



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"SEXUALIDAD Y SIDA EN EL
ADOLESCENTE

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
ALFARO MARTINEZ LILIA BERTHA

DIRIGIDA POR LA LIC. SOFIA RIVERA ARAGON



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

PROLOGO	1
INTRODUCCION	3
1. ANTECEDENTES DE LA SEXUALIDAD	5
2. ANTECEDENTES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	14
3. ADOLESCENCIA	19
3.1 Aspectos Fisiológicos de la Adolescencia	20
3.2 Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino	25
3.3 Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Masculino	27
3.4 Cambios Hormonales en la Adolescencia	29
3.5 Aspectos Psicológicos de la Adolescencia	31
4. SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE	35
4.1 Actitudes y Sexualidad	36
4.2 Evolución Sexual del Adolescente	38
4.3 Embarazo, Aborto y Conducta Anticonceptiva	47
4.4 Prácticas Sexuales en Adolescentes	45
5. ASPECTOS CLINICOS DEL SIDA	46
5.1 Infección	47
5.2 Transmisión	50
5.3 Tratamiento	54
5.4 Epidemiología	54
6. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL SIDA	58
6.1 Sociedad y SIDA	59
6.2 Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionadas con el SIDA en el Adolescente	61
6.3 Control y Prevención del SIDA	64
7. METODOLOGIA	67
7.1 Planteamiento del Problema	67
7.2 Hipótesis	68
7.2.1 Hipótesis Estadísticas	68
7.3 Variables	76
7.3.1 Definición de Variables	76
7.3.2 Nivel de Medición de Variables	80
7.3.3 Control de Variables	82

7.4	Población	83
7.5	Muestreo	84
7.6	Tipo de Estudio	84
7.7	Diseño de Investigación	84
7.8	Instrumentos	85
7.8.1	Instrumentos Pilotos	85
7.8.1.1	Discriminación de Reactivos en las escalas de actitudes	87
7.8.2	Instrumentos Finales	89
7.8.2.1	Confiabilidad y Validez en las escalas de actitudes	89
7.8.3	Instrucciones de los Instrumentos	92
7.9	Procedimiento	93
8.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	94
8.1	Análisis de Frecuencia	94
8.2	Análisis de Varianza	104
8.3	Correlación de Pearson	127
9.	DISCUSIONES	130
	Extensiones, Limitaciones y Sugerencias	168
	Bibliografía	172
	Apéndice 1a y 1b	
	Apéndice 2	
	Apéndice 3.	

PROLOGO

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar los conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes y su influencia que tienen en sus conocimientos y actitudes hacia el SIDA, puesto que su propósito principal es establecer la importancia de la sexualidad del adolescente en la prevención del SIDA; así mismo que los resultados obtenidos sirvan de guía para futuras investigaciones.

Se consideró apropiado desarrollar una investigación de esta naturaleza por que al evaluar las actitudes y conocimientos de la sexualidad y del SIDA, los resultados se pueden tomar como referencia para elaborar programas efectivos que prevengan y controlen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

De acuerdo al objetivo se intentó presentar de una manera clara y ordenada los conceptos fundamentales y la metodología para lograr el propósito de éste trabajo.

En los primeros dos capítulos se describen los antecedentes de la sexualidad y del SIDA y como se han desarrollado a lo largo de la historia.

Dentro del tercer capítulo se dan las definiciones fundamentales de lo que es la adolescencia, así como de los cambios físicos, sociales y psicológicos que se dan en ésta.

El cuarto capítulo se refiere a la sexualidad del adolescente, en donde se presenta la evolución, prácticas y actitudes hacia ésta.

Los aspectos clínicos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida; en donde se presenta la evolución, transmisión, tratamiento y epidemiología de la infección se dan en el quinto capítulo.

En el capítulo seis, se describen los aspectos psicosociales del SIDA, así como los conocimientos y actitudes que tienen los adolescentes hacia la enfermedad.

La descripción de la metodología que se siguió para la realización de la investigación, se da en el capítulo siete.

El capítulo ocho se refiere al tratamiento estadístico aplicado y el análisis de los resultados obtenidos.

Finalmente, contando con el panorama de los capítulos anteriores, en el capítulo nueve, se da una discusión de los resultados, así como las extensiones, sugerencias y limitaciones de la investigación.

INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad hasta la fecha incurable y mortal, producida por el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), el cual se instala en las células y permanece allí por años antes de manifestarse; es durante este período cuando el individuo infectado es capaz de transmitir la infección sin darse cuenta.

El SIDA ha provocado un impacto social por sus repercusiones en salud que tiene sobre la humanidad; su letalidad, la imposibilidad de detenerlo y el saber que una de sus principales vías de contagio es el contacto sexual, ha provocado que se desarrollen mitos sobre su contagiosidad; en este sentido como los primeros casos reportados de SIDA fueron en homosexuales, se pensó erróneamente que el padecimiento era propio de éste grupo y se les estigmatizó como los causantes de esta enfermedad.

Es así como el SIDA ha provocado muy diversas respuestas sociales, las cuales han ido evolucionando de actitudes violentas y persecutorias hacia los grupos de individuos que tienen el padecimiento, a actitudes más comprensivas; sin embargo, siguen existiendo grupos de individuos que consideran al SIDA como una enfermedad denigrante, producto de un comportamiento no aceptado.

En los últimos años se ha observado un gran aumento en el contagio del VIH en la población heterosexual; hasta el año de 1990 en México se habían reportado 5 400 casos de SIDA, de los cuales el 67% se deben a la transmisión por vía sexual (CONASIDA, 1990). Según los reportes de varios países incluyendo México, la mayor incidencia de casos de SIDA que- da comprendida en grupos que van de los 25 a los 45 años, es comprensible que la enfermedad se manifieste menos en perso- nas de más corta edad, por que aunque se hayan infectado antes, hay que tener en cuenta que el SIDA, es sólo la mani- festación final de una enfermedad de evolución crónica. De- bido a lo anterior los grupos de edad en mayor riesgo para contraer la infección por VIH, son los adolescentes, puesto que son individuos jóvenes que se encuentran en plena etapa reproductiva, teniendo mayor capacidad y necesidad de rela- ciones sexuales más frecuentes, mismas que pueden ser pfac- ticas sexuales de alto riesgo, sino se tiene un conocimien- to amplio y claro sobre éstos; por lo que es importante saber cuáles son sus actitudes y conocimientos que tienen sobre sexualidad, ya que ésto juega un papel relevante en la actitud que tomen hacia el SIDA; además es esencial saber cuál es el comportamiento sexual de los jóvenes para poder realizar campañas que resulten efectivas para el control y prevención del SIDA.

1. ANTECEDENTES DE LA SEXUALIDAD

Con la aparición del Hombre sobre la Tierra, la sexualidad asumió una nueva dimensión; además de perpetuar la especie, la relación sexual se hizo una actividad que en sí misma era placentera además de no estar limitada a un sentido fisiológico, puesto que la especie humana está consciente de sí misma, teniendo la capacidad para crear una cultura y organizar la naturaleza para que se ajuste a los fines deseados. Así pues el Hombre fue desarrollando actitudes hacia la sexualidad, las cuales las transmitió de generación en generación.

Con el paso del tiempo han surgido diferentes puntos de vista en relación a la sexualidad por ejemplo el Antiguo Testamento, reflejo de la tradición hebrea, hace incapié en el sexo dentro del matrimonio, considerando el matrimonio una obligación y una alegría que celebra la relación espiritual además de física, entre la mujer y el hombre; en cambio, en la tradición grecorromana conductas como la homosexualidad, bisexualidad y aborto se practicaban y se aceptaban ampliamente.

A medida que las civilizaciones y culturas comenzaron a encontrarse y fusionarse, se filtraron en la tradición grecorromana ideas orientales sobre la naturaleza espiritual de las personas. Esta inquietud condujo a las personas a mostrar ansiedad sobre su vida en la tierra y cómo su conducta afectaba la vida

que prevenía después de la muerte; es así como el cristianismo encontró un suelo fértil y sembró las semillas de lo que se conoce como la tradicional ética sexual cristiana (Gotwald, 1983).

Es en la Edad Media cuando los moralistas influenciados por la iglesia cristiana establecieron un sistema moral el cual se formaba de algunos puntos, como la primacía de la virginidad; la condenación de todo contacto sexual cuya finalidad no fuera la procreación; la negación de la corporeidad y el placer, el considerar a la mujer un ser inferior y en general una actitud cuya perspectiva era exclusivamente masculina (Alvarez G, 1983).

