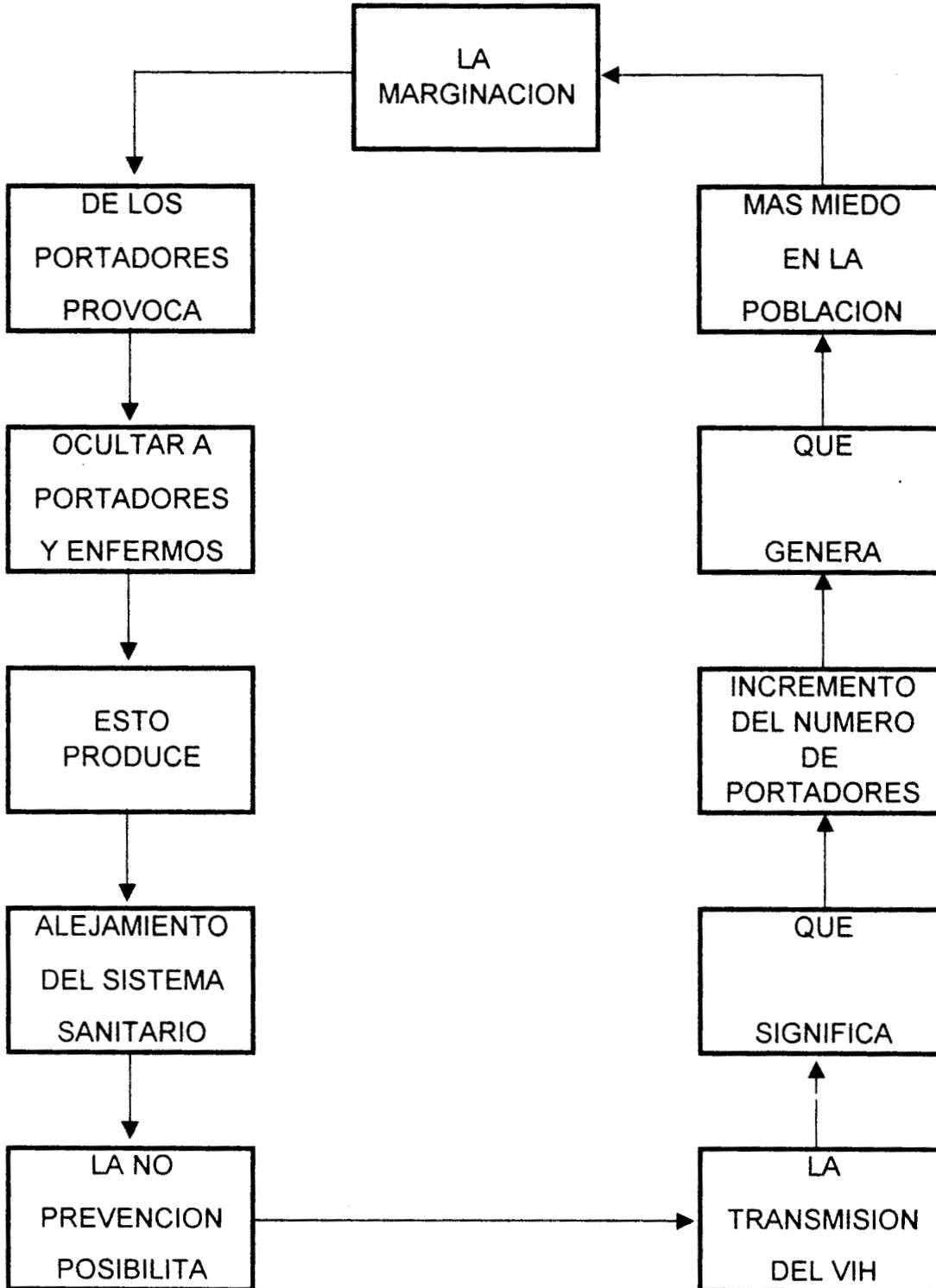
**ESTA ES UNA LISTA
DE LAS RELACIONES
SEXUALES QUE HE
TENIDO**

**SU PRUEBA DE VIH
ES POSITIVA,
UD. ES
SEROPOSITIVO**

**NO TUVE
RELACIONES
SEXUALES
EN ESA FIESTA**

UTILIZO CONDÓN

MAPA CONCEPTUAL "LA MARGINACION"



CLÍNICA DEL RUMOR

NOTA: AL TERMINO DE ESTA SESIÓN SE APLICARÁ UNA AUTOEVALUACIÓN. VER ANEXO A.

EL OBJETIVO ES DARSE CUENTA DE CÓMO SE CREAN LOS RUMORES DISTORSIONANDO LA REALIDAD, PARA LO CUAL SE PIDEN 5 VOLUNTARIOS, MISMOS QUE DEBERAN SALIR DEL SALÓN; SE LE PIDE A UNO DE LOS 5 QUE PERMANEZCA EN EL SALÓN PARA DESCRIBIR UNA SITUACIÓN CON LUJO DE DETALLES. SE ELIGE A OTRA PERSONA DEL GRUPO QUE SEA EL SECRETARIO PARA QUE ANOTE TODO LO QUE DICEN TODOS LOS DEMAS PARTICIPANTES. POR ÚLTIMO SE PIDE QUE ENTREN UNO POR UNO LOS VOLUNTARIOS, EL CUAL LE COMENTARA AL SIGUIENTE EN ENTRAR LA INFORMACIÓN QUE LE DIO LA PERSONA QUE SE ENCONTRABA ADENTRO, ASI SUCESIVAMENTE HASTA QUE ENTRE EL ÚLTIMO DE LOS QUE SALIERON.

SITUACIÓN:

IRMA LE CONTO A JULIO QUE TERMINO CON SU NOVIO, Y QUE ESTABA MUY TRISTE; JULIO SE OFRECIO A AYUDARLA, E IRMA LE PIDIO QUE TUVIERA RELACIONES SEXUALES CON ELLA, A LO QUE EL CABALLEROSAMENTE SE NEGO.

POR SU PARTE IRMA DESPUÉS LE CONTO A CARMEN LO SUCEDIDO, A LO QUE ELLA RESPONDIO QUE TAMBIÉN SE LO HABIA PEDIDO A JULIO, Y QUE QUIZÁ, SI LAS DOS SE LO PROPONIAN JUNTAS, EL ACEPTARIA.

ENTONCES, EN UNA FIESTA QUE HUBO CELEBRANDO EL DÍA DE SAN VALENTÍN, IRMA Y CARMEN LE PROPUSIERON A JULIO QUE TUVIERAN RELACIONES SEXUALES LOS TRES JUNTOS; EL NO LES RESPONDIO, PERO DESPUÉS LE CONTO A JESÚS LO SUCEDIDO, Y ESTE LE DIJO QUE A EL TAMBIÉN SE LO HABIAN PROPUESTO, PERO QUE NO HABIA ACEPTADO PORQUE UNA DE LAS DOS TIENE SIDA. JULIO TAMBIÉN SE LO CONTO A KATY Y ELLA SE LO CONTO A SU MEJOR AMIGA, QUIEN A SU VEZ NOS LO CONTO A NOSOTROS.

QUE ES EL SIDA - VIH

EL NOMBRE DE SIDA SON LAS SIGLAS DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

LO CUAL SE DERIVA DE:

SÍNDROME: ENFERMEDAD O CONDICIÓN CARACTERIZADA POR UN GRUPO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN SIMULTANEAMENTE.

INMUNO: SE REFIERE AL SISTEMA INMUNOLÓGICO, ES DECIR, AL SISTEMA DEL ORGANISMO QUE COMBATE A LAS ENFERMEDADES.

DEFICIENCIA: INDICA FALTA O AUSENCIA DE ALGO, EN ESTE CASO SE REFIERE A LA DEBILIDAD DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO.

ADQUIRIDO: QUIERE DECIR QUE NO ES UNA CONDICIÓN GENÉTICA O HEREDITARIA, SINO QUE SE ADQUIERE DESPUÉS DE LA CONCEPCIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIONES ESPECÍFICAS.

LOS DIFERENTES CONCEPTOS QUE EXISTEN SOBRE EL SIDA SON DIVERSOS A CONTINUACIÓN CITAREMOS DOS:

* CONJUNTO DE ENFERMEDADES QUE SOBREVIENTEN COMO RESULTADO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH); SE DENOMINA SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). (AIDSCOM, 1991).

* EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD QUE ATACA AL SISTEMA INMUNOLÓGICO DEBILITANDO LAS DEFENSAS NATURALES DEL ORGANISMO CONTRA MICROBIOS E INFECCIONES. ESTA ENFERMEDAD DEJA A LA PERSONA VULNERABLE A UNA VARIEDAD DE INFECCIONES Y ENFERMEDADES POTENCIALMENTE MORTALES QUE NO LO DAÑARIAN SI TUVIERA UN SISTEMA INMUNOLÓGICO SANO. (OMS)

LA DIFERENCIA QUE EXISTE ENTRE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA ES QUE UNA PERSONA PUEDE ESTAR INFECTADA POR EL VIH Y VIVIR MUCHOS AÑOS SIN PROBLEMAS MANIFIESTOS DE SALUD. EL SIDA ES LA ETAPA MAS GRAVE DE LA INFECCIÓN QUE GENERALMENTE SE PRESENTA POR VARIOS AÑOS DESPUÉS DE LA INFECCIÓN DEL VIH.

EL VIRUS SE REPLICA DENTRO DEL ORGANISMO, AFECTANDO A LAS CÉLULAS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO, ES DECIR, UNA DESTRUCCIÓN PROGRESIVA DEL SISTEMA INMUNITARIO O DEFENSIVO, POR LO QUE BAJAN LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO, HACIÉNDOLO QUE SE PRESENTEN MANIFESTACIONES ESPECÍFICAS, COMO SON: SÍNDROME DE DESGASTE FÍSICO, INFECCIONES OPORTUNISTAS GRAVES Y DE DIFÍCIL TRATAMIENTO O RECURRENTES Y EN DIFERENTES PARTES DEL CUERPO COMO BOCA, PIEL, VÍAS RESPIRATORIAS, VÍAS DIGESTIVAS, OJOS, ETC.

LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO SE ENCUENTRAN EN LOS LEUCOCITOS O GLOBULOS BLANCOS DE LA SANGRE. EN EL SIDA ESPECIALMENTE EN LOS LINFOCITOS.

EL VIRUS DEL SIDA ATACA A LOS LINFOCITOS T, LOS PRIMEROS EN DEFENDER. LOS LINFOCITOS B PRODUCEN LOS ANTICUERPOS. TODO ESTE SISTEMA DE LINFOCITOS T Y B ESTA CONTROLADO Y DIRIGIDO POR LOS LINFOCITOS T4, Y LA DEPRESIÓN DEL COCIENTE T4 ES EL PUNTO REFERENCIAL A LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.

EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ES UN MICROORGANISMO O AGENTE INFECCIOSO DE LOS MAS PEQUEÑOS QUE SE CONOCEN, ES POR ELLO QUE NO SE PUEDE DISTINGUIR CON UN MICROSCOPIO DE LUZ, SINO CON UNO ELECTRÓNICO.

DENTRO DE SUS CARACTERÍSTICAS SE HA ENCONTRADO QUE SU ÚNICA FORMA DE SOBREVIVIR ES ALOJÁNDOSE DENTRO DE UN ORGANISMO VIVO (CÉLULA). FUERA DE ELLA VIVE MUY POCAS HORAS, ADEMÁS LOS AGENTES QUÍMICOS COMO EL CLORO, ÉTER, ALCOHOL O TEMPERATURAS MAYORES A 56 GRADOS CENTÍGRADOS ACABAN CON EL. PARA REPRODUCIRSE DEBE ESTAR DENTRO DE UNA CÉLULA VIVA Y NO TIENE NINGÚN SISTEMA DE LOCOMOCIÓN, POR LO QUE NO CAMINA, NI VUELA, NI PUEDE TRASLADARSE SOLO DE UN LADO A OTRO, POR LO TANTO PARA PASAR DE UN ORGANISMO A OTRO Y PODER INFECTAR, NECESITA HACERLO DENTRO DE UNA CÉLULA VIVA Y CONTAR CON UNA VÍA DE ENTRADA (HERIDA, MUCOSA O VASO SANGUÍNEO).

LA INFECCIÓN POR VIH SE CARACTERIZA POR LA INCAPACIDAD DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO (ENCARGADO DE LA DEFENSA CONTRA INFECCIONES) PARA RESPONDER EFICAZMENTE A CUALQUIER AGENTE PATÓGENO QUE LO ATAQUE, Y QUE USUALMENTE SON INOFENSIVOS PARA UNA PERSONA SANA.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

LA ENFERMEDAD SE DESCUBRIO EN 1981, REPORTÁNDOSE LOS PRIMEROS CASOS EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMÉRICA, SE DIERON UNA SERIE DE ESPECULACIONES SOBRE EL ORIGEN DE EL VIH.

EXISTEN VARIAS TEORIAS RESPECTO AL TEMA, TALES COMO QUE SE CREO EN UN LABORATORIO COMO PARTE DE LA GUERRA BACTERIOLÓGICA; QUE SE ESCAPO DE UN LABORATORIO DONDE SE ESTUDIABA UN TRATAMIENTO PARA EL PALUDISMO; Y/O QUE DEBIDO A QUE ES UN VIRUS MUY SEMEJANTE AL QUE POSEE EL MONO VERDE DE ÁFRICA, PASO AL HOMBRE HACE 40 A 100 AÑOS ADAPTÁNDOSE A SU ORGANISMO HASTA PODER AFECTARLO; ACTUALMENTE SOLO PUEDE AFECTAR A HUMANOS.

LAS DOS PRIMERAS TEORIAS SE DESECHAN POR FALTA DE EVIDENCIA, ACEPTÁNDOSE COMO POSIBLE LA TERCERA POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

1. LA SEMEJANZA ESTRUCTURAL ENTRE EL VIRUS DEL MONO VERDE Y EL QUE AFECTA AL HOMBRE;
2. LOS TIPOS MAS ANTIGUOS DE VIRUS SE ENCUENTRAN EN LA MISMA ZONA QUE HABITA EL MONO VERDE; Y
3. LOS CASOS MAS ANTIGUOS DE LA ENFERMEDAD SE ENCONTRARON EN LA MISMA ZONA.

PARECE PUES, HABER POCA DUDA DE QUE LA EPIDEMIA DEL VIH SE ORIGINÓ EN ÁFRICA, LOS DATOS APUNTAN A ESTE ORIGEN, DE DONDE PUDO HABER PASADO AL CARIBE Y EUROPA, DISEMINÁNDOSE POSTERIORMENTE A TRAVÉS DE PLASMA SANGUÍNEO Y EN POBLACIONES HOMOSEXUALES PROMISCUAS.

EXISTEN ESTUDIOS DE SUEROS SANGUÍNEOS DONDE DESDE LA DÉCADA DE LOS CINCUENTA SE ENCONTRARON ANTICUERPOS CONTRA EL VIH; POSTERIORMENTE SE CONOCEN CASOS DE MUERTE POR ENFERMEDAD MUY PARECIDA AL SIDA, PERO TODAS ESAS PERSONAS MURIERON SIN DIAGNÓSTICO PRECISO.

DESDE 1978 SE TUVIERON NOTICIAS DE CASOS QUE APARECIERON EN LOS E.U.A. EN HOMBRES HOMOSEXUALES JOVENES CON SARCOMA DE KAPOSI; SE SOSPECHO QUE LA CAUSA ESTABA ASOCIADA CON LAS RELACIONES HOMOSEXUALES. MAS TARDE, CURRANT Y COLS. SE DIERON CUENTA DE QUE HABIA VARIOS PACIENTES ADICTOS A DROGAS INTRAVENOSAS Y HEMOFÍLICOS QUE PRESENTABAN LA ENFERMEDAD, LO QUE SUPONIA QUE EL AGENTE PATÓGENO SE TRANSMITIA TAMBIÉN POR SANGRE O PRODUCTOS DE ESTA.

EL DR. LUC MONTAGNIER EN EL INSTITUTO PASTEUR DE FRANCIA, Y DESPUÉS EL DR. GALLO EN BOSTON (EUA), INICIARON EL AISLAMIENTO DEL VIRUS, CONSIGUIÉNDOLO EN OTOÑO DE 1982. EL DESCUBRIMIENTO SE ATRIBUYE AL DR. MONTAGNIER.

EN MAYO DE 1983 LOS CIENTÍFICOS DEL INSTITUTO PASTEUR DE PARÍS DESCUBRIERON POR PRIMERA VEZ UN VIRUS AL QUE DENOMINARON LAV (VIRUS ASOCIADO A LINFADENOPATIA). FUE A PRINCIPIOS DE 1984, CUANDO EN LOS E.U.A. PUBLICARON UN INFORME SOBRE EL VIRUS QUE DENOMINARON HUMAN INMUNODEFICIENCIA VIRUS III. AMBOS ERAN EL MISMO VIRUS QUE HOY SE CONOCE COMO VIH.

LOS PRIMEROS SUJETOS AFECTADOS FUERON LOS HOMOSEXUALES, DESPUÉS SE GENERALIZO A LOS HETEROSEXUALES.

EN MÉXICO, EL PRIMER CASO FUE REPORTADO EN LA CIUDAD DE MÉXICO EN EL AÑO DE 1983, EN EL PABELLÓN DE NEUMOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL PERTENECIENTE AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

SEGÚN DATOS DE CONACIDA, MÉXICO PRESENTA, DE 1983 A ENERO DE 1996, APROXIMADAMENTE 20,000 CASOS. ESTA CANTIDAD UBICABA A NUESTRO PAÍS EN 1996 EN EL SEGUNDO LUGAR DE AMÉRICA LATINA Y DÉCIMO EN EL MUNDO.

EN NUESTRO PAÍS, EL MAYOR NÚMERO DE CONTAGIOS SE DA EN LA REGION CENTRO, LA ENTIDAD FEDERATIVA MAS AFECTADA ES EL DISTRITO FEDERAL. LE SIGUEN BAJA CALIFORNIA Y JALISCO. LOS ESTADOS CON MENOR ÍNDICE SON GUANAJUATO, DURANGO Y CHIAPAS.¹

EN EUROPA ES ESPAÑA EL PAÍS CON MAYOR ÍNDICE DE AFECTADOS DECLARADOS EN 1994.

EXISTEN DOS VIRUS PARECIDOS:

VIH 1, PROPIO DEL SIDA QUE AFECTA A LOS HUMANOS.

VIH 2, PROPIO DE LOS PRIMATES SALVAJES AFRICANOS QUE PUEDEN PRODUCIR SIDA EN LOS HOMBRES, AUNQUE ES MUY DIFÍCIL. SE HAN AISLADO EN ALGUNAS PROSTITUTAS DE ORIGEN AFRICANO.

ESTOS DOS VIRUS SE PARECEN ENTRE SI A NIVEL GENÉTICO EN UN 50%

¹ FUENTE. BASE DE DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

DERECHOS HUMANOS DE LA POBLACIÓN CON SIDA

- 1 LA LEY PROTEGE A TODOS LOS INDIVIDUOS POR IGUAL; EN CONSECUENCIA, NO DEBEN SUFRIR DISCRIMINACIÓN DE NINGÚN TIPO.
- 2 NO SE ESTA OBLIGADO A SOMETERSE A LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DEL VIH NI A DECLARAR QUE SE VIVE CON EL, O INCLUSO QUE SE HA DESARROLLADO EL SIDA.
- 3 SE TIENE DERECHO A QUE LA PRUEBA SEA ANÓNIMA, Y QUE LOS RESULTADOS DE LA MISMA SEAN CONSERVADOS CON ABSOLUTA DISCRECION.
- 4 EN NINGÚN CASO PUEDEN SER OBJETO DE DETENCIÓN FORZOSA, AISLAMIENTO, SEGREGACIÓN SOCIAL O FAMILIAR POR VIVIR CON VIH O HABER DESARROLLADO SIDA.
- 5 NO PUEDE RESTRINGIRSE SU LIBRE TRÁNSITO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.
- 6 SI SE DESEA CONTRAER MATRIMONIO NO SE LE PODRÁ OBLIGAR A SOMETERSE A NINGUNA DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DEL VIH.
- 7 NO SE PODRÁ DESPEDIR DE SU EMPLEO A LOS SEROPOSITIVOS O ENFERMOS DE SIDA.
- 8 NO SE LES PODRÁ NEGAR EL DERECHO A SUPERARSE MEDIANTE LA EDUCACIÓN FORMAL O INFORMAL QUE SE IMPARTE EN INSTITUCIONES PÚBLICAS O PRIVADAS.
9. SE TIENE DERECHO A ASOCIARSE LIBREMENTE CON OTRAS PERSONAS O AFILIARSE A INSTITUCIONES QUE TENGAN COMO FINALIDAD LA PROTECCIÓN DE LOS INTERESES DE QUIENES VIVEN CON VIH O HAN DESARROLLADO SIDA.
- 10 VIVIR CON VIH NO ES UN IMPEDIMENTO PARA EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD.
11. AL SOLICITAR EMPLEO NO PODRAS SER OBLIGADO A SOMETERTE A NINGUNA DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN.
12. TIENEN DERECHO A BUSCAR, RECIBIR Y DIFUNDIR INFORMACIÓN PRECISA Y DOCUMENTADA SOBRE LOS MEDIOS DE PROPAGACIÓN DEL VIH Y LA FORMA DE PROTEGERSE.
- 13 TIENEN DERECHO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA Y SOCIAL QUE TENGAN COMO OBJETIVO MEJORAR LA CALIDAD Y TIEMPO DE VIDA.
- 14 TIENEN DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA DIGNA, Y SU HISTORIAL MÉDICO DEBERA MANEJARSE EN FORMA CONFIDENCIAL.
- 15 TIENEN DERECHO A UNA MUERTE Y SERVICIO FUNERARIO DIGNOS.