Al ocurrir el Renacimiento en los siglos XVI y XVII, nace el interés en el cuerpo humano, la sexualidad y las cuestiones sexuales. Se hicieron descubrimientos importantes en física, astronomía etc; pero lo que es más importante, las personas se interesaron en el estudio de la humanidad.

Cuando el Nuevo Mundo fue colonizado, las costumbres sexuales procuraron regresar a las enseñanzas del Antiguo Testamento, por lo que hubo una adherencia estricta al sexo dentro del matrimonio.

Posteriormente en el siglo XIX, la Inglaterra Victoriana controló gran parte del mundo tomando una actitud de superioridad y rigidez moral, así Inglaterra exportó sus actitudes sexuales

a otras partes del mundo, la mayor parte de la sexualidad era considerada como una actividad antisocial. Cuando la gente la practicaba tenía sentimientos de culpa y para algunos esa culpa aumentaba la importancia y la emoción del sexo, razón por la cual en esta época proliferó la prostitución, la trata de blancas así como las enfermedades venereas (Gagnon, 1980).

Al llegar el siglo XX, la Primera y la Segunda Guerra Mundial vino a cambiar entre otras cosas las actitudes y los modos de conducta sexual, haciéndose más liberal la moral del individuo, así la política que se seguía en Europa era liberal-conservadora; sin embargo prevalecía el tabú sexual que reprimía los instintos sexuales en el niño, atormentaba a los adolescentes y que a pesar de ello se permitía por otra parte la explotación de lo sexual, por lo que aumentaba el número de personas psíquicamente enfermas, por la contradicción que se planteaba entre la moral rígida y la liberación sexual (Comfort, 1966).

Es durante este siglo que empieza a desarrollarse el estudio de la sexualidad, Freud uno de los pioneros en el estudio de la sexualidad con el Psicoanálisis vino a revolucionar las ideas existentes; las contribuciones de éste no sólo hicieron de la sexualidad un tema de estudio y comentario, sino que la establecieron como un proceso vital en la formación del ser humano.

En 1938 Alfred Kinsey (en Gotwald, 1983), un biólogo de la

Universidad de Indiana, empieza a estudiar la conducta sexual a través de la encuesta, publicando sus hallazgos en su libro "Sexual Behavior in the Human Male"; lo que motivó a muchos investigadores a realizar trabajos sobre sexualidad en todos sus aspectos.

Master y Johnson en 1956 (en Gotwald, 1983) estudiaron los aspectos fisiológicos y anatómicos de la respuesta sexual humana incluyendo el aspecto psicológico, su obra fue de gran importancia a nivel mundial ya que hasta cierto punto lograron eliminar la ignorancia, el mito y la superstición, mediante el establecimiento de los hechos válidos y confiables a la fisiología y psicología de la respuesta sexual humana.

En la sociedad Mexicana la historia de la sexualidad se debe analizar bajo sus distintos períodos y ver el papel que se le ha asignado tanto al hombre como a la mujer, así como la estructura y funcionamiento de la familia y la forma en que han sido educadas sexualmente las nuevas generaciones.

Del Río (en Ramírez, 1977) identifica que desde la sociedad Náhuatl, la familia estaba diseñada por un padre distante y temido, la madre pródiga y sobreprotectora, donde la sexualidad estaba reprimida y la maternidad aplaudida.

La expresión de la sexualidad entre los Aztecas, estaba muy controlada y existía desvalorización de la mujer; la abstinencia

cia, la moderación en la práctica sexual, el recato y la virginidad eran valores positivos.

Alejandro de Saavedra (en Alvarez, 1983), menciona que con la conquista en México se dió un fenómeno que permitió la fusión de dos culturas, la cual alcanzó todos los niveles socio-culturales, en donde la sexualidad resintió el cambio ya que los indígenas creían que por medio de la sexualidad podían acercarse a los dioses, lo cual fue sustituido por el concepto español basado en la iglesia católica, el cual consideraba que el acto sexual tenía como único fin la procreación y toda manifestación sexual que no llevara este fin era considerado pecaminoso, sucio e indecente.

El panorama histórico que se iniciaba después de la conquista, llevaba el signo de conflicto y tensión social; la valoración que el español hizo de la mujer indígena fue negativa y devaluada, ya que se le identificó con lo indígena y el hombre es sobrevalorado en la medida que se identifica con lo dominante, el conquistador y prevalente; se puede decir que la reacción del padre español ante la mujer indígena fue únicamente, para satisfacer sus necesidades sexuales, pero siempre en una condición desvalorizada; por lo que la mayoría de sus hijos (mestizos) nacieron bajo el estigma del desamparo y abandono paterno, con un padre ausente y una madre abnegada y pasiva; el mestizo va a equiparar paulatinamente una serie de categorías como

fuerza, capacidad de conquista, predominio social, los cuales se van a cargar de un fuerte signo masculino y debilidad, sometimiento, devaluación social; serán rasgos femeninos e indígenas.

Por otra parte los criollos, hijos de padres españoles nacidos en México, tuvieron un padre fuerte que los impulsaba a defender y a identificarse con los privilegios obtenidos, sin embargo, el criollo también vivía en conflicto, ya que su madre era una mujer fría y distante pero altamente valorada por la cultura, que debía ser estimada y apreciada; y por otra parte su "nana" la mujer indígena que le daba calor, seguridad y afecto, pero devaluada por la cultura en que vivía, así mismo se vió ante el conflicto de lealtades, ya que si se mantenía alejado de las nuevas formas de vida y aceptaba a su padre, encontraba la burla que el ambiente hacía de él o por el contrario si aceptaba las nuevas formas de vida encontraba el rechazo de sus padres.

Debido a lo anterior las significaciones masculinas eran substancialmente pobres y no se tenía una identificación masculina, por lo que el mexicano hizo alarde de ellas, adquiriendo las características del machismo, que en el fondo es únicamente la inseguridad de su propia masculinidad; así durante la Colonia surge un tipo peculiar de caracterología que sigue existiendo aún en nuestros días; aparentando una fortaleza externa de la

cual anteriormente carecía y haciendo alarde de la sumisión de las mujeres, ocultando a toda costa todos los aspectos femeninos que llevaban en su personalidad (Ramírez, 1977).

En lo que respecta a la sexualidad, ésta estaba controlada por la iglesia, la educación sexual que se impartía era a través del padre, la madre o el cura y por manuales de urbanidad y moral; la información se limitaba a las reglas de conducta entre el hombre y la mujer; estas reglas se encontraban bajo la influencia de la religión cristiana, la cual fomentaba la represión de toda manifestación sexual cuyo fin no fuera la reproducción.

El país fue evolucionando social y culturalmente y es durante la Revolución en donde la mujer pudo hacer expresiva una sexualidad reprimida y fue el único momento de la historia de México en que la mujer pudo expresar su femineidad, más como "mujer" que como "madre" (Ramírez S., 1977).

Así en la historia de los roles sexuales en la cultura mexicana, al hombre siempre se le ha permitido y algunas veces hasta fomentado un comportamiento sexual a edad más temprana que a la mujer, a la cual se le ha reprimido más en su sexualidad (Díaz Guerrero, 1982).

Durante 1900 a 1934, empieza un cambio en la educación sexual pues nace el interés hacia ésta, ya que el país enfrenta un

grave problema en las enfermedades venereas. Es en 1908, cuando Andrés Benavides (CONAPO, 1982) realizó en la ciudad de Toluca una serie de conferencias sobre sexualidad, además editó el periódico "La Espirila" con el fin de divulgar conocimientos en la Educación Sexual.

En 1920, el departamento de salud crea el servicio de propaganda y educación higiénica.

Pedro de Alva (en CONAPO, 1982) en 1930, quien era el director de la Escuela Nacional Preparatoria, instituyó programas de enseñanza de la higiene en la adolescencia.

En 1933, se hizo público el dictamen de la Secretaría de Educación Pública de dar apoyo a la educación sexual en el ámbito escolar; pero ésto fue causa de conflicto, por lo que fue excluida la educación sexual de los programas educativos.