EL VIRUS DEL SIDA EN EL ORGANISMO ETAPAS DE EVOLUCIÓN DEL VIH/SIDA

NOTA: AL TERMINO DE ESTA SESIÓN SE APLICARÁ UNA AUTOEVALUACIÓN. VER ANEXO B.

EL VIRUS DEL SIDA SE INTRODUCE EN EL TORRENTE SANGUÍNEO, CONSIGUIENDO ASÍ INTRODUCIRSE EN EL INTERIOR DE LOS LINFOCITOS T4 DONDE PERMANECE SIN MANIFESTACIONES EXTERNAS DURANTE LARGO TIEMPO.

LAS CÉLULAS T4 INFECTADAS SE TRANSMITEN A OTRAS PERSONAS MEDIANTE TRANSFUSIONES DE SANGRE O LAS SECRECIONES SEXUALES. TAMBIÉN INFECTA EN EL ORGANISMO A OTROS GLOBULOS BLANCOS COMO LOS MACROGAGOS

LAS MANIFESTACIONES EXTERNAS DE LA ENFERMEDAD DEL SIDA SE HACEN VER CUANDO GRAN NÚMERO DE LEUCOCITOS ESTAN INFECTADOS Y DESTRUIDOS Y LAS DEFENSAS INMUNITARIAS DEL ORGANISMO SE HALLAN DEBILITADAS; ESTE DEBILITAMIENTO DEL ORGANISMO Y BAJA DE DEFENSAS, ES APROVECHADO POR VIRUS, MICROBIOS, BACTERIAS, HONGOS, ETC. , PARA INTRODUCIRSE, TAMBIÉN, EN EL ORGANISMO HUMANO.

POR OTRA PARTE ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LA DIFERENCIA ÉNTRE SEROPOSITIVO Y ENFERMO DE SIDA. EL "SEROPOSITIVO" SE REFIERE A PORTAR EN EL ORGANISMO EL VIH, SIN PRESENTAR MANIFESTACIONES; Y DESARROLLAR SIDA IMPLICA PRESENTAR LAS MANIFESTACIONES CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD COMO EL SARCOMA DE KAPOSI.

LA INCERTIDUMBRE REPRESENTA UN PAPEL PRIMORDIAL EN LA EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSICOLOGICOS, SE CLASIFICA A LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH, DE ESTA FORMA:

1. INFECCIÓN AGUDA O CONTAGIO
2. INFECCIÓN ASINTOMÁTICA, PORTADOR ASINTOMÁTICO
3. LINFADENOPATIA GENERALIZADA PERSISTENTE (CRECIMIENTO DE LOS GANGLIOS EN TODO EL CUERPO.
4. SIDA

LOS SÍNTOMAS TIENEN DIFERENCIAS PARTICULARES: EL GRUPO CON MAYOR ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, ASI COMO CON UNA INTENSA NEGACIÓN, ES EL DE PACIENTES SEROPOSITIVOS ASINTOMÁTICOS CON LINFADENOPATIA GENERALIZADA. ESTO SE ENTIENDE POR LA GRAN INCERTIDUMBRE ACERCA DEL FUTURO EN CUANTO A LO SOCIAL, AL TRATAMIENTO Y A LAS EXPECTATIVAS DE VIDA.

LOS PACIENTES SEROPOSITIVOS SINTOMÁTICOS PRESENTAN MECANISMOS DE ADAPTACIÓN QUE LES FACILITAN POSPONER LA CONFRONTACIÓN CON EL FUTURO, DE TAL MANERA QUE SE INSTAURA UNA SITUACIÓN ESPERANZADA QUE AYUDA A LA CONSERVACIÓN DE UNA HOMEOSTASIS² PSICOLÓGICA.

LOS PACIENTES CON SIDA SE ENFRENTAN BÁSICAMENTE A DOS SITUACIONES QUE SON COMUNES A QUIENES PRESENTAN UNA ENFERMEDAD TERMINAL HABITUAL; ESTAS SON LAS EXPECTATIVAS DE PRONÓSTICO, MERCED AL TRATAMIENTO, Y LA CONFRONTACIÓN CON LA POSIBLE MUERTE.

² CONSERVACIÓN DE LA ESTABILIDAD.

MANIFESTACIONES EXTERNAS DE LA ENFERMEDAD

PRIMAINFECCIÓN

LA INFECCIÓN SE PRODUCE DE LAS 3 SEMANAS A 6 MESES DESPUÉS DEL CONTAGIO, ANTES NO SE PUEDE DETECTAR SI NO ES CON ANÁLISIS CLÍNICOS. SI RESULTAN POSITIVAS LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN SE HACEN PORTADORES SEROPOSITIVOS; CONVIENE REPETIR LAS PRUEBAS AL MEDIO AÑO, PARA MAYOR SEGURIDAD E INFORMACIÓN, DESPUÉS YA NO ES NECESARIO REPETIR LA PRUEBA.

EVOLUCIÓN

EL PERIODO DE LATENCIA -SÍNTOMAS MENORES- DEL VIRUS EN EL PORTADOR ES DE SEIS MESES A 10 AÑOS, APROXIMADAMENTE.

FASE FINAL

LA ENFERMEDAD SE DESARROLLA GENERALMENTE A PARTIR DE LOS 10 AÑOS DE ADQUIRIDO EL VIH.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- AUMENTO DE TAMAÑO DE LOS GANGLIOS
- PERDIDA SUPERIOR AL 10% DEL PESO CORPORAL
- FIEBRE
- SUDORACIÓN NOCTURNA
- FORMAS GRAVES DE HERPES
- DIARREA PERSISTENTE Y ABUNDANTE
- LINFOMAS O SARCOMA DE KAPOSI (TUMOR CANCEROSO)
- AFECTACIONES PULMONARES

UNO DE LOS SIGNOS DE SITUACIÓN GRAVE O MUY GRAVE ES EL BAJO PORCENTAJE DE LINFOCITOS T4. ESTE ES COMO EL "TERMÓMETRO" O UNIDAD DE MEDIDA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.

COMO SE TRANSMITE EL SIDA

NOTA: AL TERMINO DE ESTA SESIÓN SE APLICARÁ UNA AUTOEVALUACIÓN. VER ANEXO C.

DINÁMICA “LLUVIA DE IDEAS”

SE INVITA A LOS PARTICIPANTES A DAR SU OPINIÓN SOBRE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH, ASÍ COMO LAS PRÁCTICAS DE RIESGO EN LAS QUE INCURREN LOS ADOLESCENTES; SE RETOMAN LAS IDEAS DE CADA UNO DE LOS ASISTENTES, ANOTÁNDOLAS EN EL PIZARRÓN, CON EL FIN DE OBSERVAR LA CANTIDAD Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN CON QUE CUENTAN SOBRE EL TEMA A TRATAR.

SE PROCEDE A HACER ALUSIÓN A LA INFORMACIÓN RECOPIADA EN EL PIZARRÓN, COMENTANDO Y ESCLARECIENDO LOS MITOS EXISTENTES OBSERVADOS DURANTE LA DINÁMICA.

SE CIERRA LA DINÁMICA CON UNA DISCUSIÓN EN GRUPO DONDE SE BUSCARA UNA CONCLUSIÓN GRUPAL A LOS TEMAS EXPUESTOS, BUSCANDO EL ORIGEN DE LA INFORMACIÓN ERRONEA CON LA QUE CONTABA CADA UNO DE LOS PARTICIPANTES.

TRANSMISIÓN

COMO YA SE HA DICHO, EL VIH NECESITA UN ORGANISMO VIVO PARA PODER SOBREVIVIR, Y LO HACE PRINCIPALMENTE EN LOS LINFOCITOS QUE SE ENCUENTRAN EN GRANDES CONCENTRACIONES EN:

SANGRE
LÍQUIDO PREEYACULATORIO
FLUÍDOS VAGINALES
LECHE MATERNA

PARA CONTRAER LA INFECCIÓN HAY QUE ESTAR EXPUESTO AL VIRUS, PERO LA EFICACIA DE LA TRANSMISIÓN ES VARIABLE. EL MODO DE TRANSMISIÓN DEL VIH ES DIRECTO, ES ASÍ QUE HASTA HOY SE RECONOCEN 3 MECANISMOS O VÍAS DE TRANSMISIÓN PARA EL VIH: TRANSMISIÓN SEXUAL, TRANSMISIÓN A TRAVÉS DE SANGRE Y HEMODERIVADOS, Y TRANSMISIÓN PERINATAL.

TRANSMISIÓN SEXUAL

LA INFECCIÓN PUEDE OCURRIR POR PRÁCTICA HOMOSEXUAL, HETEROSEXUAL Y BISEXUAL. EL VIRUS EN EL HOMBRE ESTA PRESENTE EN EL ESPERMA Y EN LAS SECRECIONES PROSTÁTICAS. EN LA MUJER SE HAYA EN LAS SECRECIONES DEL CUELLO UTERINO Y DE LA VAGINA, ASÍ COMO EN LA SANGRE DE LA MENSTRUACIÓN Y EN LA LECHE MATERNA. SE DEBEN CONSIDERAR VARIAS CONDICIONES PARA UN POSIBLE CONTAGIO; SIN EMBARGO, TODA PRÁCTICA SEXUAL SIN PROTECCIÓN CON UNA PERSONA SUSCEPTIBLE DE ESTAR INFECTADA, REPRESENTA UN RIESGO.

TIPOS DE COITO:

ANAL: SIN CONDÓN Y CON PRESENCIA DE SEMEN, LÍQUIDO PREEYACULATORIO Y/O SANGRE, ES LA PRÁCTICA DE MAYOR RIESGO YA QUE NI EL ANO NI EL RECTO ESTAN PREPARADOS PARA RECIBIR UNA PENETRACIÓN. LA PRÁCTICA DE ESTE TIPO DE COITO REPRESENTA MAYOR RIESGO QUE LA VAGINAL, POR LAS CARACTERÍSTICAS ANATOMOFISIOLÓGICAS DE LAS MUCOSAS ANAL Y VAGINAL RESPECTIVAMENTE.

VAGINAL: SIN CONDÓN Y CON POSIBLE PRESENCIA DE LÍQUIDO PREEYACULATORIO, SEMEN, SECRECIONES VAGINALES O SANGRE ES PRÁCTICA DE RIESGO, YA QUE LOS FLUIDOS VAGINALES Y EL SEMEN PRESENTAN SUFICIENTE CONCENTRACIÓN DEL VIH PARA PRODUCIR INFECCIÓN, ADEMÁS LA PRESENCIA DE HERIDAS PUEDEN FAVORECER LA ENTRADA O SALIDA DEL VIRUS. ES IMPORTANTE RESALTAR QUE LAS PAREDES DE LA VAGINA PRESENTAN CÉLULAS QUE PERMITEN LA ENTRADA DEL VIH Y QUE LA MUCOSA DEL GLANDE Y LA URETRA PUEDEN PERMITIR LA ENTRADA DEL VIRUS AL TORRENTE CIRCULATORIO.

ORAL: SIN BARRERAS PROTECTORAS Y CON PRESENCIA DE LÍQUIDOS CONTAMINANTES ES PRÁCTICA DE RIESGO, AUNQUE NO BIEN DETERMINADO, DADO QUE LA MUCOSA BUCAL NO ES RECEPTORA DEL VIRUS, PERO LA EXISTENCIA DE HERIDAS EN LA BOCA, CON FRECUENCIA EN LAS ENCÍAS, PUEDE SER VÍA DE ENTRADA O SALIDA DEL VIRUS; CABE DESTACAR QUE LA SALIVA CONTIENE ENZIMAS QUE INACTIVAN EL VIRUS.

TRANSMISIÓN A TRAVÉS DE SANGRE Y HEMODERIVADOS

EL VIH ES TRANSMITIDO POR VÍA SANGUÍNEA DE TRES FORMAS PRINCIPALES

- TRANSMISIÓN DE SANGRE
- INYECCIONES INTRAVENOSAS
- HERIDAS CON OBJETOS CONTAMINADOS

TRANSMISIÓN PERINATAL

SE CONSIDERA QUE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE UNA MADRE A SU HIJO PUEDE OCURRIR EN TRES MOMENTOS DISTINTOS:

- TRANSPLACENTARIA.- DURANTE EL EMBARAZO, A TRAVÉS DE LA PLACENTA O CORDÓN UMBILICAL
- DURANTE EL PARTO.- POR CONTACTO CON FLUÍDOS VAGINALES
- POST-PARTO.- POR MEDIO DE LA LECHE MATERNA

UNO DE LOS GRANDES AVANCES EN ESTE CAMPO, ES EL ESTABLECIMIENTO DE TRATAMIENTO A LA MUJER EMBARAZADA CON ZIDOVUDINA, LO QUE HA PERMITIDO DESCENDER LA TASA DE TRANSMISIÓN PERINATAL A MENOS DEL 10%; SIN EMBARGO NO SE SABE (TODAVÍA) EL PORQUE EL VIRUS SE TRANSMITE AL NIÑO SOLO EN ALGUNOS EMBARAZOS.

COMO NO SE TRANSMITE EL SIDA

CUANDO LO ENCONTRAMOS EN SALIVA, LÁGRIMAS, ORINA O SUDOR PIERDE SU PODER INFECTANTE, YA QUE LAS CONDICIONES DE ESTOS LÍQUIDOS LO INACTIVAN Y NO SE ENCUENTRA EN LA SUFICIENTE CANTIDAD PARA PROVOCAR INFECCIÓN.

DE ESTA FORMA NO HAY RIESGO DE CONTAGIO POR:

- CONTACTO CASUAL
- COMPARTIR ALIMENTOS
- SALUDAR DE MANO
- COMPARTIR INSTALACIONES SANITARIAS O ALBERCAS
- COMPARTIR UTENSILIOS DE COCINA
- COMPARTIR ROPA INTERIOR
- COMPARTIR EL MISMO SITIO DE TRABAJO
- COMPARTIR TRANSPORTE
- ABRAZARSE
- BESARSE
- PICADURAS DE INSECTOS
- DONACION DE SANGRE CON INSTRUMENTOS NUEVOS Y ESTERILIZADOS

CONSIDERACIONES ADICIONALES:

- NO HAY CONTAMINACIÓN NI POR BESOS PROFUNDOS, MASTURBACIÓN, O RELACIONES ORO-GENITALES, EXCEPTO CUANDO EXISTEN HERIDAS ABIERTAS.
- AUNQUE LAS LÁGRIMAS Y LA SALIVA CONTIENEN VIRUS NO SE CONOCE NINGÚN CASO DE CONTAMINACIÓN POR ESTE MEDIO.
- LOS ANIMALES DOMÉSTICOS NO TRANSMITEN LA ENFERMEDAD.
- EXISTE UNA DIFERENCIA ENTRE SEXO SEGURO Y SEXO PROTEGIDO, EL PRIMERO SE REFIERE SOLO AL SEXO SIN PENETRACIÓN, NI INTERCAMBIO DE SECRECIONES; EL SEGUNDO SE REFIERE AL SEXO UTILIZANDO CONDÓN.

PRUEBAS QUE DETECTAN VIH/SIDA

EXISTEN PRUEBAS QUE DETECTAN LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS GENERADOS POR EL PACIENTE EN RESPUESTA A LA INFECCIÓN VIRAL, MOSTRÁNDOSE ASÍ, DE MANERA INDIRECTA LA PRESENCIA DEL VIH EN EL ORGANISMO.

LAS PRUEBAS MÁS UTILIZADAS SON:

1. ELISA
2. WERTERN BLOT
3. INMUNOFLUORESCENCIA

ELISA

ESTA ES LA LLAMADA PRUEBA DIAGNÓSTICA, SUS SIGLAS EN INGLES (ENZIME LINKED SORBENT-ASSAY) SIGNIFICAN "ESTUDIO INMUNOENZIMATICO". SE EMPLEA COMO PRIMERA TÉCNICA PARA EL ESTUDIO DE POBLACIONES DE RIESGO, DONANTES DE SANGRE Y POBLACIÓN EN GENERAL. ESTA PRUEBA PERMITE GRAN SENSIBILIDAD, CONFIABILIDAD Y REPRODUCIBILIDAD PRÁCTICA (99.9%), AUNQUE HAY POSIBILIDAD DE 0.1% DE ERROR. SOLO SE REQUIEREN 5 ml. DE SANGRE PARA SU APLICACIÓN, Y SE APLICA ENTRE 3 Y 6 MESES DESPUÉS DEL CONTAGIO INICIAL, POR LO TANTO SE RECOMIENDA REALIZAR UNA PRUEBA ENTRE LOS 6 Y LOS 12 MESES DESPUÉS DE HABER REALIZADO UNA PRÁCTICA DE RIESGO, SI SE SOSPECHA LA POSIBILIDAD DE CONTAGIO.

WERTERN BLOT

ES UNA PRUEBA CONFIRMATORIA, EN LA QUE NO HAY FALSOS POSITIVOS Y SIRVE PARA IDENTIFICAR DISTINTOS GRUPOS DE ANTICUERPOS FRENTE A PROTEÍNAS ESPECÍFICAS DEL VIRUS. SU RESULTADO ES CONTUNDENTE. SOLO SE REQUIEREN 5 ml. DE SANGRE PARA SU APLICACIÓN.

INMUNOFLUORESCENCIA

PRUEBA CONFIRMATORIA QUE DETECTA LAS CÉLULAS "T" INFECTADAS, RECONOCIENDO LA UNIÓN DE ANTIGENO CUERPO POR MEDIO DE UNA ANTIGLOBULINA HUMANA MARCADA CON REACTIVO FLUORESCENTE. PERO ESTA PRUEBA NO ESTA EN USO ACTUALMENTE, YA QUE PRESENTA PROBLEMAS DE INTERPRETACIÓN.

PARA CONSIDERAR A UNA PERSONA COMO PORTADORA DEL VIRUS DEL SIDA, SE DEBERAN REALIZAR DOS PRUEBAS DE ELISA CON RESULTADO POSITIVO, COMPLEMENTADAS CON UN EXAMEN CONFIRMATORIO COMO WESTERN BLOT CON RESULTADO POSITIVO.

PREVENCIÓN

LA PREVENCIÓN ES LA ÚNICA MANERA DE EVITAR EL SIDA, PARA ELLO HABRA QUE TOMAR MEDIDAS COMO:

- MANTENER RELACIONES SEXUALES PROTEGIDAS (CON CONDON)
- TENER SOLO UNA PAREJA, SEXUALMENTE HABLANDO (A MENOS CONTACTOS, MENOS RIESGO)
- EVITAR RELACIONES SEXUALES CON DISTINTOS COMPAÑEROS Y COMPAÑERAS, PUES ESTO REPRESENTA UN RIESGO ELEVADO
- CONSIDERAR SI LA PAREJA SEXUAL HA UTILIZADO DROGAS INTRAVENOSAS, SI RECIBIO ALGUNA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, O SI HA TENIDO DIVERSAS PAREJAS SEXUALES.
- SABER SI LA PAREJA ACTUAL HA TENIDO PRÁCTICAS DE RIESGO
- UTILIZAR ÚNICAMENTE JERINGAS Y/O MATERIAL QUIRURGICO ESTERILIZADO
- RECIBIR SOLO SANGRE DE LOS BANCOS RECONOCIDOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD. SE PUEDE ESTAR SEGURO DE QUE LA SANGRE ESTA ANALIZADA, SI EL PAQUETE QUE LA CONTIENE PRESENTA LA ETIQUETA VERDE FOSFORESCENTE QUE GARANTIZA ESTAR LIBRE DE SIFILIS, HEPATITIS B, Y SIDA.
- NO HACER PACTOS DE SANGRE
- NO COMPARTIR CEPILLOS DE DIENTES, RASTRILLOS O CUALQUIER OBJETO PUNZO-CORTANTE
- LAS MADRES SEROPOSITIVAS DEBEN EVITAR LACTAR A SUS HIJOS
- CON LAS NUEVAS PAREJAS SEXUALES ACLARAR, DE MANERA POSITIVA, QUE DESEA SOLAMENTE SEXO SEGURO Y/O PROTEGIDO.

HABRA QUE PONER ESPECIAL ATENCIÓN EN LA PREVENCIÓN A LA TRANSMISIÓN SEXUAL, PARA LO CUAL SE DEBEN SEGUIR LAS SIGUIENTES ESPECIFICACIONES:

- PENETRACIÓN ANAL O VAGINAL USANDO CONDON
- METER DEDOS EN LA VAGINA O EL ANO CON CONDON
- NO TRAGAR SEMEN, FLÚIDOS VAGINALES O MENSTRUALES, LÍQUIDO PREEYACULATORIO MASCULINO O EYACULATORIO FEMENINO, ASI COMO SANGRE, ORINA O EXCREMENTO.

SIDA

EL EXAMEN ¿PARA QUÉ?

LA PRUEBA PARA DETECTAR INFECCIÓN POR EL VIRUS CAUSANTE DEL SIDA

LA DETECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SE LLEVA A CABO A TRAVÉS DE UNA PRUEBA DE SANGRE, CON LA CUAL SE DETECTAN ANTICUERPOS (QUE EL INDIVIDUO INFECTADO HA DESARROLLADO) CONTRA ESTE VIRUS.

¿CUALES SON LOS PASOS A SEGUIR?