Durante 37 años los temas de la educación sexual sólo fueron tratados en revistas, conferencias, etc.; fue hasta el año de 1971 cuando en la Reforma Educativa se promueve por segunda ocasión y es en 1974 cuando se introduce formalmente. Es en esta fecha cuando se forma CONAPO (Consejo Nacional de la Población) y en 1976 inicia el programa nacional de educación sexual, donde sus principales objetivos son: el cambiar valores, conocimientos, actitudes y comportamientos relativos a la sexualidad humana y en los roles sociales del hombre y la

mujer; para que exista mayor igualdad; fomentar modificaciones en las estructuras familiares, en la asignación de roles, participación y desarrollo, así mismo para que se generalice la planeación familiar para el bienestar de la familia y mejorar su alimentación, salud, educación vivienda y recreación (CONAPO, 1982).

Como se ha visto la forma de entender y comportarse ante la sexualidad ha cambiado a lo largo de la historia, existiendo un proceso de evolución que sin duda continuará en el futuro, lo único que puede afirmarse es que la nueva tecnología sexual y los cambios en los papeles sexuales afectarán las actitudes y conductas sexuales. Todo lo que se sabe con certeza es que seguirá la evolución sexual "El punto de vista crítico que debe adoptarse es que el futuro no será mejor o peor, sino sólo diferente" (Gagnon, 1980).

La manera como ha evolucionado la sexualidad, es importante para comprender los diversos problemas sociales que han surgido a su alrededor. Así por ejemplo las enfermedades venereas son un problema social en todo el mundo; actualmente el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), es un problema de grave salud pública que ha originado diversas respuestas sociales, ya que se transmite principalmente por contacto sexual; por lo que es muy importante saber sus orígenes y la forma como se ha desarrollado, para poder entender el impacto y las consecuencias que ha tenido en las sociedades humanas.

2. ANTECEDENTES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

En la historia del desarrollo de las sociedades humanas, las enfermedades han jugado un papel relevante, ya que la manera de afrontar y entender el riesgo de enfermar tanto individual como colectivamente es un asunto social que ha caracterizado las distintas épocas en los grupos humanos.

Algunas enfermedades y epidemias que anteriormente se consideraban incurables (como la viruela), actualmente por el avance en el conocimiento científico se han podido combatir, sin embargo otras persisten (la tuberculosis) y otras más han surgido en condiciones nuevas, para las que aún no se está lo suficientemente preparado; así el SIDA está dentro de este grupo y al igual que antiguas enfermedades, se forman alrededor de ella prejuicios, actitudes sociales de estigmatización hacia el enfermo que dificultan su tratamiento y eventual cura (Sepúlveda, 1989).

El SIDA, es una enfermedad actual, hasta ahora incurable y mortal; es el resultado final de una infección viral que daña en gran medida al sistema inmunológico, el mecanismo de defensa más importante en el organismo.

Los primeros casos de la enfermedad probablemente ocurrieron ya hace algunas décadas, pero eran casos aislados en donde no se encontraba ninguna relación con otros padecimientos y menos

aún se sospechaba que se estaba frente a una nueva enfermedad; es en 1981 cuando en California se reportaron los primeros casos; Goltlieb un médico norteamericano reportó haber atendido a cuatro jóvenes del sexo masculino, víctimas de una rara neumonía que sólo afecta a personas cuyo sistema de defensa está severamente dañado, los pacientes atendidos referían haber gozado de buena salud hasta antes de éstas manifestaciones, teniendo en común el llevar a cabo prácticas homosexuales promiscuas (O.M.S, 1989); razón por la cual se pensó erróneamente que la enfermedad era propia de homosexuales.

El SIDA tiene muchos misterios no solamente en cuanto a su origen y a sus diversos aspectos médicos; sino también por las implicaciones futuras que tiene sobre la humanidad; aparte como se trata de una enfermedad que también se transmite por vía sexual, todo ésto ha propiciado que se desarrollen mitos sobre su contagiosidad, buscando culpables y estigmatizando poblaciones; esta reacción del hombre siempre se ha visto a lo largo de la historia en otras epidemias como la peste, la sífilis, etc., en las cuales se han culpado a los "desviados" de la diseminación del mal; por lo mismo el origen del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha prestado a este fenómeno, por ejemplo los países occidentales han culpado al Africa de ser la cuna y el foco de diseminación del mal del SIDA, sin embargo actualmente se sabe que la enfermedad es tan nueva en Africa como en cualquier otro lugar del mundo (Sepúlveda, 1989).