EXISTEN PRÁCTICAS DE RIESGO QUE PUEDEN FAVORECER LA TRANSMISIÓN DEL VIH PARA EVITAR POSIBLES INFECCIONES SE RECOMIENDA EL SEXO MAS SEGURO, EN EL QUE NO HAY PENETRACIÓN; EN CASO DE HABERLA, ES NECESARIO USAR EL CONDÓN, QUE RESULTA UN MEDIO EFICAZ DE IMPEDIR EL ACCESO DEL VIRUS AL CUERPO, SIN EMBARGO, SI POR ALGUNA RAZÓN CREE QUE EL VIH ENTRA YA A TU ORGANISMO, AL HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN (CON MÚLTIPLES PAREJAS O EN ENCUENTROS CASUALES), EN UNA TRANSMISIÓN DE SANGRE NO ANALIZADA, O AL COMPARTIR AGUJAS Y JERINGAS NO ESTERILIZADAS, ES RECOMENDABLE QUE TE HAGAS EL EXAMEN DE DETECCIÓN DEL VIRUS.

UNA VEZ TOMADA LA DECISIÓN, SELECCIONA EL SITIO EN QUE TE PRÁCTICARAS LA PRUEBA, LA SECRETARÍA DE SALUD CUENTA CON LOS LABORATORIOS EN EL PAÍS EN LOS CUALES SE OBRERA LA PRUEBA GRATUITA. PARA MAYOR INFORMACIÓN ACUDE AL CENTRO DE SALUD O CLÍNICA MAS CERCANOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO, LLAMA O ACUDE A LOS CENTROS NACIONALES DE INFORMACIÓN SOBRE SIDA, (FLORA Y COPILCO).

SOLICITA UNA CITA, A LA QUE DEBERAS ACUDIR PUNTUALMENTE. SE TE ENTREVISTARA PARA DETERMINAR SI ESTAS PSICOLÓGICAMENTE PREPARADO (A) PARA CONOCER EL RESULTADO. EN CASO CONTRARIO, RECIBIRAS ORIENTACIÓN Y APOYO.

UNA VEZ REALIZADO LO ANTERIOR SE TE TOMARA UNA MUESTRA DE SANGRE UTILIZANDO EQUIPO ESTERIL Y DESECHABLE, LA CANTIDAD DE SANGRE ES DE APROXIMADAMENTE 5 ML. (EQUIVALENTE A UNA CUBIARADITA CAJETERA). A TU MUESTRA, LE SERA ASIGNADO UN NÚMERO DE CLAVE, O SI LO PREFERES PUEDES PROPORCIONAR TU NOMBRE.

QUINCE DÍAS DESPUÉS DE LA TOMA DE MUESTRA, DEBERAS SOLICITAR UNA NUEVA CITA PARA QUE SE TE INFORME DE LOS RESULTADOS Y SE TE EXPLIQUE SU SIGNIFICADO.

EL RESULTADO ÚNICO Y EXCLUSIVAMENTE SE TE PROPORCIONA A LA PERSONA INTERESADA. SI YA HAN TRANSCURRIDO TRES MESES DESDE LA ÚLTIMA VEZ EN QUE SE TUVIERON PRÁCTICAS CONSIDERADAS DE RIESGO, LOS RESULTADOS SERAN SIMPLEMENTE CONFIALES, DEBIDO A RAZONES DE ÉTICA MÉDICA, SE GARANTIZA LA ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD Y EL ANONIMATO EN EL SISTEMA DE ANÁLISIS EN CUALQUIERA DE LOS SITIOS DE PRUEBA ASIGNADOS, EN DONDE SERAS ATENDIDO (A) POR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO.

LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA Y SU SIGNIFICADO

UN **RESULTADO POSITIVO** DE LA PRUEBA SIGNIFICA QUE LA MUESTRA DE SANGRE SE SOMETIÓ A DOS PRUEBAS DE DETECCIÓN, UNA INICIAL (ELISA) Y UNA PRUEBA CONFIRMATORIA (WESTERN BLOT), RESULTANDO TODAS POSITIVAS, LO QUE QUIERE DECIR QUE TU HAZ SIDO CONTAGIADO CON EL VIH Y TU ORGANISMO HA PRODUCIDO ANTICUERPOS (DEFENSAS) SE HA DEMOSTRADO QUE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS CON ANTICUERPOS CONTRA EL VIH PRESENTES EN SU SANGRE TIENEN EL VIRUS EN SU CUERPO, POR LO QUE PUEDEN TRANSMITIRLO A OTRAS PERSONAS.

SI TU RECIBES UN RESULTADO POSITIVO Y TE SIENTES SANO, NO SIGNIFICA QUE TENGAS SIDA O QUE NECESARIAMENTE DESARROLLARAS ESTA ENFERMEDAD, SI TU RESULTADO ES POSITIVO, TÚ Y TUS COMPAÑEROS SEXUALES DEBEN TOMAR MEDIDAS PREVENTIVAS COMO USAR CONDÓN Y EVITAR PRÁCTICAS SEXUALES QUE IMPLIQUEN EL INTERCAMBIO DE LÍQUIDOS CORPORALES (SEXO SEGURO) PARA EVITAR NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH. SE HA DEMOSTRADO QUE LAS REINFECCIONES ALIMENTAN LA PROBABILIDAD DE DESARROLLAR EL SIDA.

PARA MEJORAR TUS POSIBILIDADES DE MANTENERTE CON BUENA SALUD Y EVITAR O REVARAR EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD, NO CONSUMAS DROGAS, NI BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ASEGÚRATE DE QUE TU ALIMENTACIÓN SEA BALANCEADA, EVITA LA FATIGA, Y LA TENSION.

INFORMA A TUS COMPAÑEROS SEXUALES, A TU MÉDICO Y A TU DENTISTA DEL RESULTADO POSITIVO DE LA PRUEBA PARA QUE TOMEN PRECAUCIONES QUE EVITEN A LOS DEMÁS LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS. NO DONES SANGRE, ESPERA TU ORGANOS DEL CUERPO, EVITA EL EMBARAZO.

RECUERDA QUE LA INFECCIÓN DEL VIRUS DEL SIDA NO SE TRANSMITE POR CONTACTO CASUAL, ES DECIR, NO HAY RIESGO DE CONTAGIO POR COMPARTIR PLATOS, VASOS, TOALLAS, SANITARIOS O ALBERCAS PÚBLICAS. NO SE TRANSMITE POR SALUDAR DE MANO, BESARSE, PUR ESTOR NUBIO O TOS.

UN **RESULTADO NEGATIVO** DE LA PRUEBA SIGNIFICA QUE LOS ANTICUERPOS CONTRA EL VIH NO HAN SIDO FNCIONADOS EN TU SANGRE, EXISTEN TRES POSIBLES EXPLICACIONES DE ESTE RESULTADO:

- TU NO HAS ESTADO EN CONTACTO CON EL VIRUS.
- TU NO TE HAS INFECTADO.
- TU ESTAS INFECTADO CON EL VIRUS PERO TU CUERPO TODAVIA NO HA PRODUCIDO ANTICUERPOS.

EL TIEMPO QUE TRANSCURRE ENTRE LA ADQUISICIÓN DE LA INFECCIÓN Y LA APARICIÓN DE ANTICUERPOS ES USUALMENTE DE 6 A 8 SEMANAS.

(EN CIUDADES NO TE EXPONGAS A LA INYECCIÓN DE VIH NI A ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. ADOPTA MEDIDAS PREVENTIVAS COMO EL USO DEL CONDÓN (PRESERVATIVO) Y EL SEXO PROTEGIDO DURANTE TUS RELACIONES SEXUALES. NO COMPARTAS AGUJAS NI JERINGAS HIPODÉRMICAS, NAVAJAS DE RASURAR, CEPILLOS DENTALES U OTROS ARTÍCULOS PERSONALES QUE PUEDEN CONTAMINARSE CON SANGRE.

EL HECHO DE REALIZAR EL EXAMEN DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA VIH NO ALTERA TU ESTADO DE SALUD ACTUAL, TAN SOLO INDICA CUAL ES TU SITUACIÓN CON RESPECTO A LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

EL SABER SI Tienes O NO ANTICUERPOS CONTRA VIH TE PERMITIRÁ TOMAR MEDIDAS PREVENTIVAS TANTO PARA EVITAR INFECTARTE Y DISMINUIR LAS POSIBILIDADES DE DESARROLLAR LA ENFERMEDAD, COMO PARA NO TRANSMITIR EL VIRUS A OTRAS PERSONAS.

CENTROS DE INFORMACIÓN SOBRE SIDA

ZONA SUR
COMERCIO Y ADMINISTRACION NUM. 35 COL. COPILCO UNIVERSIDAD
TELEFONO: 554-6465. DE LUNES A VIERNES DE 9 A 15 HORAS Y DE 16 A 19 HORAS.

ZONA NORTE
FLORA NUM. 8 COL. ROMA
TELEFONO: 207-4205 DE LUNES A VIERNES DE 9 A 21 HORAS.

PARA MAYOR INFORMACIÓN:

■ LLAMA A TEL SIDA AL 207-4077 DE LUNES A VIERNES DE 9 A 21 HORAS. SABADO, DOMINGO Y DÍAS FESTIVOS DE 10 A 16 HORAS.

LOS ANTICONCEPTIVOS EN EL SIDA

SE SABE QUE LA MAYORÍA DE LAS MUJERES INFECTADAS CON VIH, ESTAN EN EDAD REPRODUCTIVA Y POR LO TANTO ACTIVAS SEXUALMENTE Y EN RIESGO DE EMBARAZARSE. DE AHI LA IMPORTANCIA DE CONOCER LOS DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LOS FACTORES DE RIESGO QUE PUDIERAN FAVORECER ESTA ENFERMEDAD, AUN CUANDO EXISTEN CONTROVERSAS RESPECTO AL TEMA.

ANTICONCEPTIVOS ORALES

ESTA CLASE DE ANTICONCEPTIVOS TIENDE A PRODUCIR CAMBIOS EN EL CUELLO DE LA MATRIZ Y LO HACEN SENSIBLE A LAS LESIONES, LO QUE A VECES PUEDE PRODUCIR SANGRADO DURANTE EL ACTO SEXUAL E INCREMENTAR EL RIESGO DE CONTAGIARSE CON VIH.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

ESTOS PRODUCTOS PRODUCEN PERIODOS PROLONGADOS DE SANGRADO QUE PODRIAN AUMENTAR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN. OTRO RIESGO ES EL UTILIZAR AGUJAS USADAS SIN ESTERILIZAR O BIEN EL DESECHO DE ESTE MATERIAL EN FORMA INADECUADA.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

LAS MUJERES USUARIAS DE ESTE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ESTAN EXPUESTAS AL AUMENTO DE SANGRADO MENSTRUAL Y A LA MOVILIZACION DE MECANISMOS DE DEFENSA EN EL INTERIOR DE SU MATRIZ QUE PUEDEN VOLVERSE BLANCO DEL VIH. POR ELLO, NO SE RECOMIENDA PARA LAS MUJERES CON ALTO RIESGO DE CONTAGIO, EN LAS QUE ESTARIAN INCLUIDAS MUJERES CUYA PRÁCTICA SEXUAL ES CON VARIAS PAREJAS.

MÉTODOS LOCALES

MÉTODOS COMO EL CONDON Y LOS ESPERMATICIDAS LOS ENCONTRAMOS AMPLIAMENTE DISPONIBLES, SIN EMBARGO, COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO SU PROTECCIÓN ES MUY RELATIVA, YA QUE ESTA SUJETO A FALLAS HASTA EN UN 20% DE LOS USUARIOS. AUNQUE SU USO ES CONVENIENTE COMO MÉTODO PREVENTIVO CONTRA EL VIH, NO ES TAN SEGURO COMO MÉTODO PARA EVITAR EL EMBARAZO.

ALGUNOS DE LOS SINTOMAS DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

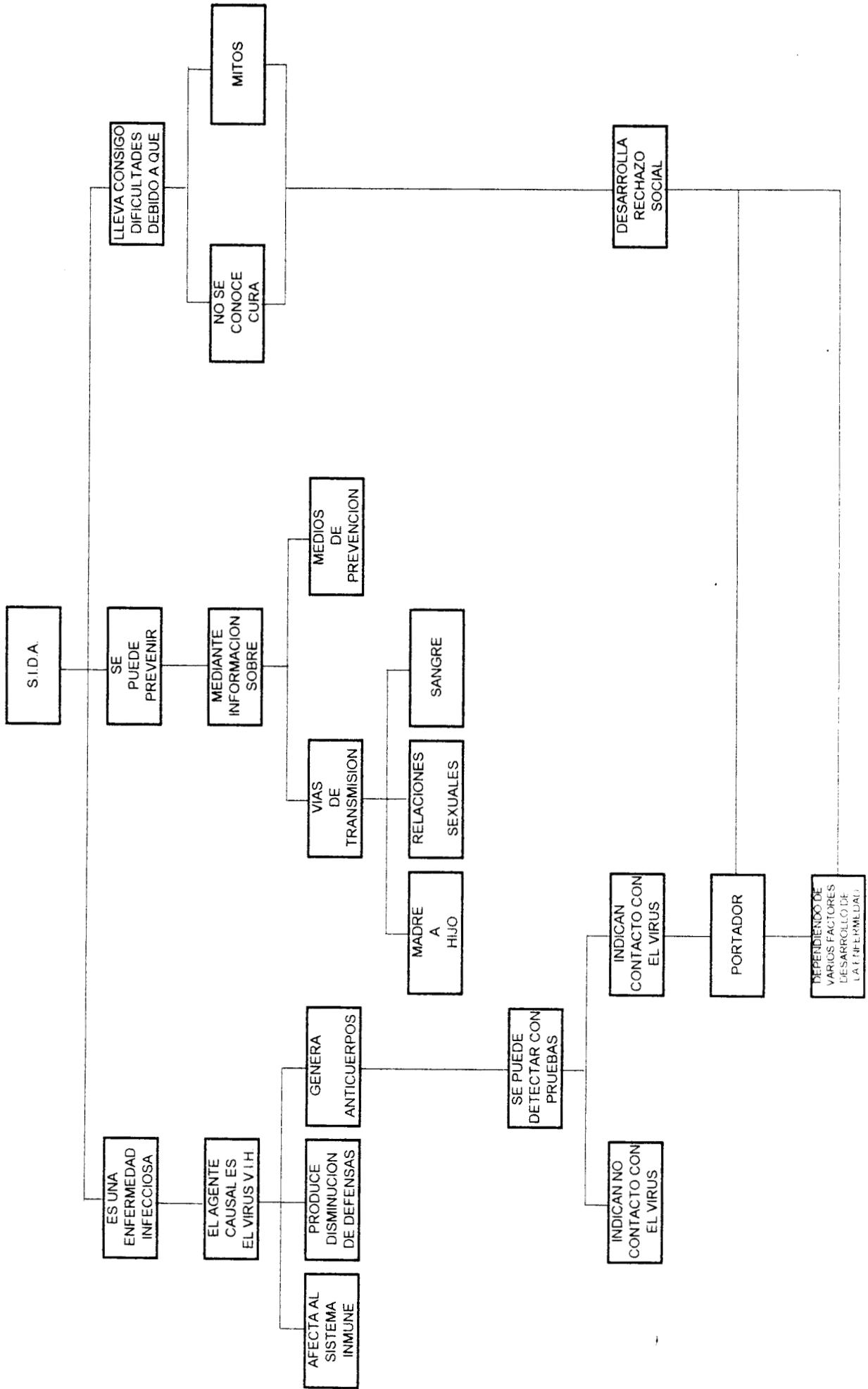
ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL (ETS)	SIGNOS Y SINTOMAS	DETECCION	TRATAMIENTO	CONSECUENCIAS
CLAMIDIASIS	APARECE EN LA 3a. SEMANA DESPUES DE LA EXPOSICION. FLUJO GENITAL ANORMAL. SENSACION DE ARDOR AL URINAR, DOLOR EN EL ABDOMEN INFERIOR. DOLOR DURANTE EL ACTO SEXUAL, MUCHAS VECES NO HAY SINTOMAS.	EL METODO MAS EFICAZ ES EL CULTIVO DE SECRECIONES GENITALES. LAS PRUEBAS SIN CULTIVO SON MENOS EXACTAS, PERO PERMITEN UNA DETECCION MAS RAPIDA.	ANTIBIOTICOS	NO TRATADA PUEDE PROVOCAR INFLAMACION PELVICA, GRAVIDEZ ECTOPICA, ESTERILIDAD Y DOLOR EN PELVICOS CRONICOS. LOS RECIEN NACIDOS, EXPUESTOS DURANTE EL PARTO, PUEDEN PRESENTAR INFECCIONES RESPIRATORIAS, NEUMONIA O INFECCIONES OCULARES.
TRICOMONIASIS	APARECE ENTRE 4-20 DIAS DESPUES DE LA EXPOSICION. FLUJO VAGINAL AMARILLENTO O VERDOSO CON OLOR FETIDO. DOLOR AL URINAR O DURANTE EL ACTO SEXUAL, EN LOS HOMBRES PUEDE HABER FLUJO URETRAL Y COMEZON O BIEN, AUSENCIA TOTAL DE SINTOMAS LIGEROS.	EXAMEN MICROSCOPICO DE UNA MUESTRA DE FLUJO GENITAL. EN LOS HOMBRES SE HACE UN CULTIVO DE PENE.	ANTIBIOTICOS. ACTUALMENTE GEL Y CREAMAS VAGINALES EFICACES.	ALTO RIESGO DE SER CONTAGIADO POR VIH; SI ESTA EXPUESTO A ESE VIRUS, PUEDEN AUMENTAR COMPLICACIONES, COMO PARTOS PREMATUROS Y NIÑOS DE POCO PESO AL NACER.
GONORREA	MUCHAS VECES SUAVES O AUSENTES. FLUJO GENITAL, Y SENSACION DE ARDOR O DE COMEZON AL URINAR.	EXAMEN MICROSCOPICO DE UNA MUESTRA DE FLUJO GENITAL. CULTIVO DE SECRESION CERVICAL.	ANTIBIOTICOS. LOS DAÑOS PROVOCADOS A LOS ORGANOS SON IRREVERSIBLES.	CAUSA PRINCIPAL DE LA INFLAMACION, QUE PUEDE ORIGINAR ESTERILIDAD EN EL HOMBRE. PUEDE AFECTAR LAS ARTICULACIONES, LAS VALVULAS CARDIACAS O EL CEREBRO, Y PRODUCIR CEGUERA EN LOS RECIEN NACIDOS INFECTADOS DURANTE EL PARTO.
SIFILIS	HERIDAS SIN DOLOR EN LAS FASES INICIALES, GENERALMENTE EN LOS ORGANOS GENITALES, AUNQUE PUEDEN APARECER EN CUALQUIER ZONA DEL CUERPO. EN LA FASE SECUNDARIA HAY EXANTEMA (ERUPCION CUTANEA), FIEBRE LIGERA, FATIGA, DOLOR DE GARGANTA, CAIDA DE CABELLO Y GANGLIOS INFLAMADOS EN TODO EL CUERPO.	ANALISIS DE SANGRE, EXAMEN MEDICO. EXAMEN MICROSCOPICO DE UNA MUESTRA DE LIQUIDO, PROVENIENTE DE UNA HERIDA.	DROGAS ANTIVIRALES PARA REDUCIR LA VELOCIDAD DE LA PROPAGACION.	EVENTUALMENTE PUEDEN OCURRIR DAÑOS AL CORAZON, OJOS, SISTEMA NERVIOSO, HUESOS Y ARTICULACIONES. AUMENTA EL RIESGO DE CONTAGIO POR EL VIH SI QUEDA EXPUESTO A ESE VIRUS. GENERALMENTE ES TRANSMITIDA AL FETO.
HERPES GENITAL	SENSACION DE ARDOR O COMEZON; DOLOR EN LAS PIERNAS, EN LOS GLUTEOS O EN LA ZONA GENITAL, FLUJO VAGINAL TUMORACIONES O HERIDAS ABIERTAS DOLOROSAS.	CULTIVO VIRAL A PARTIR DE UNA LESION; LOS ANALISIS DE SANGRE PUEDEN DETECTAR ANTICUERPOS.		AUMENTA EL RIESGO DE INFECCIONES POR EL VIH. SI HAY EXPOSICION, LA INFECCION PUEDE PASAR AL RECIEN NACIDO DURANTE EL PARTO. 50% DE LOS BEBES EXPUESTOS MUERE O TIENE DAÑOS CEREBRALES.