El SIDA ha provocado muy diversas respuestas sociales, las cuales han 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 comprensiva; aunque siguen existiendo grupos que consideran al SIDA como una enfermedad denigrante, producto de un comportamiento aberrante.

Desde 1981, que se reportaron los primeros casos de SIDA; éstos han ido en aumento rápidamente; la Organización Mundial de la Salud, reporta que hasta 1989 había 159 669 casos de SIDA en todo el mundo; de los cuales 118 713 estaban en América, 24 324 en Europa; 14 786 en Africa, 1499 en Oceanía y 347 en Asia.

En Europa los países que han notificado mayor número de casos son Francia (7 149), Alemania Federal (3 497), Italia (4 158), Reino Unido (2 372) y España (3 386). En Africa los países más afectados son Kenia, Burundi, Congo, Ruanda y Malawi.

México ocupa el decimocuarto lugar a nivel mundial y en América el cuarto después de Estados Unidos (100 885), Brasil (7 182) y Canada (2 867) (Libération, 1989).

Hasta el año de 1990 en México se habían reportado 5 400 casos, de los cuales en el Distrito Federal se concentran 1 800 y el 67% del total de casos SIDA se deben a la transmisión por vía sexual (CONASIDA, 1990). Debido a lo anterior los grupos de edad en mayor riesgo para contraer la infección por VIH, son

los jóvenes que se encuentran en plena etapa reproductiva, teniendo mayor capacidad y necesidad de relaciones sexuales más frecuentes; mismas que pueden ser prácticas sexuales de alto riesgo, sino se tiene un conocimiento amplio y claro sobre éstas.

Según los reportes de diversos países, la mayor incidencia de casos de SIDA queda comprendida en grupos que van de los 20 a los 49 años. En México el predominio hasta 1989 es entre los 25 y 44 años, que es el rango de edad más productivo del Hombre, por ésto se entiende que la enfermedad se manifiesta menos en personas de más corta edad, por que aunque se hayan infectado antes hay que tener en cuenta que el SIDA, es sólo la manifestación final de una enfermedad de evolución crónica; por ésto son los adolescentes una de las poblaciones de más alto riesgo de contraer el SIDA, aunque no lo manifiesten sino años más tarde (O.M.S, 1989).

Observando la situación del SIDA en México, la Secretaría de Salud crea en 1986 el Comité Nacional de Prevención del SIDA, cuyo objetivo es evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH, así como establecer criterios para su diagnóstico, tratamiento, prevención y control; coordinando la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control adecuadas al país. Este comité fue evolucionando y se convirtió en un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud y es en Agosto de 1988 cuando se

crea el Consejo Nacional para la prevención del SIDA (CONASIDA). Este organismo está representado por diversas instituciones del sector salud y de los sectores públicos, sociales y privados; pues se busca que exista congruencia y consenso entre éstos sectores en las medidas que se adopten frente al padecimiento.

Es en 1987 cuando el SIDA se convierte en México, en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica; la notificación de los casos tiene carácter obligatorio e inmediato.

La respuesta que han dado algunos grupos de la sociedad mexicana para la prevención del SIDA ha sido positiva, ya que se han creado diversas asociaciones civiles y sociales como grupos de homosexuales y de gente interesada en ofrecer su trabajo, para contribuir a que la enfermedad no continúe en expansión (Sepúlveda, 1989).

De esta manera queda el testimonio de los esfuerzos que se están realizando en México para enfrentar la enfermedad; los aspectos antes mencionados son fuente propicia para realizar investigaciones antropológicas, psicológicas, sociales y educativas en temas relacionados con el SIDA; sobre todo hay que dar importancia al estudio y desarrollo de la adolescencia por las implicaciones que en ella tiene, ya que como se mencionó anteriormente los adolescentes son una población de alto riesgo en adquirir la infección por VIH.

3. ADOLESCENCIA

La adolescencia es un período muy importante de los seres humanos, donde se dan diversos y rápidos cambios tanto fisiológicos, intelectuales como en la personalidad del individuo; dura aproximadamente una década y no tiene principio ni fin determinado; sobre todo en la sociedad occidental, comienza alrededor de los 12 años y termina finalizando los 19; se piensa que termina cuando el individuo llega a la madurez física como psicológica (Papalia, 1985).