USO CORRECTO DEL CONDON

ES CONVENIENTE, CUANDO SE TENGAN RELACIONES SEXUALES POR VÍA VAGINAL, ORAL O ANAL, USAR SIEMPRE CONDONES DE LATEX; PARA USAR EL CONDON EN FORMA ADECUADA Y REALMENTE DISFRUTARLO ES NECESARIO:

- ASEGURARSE DE QUE ESTA EN BUEN ESTADO, REvisa LA FECHA DE MANUFACTURA (MFG) O DE CADUCIDAD (EXP) QUE DEBE APARECER EN LA ENVOLTURA Y VERIFICA QUE NO HAYA CADUCADO. LOS CONDONES SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO HASTA 3 O 4 AÑOS DESPUÉS DE FABRICADOS O HASTA LA FECHA DE CADUCIDAD. RECUERDA QUE NO DEBEN EXPONERSE AL SOL, AL CALOR, LA HUMEDAD O AL FRÍO EXCESIVOS, NI A LOS TUBOS DE LUZ FLUORESCENTE, ES DECIR, DEBE CUIDARSE QUE NO SE DETERIOREN.
- UTILIZA UN CONDON NUEVO EN CADA RELACIÓN SEXUAL.
- ABRE LA ENVOLTURA CON CUIDADO, RASGÁNDOLA SIN USAR UÑAS NI DIENTES. LOS CONDONES ESTÁN ENROLLADOS SOBRE SI MISMOS: FÍJATE HACIA QUE LADO SE DESEENROLLAN ANTES DE COLOCARLO EN EL PENE. DEBEN TENERSE LAS MANOS LIMPIAS Y LAS UÑAS RECORTADAS PORQUE UN MANEJO POCO DELICADO, UÑAS LARGAS, MANOS ASPERAS Y SUCIAS PUEDEN ROMPER O CONTAMINAR EL CONDON Y AMBAS COSAS REPRESENTAN MOTIVO SUFICIENTE PARA DESECHARLO SI SE DESEA NO TENER PROBLEMAS.
- HABIENDO EXTRAIDO EL CONDON DE SU EMPAQUE, SE RECOMIENDA PONER EN EL INTERIOR DEL RECEPTÁCULO UNA O DOS GOTAS DE LUBRICANTE SOLUBLE EN AGUA. UNA VEZ QUE SE TENGA UNA BUENA ERECCIÓN PARA EVITAR QUE EL CONDON SE ROMPA, SUJETA LA PUNTA CON UNA MANO Y CON LA OTRA PRESIÓNALA MIENTRAS LO COLOCAS EN EL GLANDE (PARTE SUPERIOR DEL PENE).
- SI NO SE ESTA CIRCUNCIDADO, REMOVER EL PREPUCIO (CAPOTE) HASTA DESCUBRIR EN SU TOTALIDAD AL GLANDE (CABEZA DEL PENE) Y TOMANDO EL CONDON DE LA PUNTA PARA QUE NO QUEDE AIRE EN SU INTERIOR, COLOCARLO EN LA PUNTA DEL PENE. SIN SOLTAR LA PUNTA, DESENRÓLLALO LENTAMENTE HASTA LA BASE DEL PENE.
- RODEA EL CONDON CON TU MANO UN PAR DE VECES PARA ELIMINAR BURBUJAS DE AIRE.
- SIEMPRE COLOCA EL CONDON ANTES DE LA PENETRACIÓN. NUNCA DEBES USAR CREMAS COSMÉTICAS, VASELINAS, GRASAS O ACEITES COMO LUBRICANTES PORQUE PUEDEN DAÑAR EL LATEX DEL CONDON.
- UTILIZA AQUASOL, UNICREM O CUALQUIER OTRO LUBRICANTE QUE SEA SOLUBLE EN AGUA. PREGUNTA EN LA FARMACIA MAS CERCANA, AHÍ TE PUEDEN ORIENTAR.
- EL LUBRICANTE SOLUBLE EN AGUA AUMENTA LA SENSIBILIDAD Y HACE MAS PLACENTERAS TUS RELACIONES SEXUALES.
- LUBRÍCALO POR FUERA ABUNDANTEMENTE ANTES DE LA PENETRACIÓN.
- DESPUÉS DE EYACULAR, SUJETA EL CONDON POR SU BASE Y RETIRA EL PENE MIENTRAS AUN ESTA ERECTO.
- QUÍTATE EL CONDON CUIDANDO QUE NO GOTEE.
- DESECHA EL CONDON, ANUDÁNDOLO Y TÍRALO A LA BASURA. NO LO ARROJES A LA TAZA DEL W.C. PORQUE ESTE SE PUEDE TAPAR.

"PROCESO CLINICO-SOCIAL DEL SIDA"



DINÁMICA "TIRO AL BLANCO"

EL OBJETIVO ES HACER UNA EVALUACIÓN GRUPAL FINAL DEL APROVECHAMIENTO INFORMATIVO DEL TALLER IMPARTIDO POR MEDIO DE UNA DINÁMICA DE ANIMACIÓN; PROMOVRIENDO LA COMPETENCIA Y EVALUACIÓN INTERGRUPAL.

SE UTILIZAN TANTOS GLOBOS COMO INTEGRANTES HALLAN EN EL GRUPO, CADA GLOBO CONTIENE UNA PREGUNTA RELACIONADA CON LOS TEMAS TRATADOS EN EL TALLER. CADA PARTICIPANTE DEBERA TOMAR UN GLOBO Y RESPONDER A LA PREGUNTA QUE LE ASIGNO EL GLOBO QUE ELIGIO, EL RESTO DEL GRUPO DEBERA EVALUAR SI LA RESPUESTA ES CORRECTA O NO, PRESTANDOSE AL DEBATE. EL RESPONSABLE ASIGNARA LOS TURNOS SEGÚN SU CRITERIO.

LISTADO DE PREGUNTAS:

1. CÉLULAS ENCARGADAS DE LA DEFENSA DEL ORGANISMO (LINFOCITOS)
2. A QUE SISTEMA DEL ORGANISMO ATACA EL VIH (INMUNOLÓGICO)
3. CUANDO SE DIAGNOSTICARON LOS PRIMEROS CASOS DE SIDA (1981)
4. TIEMPO ENTRE LA INFECCIÓN Y SU DETECCIÓN (3 MESES)
5. QUE DETECTA LA PRUEBA DEL SIDA (ANTICUERPOS CONTRA VIH)
6. QUIEN PRODUCE LOS ANTICUERPOS (EL SISTEMA INMUNOLÓGICO)
7. TODAS LAS PERSONAS INFECTADAS SON PORTADORAS DE VIH (SI)
8. QUIEN PADECE LA ENFERMEDAD DEL SIDA ES PORTADOR DE VIH (SI)
9. SE PUEDE RECONOCER A UNA PERSONA INFECTADA (NO)
10. EL VIRUS ATACA INMEDIATAMENTE AL ENTRAR AL ORGANISMO (NO)
11. EXISTE VACUNA CONTRA EL VIH (NO)
12. CUANTO TIEMPO TARDA LA INFECCIÓN POR VIH EN MANIFESTARSE (AÑOS)
13. UNA PERSONA QUE DE NEGATIVO EN PRUEBA PUEDE ESTAR INFECTADA (SI)
14. TODAS LAS PERSONAS INFECTADAS DESARROLLAN ALGUNA ENFERMEDAD (NO)
15. CUANDO PODEMOS DECIR QUE UNA PERSONA TIENE SIDA (INFECTADA POR VIH Y HALLA DESARROLLADO ALGUNA INFECCIÓN OPORTUNISTA COMO SARCOMA DE KAPOSÍ)
16. CUANDO SE DESCUBRIÓ EL VIRUS DEL SIDA (1982)
17. CUAL ES LA PRINCIPAL VÍA DE TRANSMISIÓN (SEXUAL)
18. DIFERENCIA ENTRE SEROPOSITIVO Y PORTADOR DE VIH (NINGUNA)
19. HAY RIESGO DE INFECCIÓN POR TRANSFUSIÓN EN MÉXICO (PRÁCTICAMENTE NO)
20. QUIEN TIENE MAS POSIBILIDADES DE INFECTARSE UNA PAREJA HOMOSEXUAL MONÓGAMA, O UNA PAREJA HETEROSEXUAL MONÓGAMA (LAS MISMAS)
21. UNA PERSONA INFECTADA, PERO SIN SÍNTOMAS PUEDE CONTAGIARTE (SI)
22. EL VIH ESTA SOLO EN LA SANGRE DE LOS INFECTADOS (NO)
23. FLUÍDOS EN LOS QUE SE ENCUENTRA EL VIH (SEMEN, FLUÍDOS VAGINALES, LECHE MATERNA Y SANGRE)
24. SIRVE CUALQUIER MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA PREVENIR VIH (NO)
25. UN HOMBRE CON VASECTOMIA PUEDE TRANSMITIR VIH (SI)
26. SE TRANSMITE VIH POR VASOS O CUBIERTOS (NO)
27. LA PRESENCIA EN EL SALÓN DE UN INFECTADO ES UN RIESGO (NO)
28. HAY ARGUMENTOS CIENTÍFICOS PARA EVITAR EL CONTACTO COTIDIANO CON LAS PERSONAS INFECTADAS (NO)
29. HAY RIESGO DE CONTAGIO POR DONAR SANGRE (NO, CON PRECAUCIONES)
30. EXPLICA EL USO CORRECTO DEL CONDON
31. NOMBRE DOS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH
32. QUE TIPO DE LUBRICANTE SE RECOMIENDA PARA EL USO DEL CONDON
33. QUE ES LA TRANSMISIÓN PERINATAL
34. DIFERENCIA ENTRE SEXO SEGURO Y PROTEGIDO
35. DERECHOS HUMANOS DE LOS QUE NO GOZA EL ENFERMO DE SIDA
36. QUE OCASIONA LA MARGINACIÓN DE LOS PORTADORES Y ENFERMOS
37. MENCIONE DOS ETS
38. COMO SE LLAMA EL AGENTE QUE CAUSA EL SIDA. (VIH)

DINÁMICA “UN PEQUEÑO REGALO DE ALEGRÍA”

EL OBJETIVO ES PROMOVER LA CONFIANZA, Y LA AUTOESTIMA DE LOS PARTICIPANTES, ASI COMO LA INTEGRACIÓN GRUPAL.

SE REPARTEN A CADA PARTICIPANTE CINCO TARJETAS EN BLANCO, SE FORMAN EQUIPOS DE 5 PERSONAS Y SE LES PIDE ANOTAR EN SUS TARJETAS DE 3 A 5 CUALIDADES QUE PERCIBAN PARA CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE SU EQUIPO. PARA TAL EFECTO SE TOMAN DE 10 A 15 MINUTOS; TERMINADO EL TIEMPO, CADA INTEGRANTE DEBERA ENTREGAR LA TARJETA CORRESPONDIENTE A CADA MIEMBRO DEL EQUIPO, OTORGANDO 5 MINUTOS MAS, PARA QUE LAS TARJETAS SEAN LEIDAS.

DINÁMICA DE SENSIBILIZACIÓN

SE LEE AL GRUPO UN TEXTO, CON LA FINALIDAD DE SENSIBILIZARLOS EN RELACIÓN CON LOS ENFERMOS TERMINALES DE SIDA. AL TERMINO DE LA LECTURA, SE INVITA A LOS PARTICIPANTES A DAR SU OPINIÓN, A MODO DE CIERRE DE LOS NUEVOS CONOCIMIENTOS QUE SE ADQUIRIERON, Y COMO CAMBIO O NO SU PERCEPCIÓN HACIA EL VIH/SIDA.

TEXTO PARA EL EXPOSITOR

LAS PERSONAS CON SIDA SON COMO MUERTOS CON VIDA. VIDAS POBRES, APENAS VIDA. SON VIDAS VESTIDAS DE MUERTE. LOS ENFERMOS TERMINALES DE SIDA SON COMO MUERTOS VIVIENTES. SON VIVIENTES COMO MUERTOS. PERO CREO QUE SIENTEN. SIENTEN LOS SIGNOS DE AMOR, DE COMPAÑÍA, DE CERCANIA. YA NO SIRVEN LOS MEDICAMENTOS. LO QUE SI SIRVE, Y MUCHO -MUCHÍSIMO-, SON LOS APRETONES DE MANOS. SIRVEN LAS PALABRAS PAUSADAS, ACOMPASADAS, CADENCIOSAS, DIRIGIDAS A LA PERSONA SUFRIENTE, PACIENTE, EN FASE DE DESENLAZE FINAL. PALABRAS DIRIGIDAS AL CORAZÓN, A LA MENTE, AL ESPÍRITU ANIMADOR DEL SER HUMANO. LAS PERSONAS TERMINALES CON SIDA SON, ANTE TODO, PERSONAS HUMANAS.