De acuerdo con Sherif y Sherif (en Aberastury, 1978), la adolescencia se caracteriza por ser un período de transición entre la niñez y la edad adulta que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo y lo lleva a abandonar su auto imagen infantil y a proyectarse en el futuro de su edad adulta; es un proceso de cambio que se verá afectado por las características externas de cada cultura, que lo favorecerán o dificultarán según las circunstancias.

Para Chagoya (1980), la adolescencia es inevitablemente una etapa de turbulencia para el niño ya que cambia súbitamente de status hormonal, físico, intelectual, sexual y familiar, siendo un fenómeno bio-psico-social.

3.1. Aspectos Fisiológicos de la Adolescencia

El inicio de la adolescencia se caracteriza por el repentino crecimiento del individuo observándose la máxima diferenciación sexual, a este período se le da el nombre de pubertad.

Es durante este período donde las glándulas juegan un papel relevante, ya que ponen en marcha la producción de hormonas, las cuales transmiten órdenes a otras partes del cuerpo, estimulando las funciones e interviniendo en el metabolismo, que es la serie de transformaciones que sufren las sustancias nutritivas y que intervienen en la evolución de los diversos tejidos del organismo.

Son las glándulas endócrinas (o de secreción interna) las que rigen en gran parte la serie de cambios en los características sexuales primarias y secundarias que presenta el adolescente y que ejercen gran influencia en su vida emocional y en su desarrollo fisiológico (Comfort, 1980).

Las características sexuales primarias son las que se relacionan directamente con los órganos sexuales; como un aumento gradual de los ovarios, el útero, la vagina y labios femeninos y de los testículos, la glándula prostática, el pene y las vesículas seminales masculinas.

Las características sexuales secundarias están relacionadas con otros signos fisiológicos de maduración, los cuales se de

sarrollan por que los ovarios y los testículos producen hormo
nas femeninas y masculinas, las cuales acarreen cambios visi-
bles que ponen de manifiesto que la persona se está haciendo
adulta; estas características son el desarrollo de los senos,
ensanchamiento de las caderas, la aparición de la menarquia
que señala el establecimiento de la maduración sexual en las
niñas; y en los niños la presencia de semen en la orina, las
emisiones nocturnas y el ensanchamiento de hombros. Otras
características sexuales secundarias que aparecen en ambos
sexos son el cambio de voz, y de piel así como el crecimiento
del vello púbico, facial, axilar y corporal (Papalia, 1985).

Las glándulas endócrinas (Fig. 3-1) que tienen más influencia
en la adolescencia son:

1. Glándula Tiroides: Su función principal es la de regular
el metabolismo al actuar sobre otras glándulas. Su hormona
principal es la tiroxina.
2. Glándula Paratiroides: Su hormona paratiroidea regula el
nivel de calcio y fósforo sanguíneo.
3. Islole Endócrino del Páncreas: Funciona como glándula di-
gestiva. Sus hormonas regulan el nivel de azúcar en la
sangre.
4. Glándulas Suprarrenales: Son esenciales para la vida,
secretan hormonas como la adrenalina y noradrenalina.
5. Glándulas Hipófisis o Pituitaria: Está adherida al Hipo-
tálamo, produce principalmente los cambios glandulares en
la adolescencia y los mantiene durante la vida reproduc-

tiva. Está formado de dos partes principales:

- a) El lóbulo posterior o neurohipófisis, que produce tres hormonas: la antidiurética, vasopresina y oxitocina; ésta última participa directamente en la fisiología de la reproducción.
- b) El lóbulo anterior o adenohipófisis, que secreta seis hormonas: la somatotropina, prolactina, tirotropina, adenotropina y gonadotropinas las cuales están formadas por la hormona estimulante del folículo (HFE) y la hormona luteinizante (HL).

Las gonadotropinas tienen órganos especiales que producen las células reproductoras. La gónada masculina productora de los espermatozoides recibe el nombre de testículo. La femenina que produce los óvulos se llama ovario. Sus hormonas sexuales contribuyen de dos maneras; a que se lleve a cabo con éxito la fecundación y además estimulan el desarrollo de los caracteres secundarios y contribuyen a las respuestas del comportamiento sexual (Watson, 1971).