ANEXO A

AUTOEVALUACIÓN

RESPONDE A CADA INCISO SEGÚN LA INFORMACIÓN QUE OBTUVISTE EN ESTE TALLER.

1. SIDA SIGNIFICA O QUIERE DECIR:
2. QUE SIGNIFICA SÍNDROME:
3. QUE SIGNIFICA INMUNODEFICIENCIA:
4. QUE SIGNIFICA ADQUIRIDA:
5. DONDE SE ENCUENTRAN LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO:
6. A QUE LINFOCITOS ATACA EL VIH:
7. QUE SIGNIFICA VIH:
8. QUIEN DESCUBRIO PRIMERO EL VIRUS VIH.
9. EN QUE AÑO SE DESCUBRIO EL VIH.
10. EN QUE GRUPO SOCIAL COMENZO A IDENTIFICARSE PRIMERO EL VIH.
11. EN MÉXICO DONDE SE DETECTA EL MAYOR NÚMERO DE CONTAGIOS CON SIDA.
12. CUANTAS VARIANTES DE VIH SE HAN DETECTADO QUE EXISTEN, Y CUALES SON.
13. CUAL ES EL VIRUS QUE AFECTA AL SER HUMANO.
14. QUE SEMEJANZA GENÉTICA HAY ENTRE LOS DIFERENTES VIH.
15. QUE DERECHOS HUMANOS NO APLICAN A EL ENFERMO DE SIDA.
16. SI SOLICITAS EMPLEO, ¿MEDIANTE QUE LEY EL PATRÓN PUEDE OBLIGARTE A UNA PRUEBA DE DETECCIÓN DE VIH?

ANEXO B

AUTOEVALUACIÓN

RESPONDE SI O NO, SEGÚN LA INFORMACIÓN QUE SE HA DADO EN ESTE TALLER.

1. EL SIDA, SE MANIFIESTA A LOS POCOS DÍAS
2. A LOS SEIS MESES MEDIANTE ANÁLISIS CLÍNICOS ESPECÍFICOS:
3. APARECE LA ENFERMEDAD DEL SIDA AL AÑO EXACTO DE CONTAGIO:
4. VIH Y SIDA ES LO MISMO:
5. PUEDE DARSE EL SIDA SIN TENER O ESTAR CONTAMINADO DE VIH:
6. UN SIGNO DE ENFERMEDAD GRAVE O TERMINAL DE SIDA ES TENER ALTOS LOS LINFOCITOS T4:
7. LA OBESIDAD ES SIGNO DE ESTADO GRAVE DE SIDA:
8. SER SEROPOSITIVO IMPLICA QUE SE PUEDE LLEGAR A TENER SIDA:
9. SER SEROPOSITIVO NO IMPLICA SER PORTADOR DEL VIRUS:

ANEXO C

AUTOEVALUACIÓN

RESPONDE SI O NO A CADA INCISO, EN BASE A LA INFORMACIÓN DADA EN ESTE TALLER.

EL SIDA SE TRANSMITE:

1. BAILANDO CON UN AFECTADO VIH:
2. TRANSFUSIÓN DE SANGRE CONTAMINADA:
3. COMPARTIENDO AULA Y LIBROS:
4. JUGANDO CON AFECTADOS CON VIH:
5. CONTACTANDO CON SECRECIONES ANALES, VAGINALES O ESPERMÁTICAS, MEDIANTE HERIDA ABIERTA O POR RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS CONTAMINADAS CON VIH:
6. SIENDO AMIGO DE PERSONAS AFECTADAS CON VIH O SIDA:
7. MADRES CONTAMINADAS CON VIH-SIDA, DURANTE EL EMBARAZO CONTAMINAN AL FETO:
8. PINCHÁNDOSE CON AGUJAS CONTAMINADAS CON VIH-SIDA:
9. BESANDO A LOS NIÑOS O PERSONAS AFECTADAS CON VIH-SIDA:
10. POR ANIMALES DOMÉSTICOS DE PERSONAS CONTAMINADAS CON VIH-SIDA:

EL CONTAGIO SE EVITA:

1. DUCHÁNDOSE TODOS LOS DÍAS:
2. EVITANDO TODO ROCE CON LOS COMPAÑEROS:
3. DESINFECTANDO LOS OBJETOS CONTAMINADOS CON AGUA TIBIA:
4. INFORMANDO A LA SOCIEDAD SOBRE LAS MEDIDAS O SITUACIONES DE ALTO RIESGO A LA INFECCIÓN DE VIH:

EL SIDA SE ADQUIERE COMPARTIENDO

1. LOS SERVICIOS:
2. LOS VESTUARIOS:
3. LAS DUCHAS:
4. EL COMEDOR:
5. LOS LÁPICES:
6. LOS LIBROS:
7. LOS BALONES:
8. EL AUTOBUS:
9. EL TELÉFONO:
10. EL PUPITRE:
11. LA PISCINA:
12. LOS CUBIERTOS:
13. LOS VASOS:
14. LOS PLATOS:
15. ESTRECHANDO LAS MANOS:
16. MEZCLANDO LA SANGRE DE UN AFECTADO CON HERIDA ABIERTA DE PERSONA SANA:
17. JUGANDO CON PERSONAS CONTAGIADAS DE VIH:
18. COMPARTIENDO AGUJAS Y JERINGAS CONTAMINADAS:
19. LAVANDO LOS UTENSILIOS CON AGUA MUY FRÍA:

REFERENCIAS

BASE DE DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

BERKLEY S, NAAMARA W, ODWARE S, DOWNING R, KONDE-LULE J, WAWER M, MUSAGAARA M, MUSGRAVE S. (1990). AIDS AND HIV INFECTION IN UGANDA. ARE MORE WOMEN INFECTED THAN MEN?. 4 (12) 37-42

CARTA DE OTTAWA, para la promoción de la salud. (1986). CANADA:OMS

CARRANZA M, ALMEIDA E. (1995). La Investigación Participativa: Una opción Metodológica para la Psicología Comunitaria MÉXICO:UAP-UADY

CARRIZO, H. (1982). La Educación de la sexualidad. VOLUMEN 1, MÉXICO:CONAPO

CENTRO DE ESTUDIOS EN POBLACIÓN Y SALUD/SSA.

CÓDIGO PENAL DEL D.F.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CONASIDA (1995). Directorio. Organizaciones no Gubernamentales con Trabajo en SIDA, MÉXICO:CONASIDA.

CONASIDA (1998, ABRIL-JUNIO). Análisis de la situación del SIDA y las ETS del primer trimestre de 1998. SIDA-ETS 4 (2) 48

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

DECA-EQUIPO PUEBLO (1996). La Sierra de Santa Catarina. MÉXICO:EQUIPO PUEBLO

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA/SSA.

EPI-1-85 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, SSA.

EPI-1-95 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, SSA.

ERBEN, R. (1997). El SIDA, amenaza social para la mujer. Enfoque de Nuestro tiempo, (Sup.11)

GOMEZJARA, F. et al. (1978). Sociología de la Prostitución. MÉXICO:NUEVA SOCIOLOGÍA.

LEY GENERAL DE SALUD

"...MANUAL DEL (Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes, 1994)"

MORALES, C. (1996). Actitudes de Estudiantes hacia la Sexualidad y el SIDA. MÉXICO:UNAM

MONROY, A. (1990). Salud, Sexualidad y Adolescencia. MÉXICO:PAX

PICK, S. (1993). Planeando tu vida, Programa de Educación Sexual para Adolescentes. MÉXICO:PLANETA.

RODRÍGUEZ, A. (1976). Psicología Social. MÉXICO:TRILLAS.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. (1988, FEBRERO 7, SEMANA 5). Epidemiología. Sistema único de Información. 15 (5)

UNAIDS/WHO. (1997, DECEMBER). Report on the global HIV/AIDS Epidemic

VALDESPINO, J., GARCIA, M., DEL RIO, A., DEL RIO, C., MAGIS, C., LOO, E., SALCEDO, A.,. Situación y tendencias del SIDA en México. SIDA-ETS 9 (1)

BIBLIOGRAFÍA

ALFARO M, RIVERA S, DIAZ-LOVING R. (1991) Actitud y Conocimientos hacia el SIDA en Adolescentes, Revista Internacional de Psicología y Educación, 4 (2) 151-165.

ALFARO M, RIVERA S, DIAZ-LOVING R. (1992) Actitudes y Conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de Preparatoria, La Psicología Social en México, Asociación Mexicana de Psicología Social.

CARRANZA, M. (1993). Psicología Social Comunitaria, Psicólogo (1), MÉXICO:UAS.

CONASIDA (1992). Manual de encuestas sobre conocimientos actitudes, creencias y prácticas (GACP) sobre SIDA y E.T.S., MÉXICO:CONASIDA.

CONASIDA (1993). Guía de orientación para informadores VIH/SIDA, MÉXICO:CONASIDA.

CONASIDA (1998, JULIO-SEPTIEMBRE). Análisis de la situación del SIDA y las ETS del segundo trimestre de 1998. SIDA-ETS 4 (3) 93

DIAZ-LOVING, R. (1992). Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionados con el SIDA en estudiantes universitarios, Investigaciones e innovaciones docentes en Psicología, p. 83-92

GACETA-CONASIDA (1991). Adolescencia y SIDA. 4 (2)

GOMEZ, C. (1998, AGOSTO). 30.6 millones de infectados y más de 6 millones de muertos por el SIDA. Proyección Económica 2020. 1 (2) 4-6

LICEA, J. (1993). Adolescentes, Sexo y SIDA, Suplemento Nacional 5 (32).

PICK, S. DIAZ-LOVING, R. ANDRADE, P. (1988). Características Psicosociales de las Adolescentes de 16-17 años que han y no han tenido su debut sexual. La Psicología Social en México. 2 p. 322-327.

RIOS, M. (1991). Elementos Psicosociales en las Actitudes hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Tesis de Maestría en Psicología Social. MÉXICO:U.N.A.M.

RODRÍGUEZ, J. (1995). Apoyo Social y Salud, Psicología Social de la Salud. MADRID:SINTESIS.

ROKEACH, M. (1976). Actitudes. Enciclopedia Internacional de las ciencias sociales. MÉXICO:AGUILAR BILBAO.

SECRETARÍA DE SALUD. (1994). Reseña testimonial 1988-1994. Tomo 2. MÉXICO:SSA

STRUNIN, L. (1987). Pediatrics SIDA Y Adolescentes: conocimientos, creencias, actitudes y conductas. 23 (5), 311-314.

SUMMERS, F. (1976). Medición de las Actitudes, MÉXICO:TRILLAS.