Las hormonas sexuales se pueden clasificar en tres tipos:

1. Andrógenos: Se producen en las células intersticiales de los testículos; los dos andrógenos más importantes son la testosterona y androste-

rona. En general los andrógenos fomentan la producción de proteínas, pero especialmente las funciones de estas hormonas se aprecian mejor por los cambios que producen durante la pubertad, ya que fomentan el crecimiento de los testículos y pene, la aparición del vello púbico axilar y facial; la voz se hace más grave y se produce una nueva proteína muscular que hace que se aumente de peso y estatura.

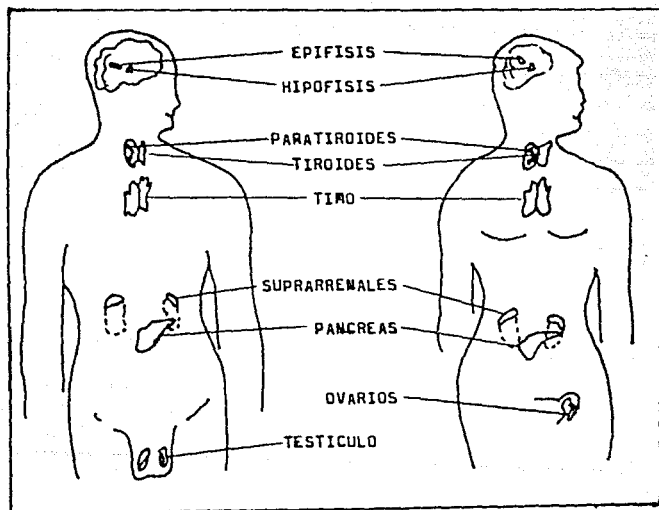
2. **Estrógenos:** Se produce en los ovarios, al igual que las hormonas masculinas sus funciones se aprecian mejor en los cambios físicos que tienen las mujeres en la pubertad.

Tanto los andrógenos como los estrógenos se producen en los testículos y en los ovarios, lo que marca la diferencia, es que el hombre produce más hormonas masculinas y la mujer más hormonas femeninas.

3. **Progesterona:** Se produce en el cuerpo lúteo del ovario, se ha llamado la hormona del embarazo, pues prepara el sistema de conductos de la mujer para la posibilidad de la fertilización e implantación, y conserva la preparación si ocurre el embarazo. A diferencia de los estrógenos, no participa en la formación de

las características sexuales secundarias
al momento de la pubertad (Gotwald, 1983).

Figura 3-1 Glándulas principales del sistema endócrino
Fuente: Gotwald, 1983.



3.2. Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino

El aparato reproductor femenino consta de dos ovarios, dos trompas de falopio, útero, vagina y genitales externos que consisten en labios menores, labios mayores y clítoris.

Organos Genitales Internos:

-Los ovarios: Cada uno se encuentra a un lado del útero, los cuales se unen a éste por el ligamento del ovario. Son glándulas mixtas ya que en su secreción externa genera los gametos femeninos u óvulos, proceso al que se le llama ovogénesis, el cual comienza entre los 11 y 13 años y se prolonga hasta los 40-50 años aproximadamente en que se presenta la menopausia. Los ovarios están constituidos por una capa externa llamada estroma, la túnica albugínea y por las células sexuales, contenidas en vesículas llamadas folículos de Von Graef; es aquí donde se realice la ovogénesis. Cada óvulo maduro es circular, no tiene movimiento propio; está formado por un núcleo, citoplasma con abundantes sustancias nutritivas de reserva. Generalmente un ovario libera un óvulo en un mes y el otro ovario al mes siguiente, aunque pueden trabajar los dos ovarios al mismo tiempo y en ocasiones un mismo ovario libera más de un óvulo a la vez.

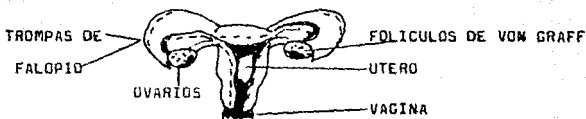
-Las trompas de falopio: Son estructuras pares cuya función es llevar los óvulos al útero; forman una especie de embudo que se llama pabellón, el cual se angosta en un conducto estrecho.

y desemboca en el útero (Gutiérrez, 1977).

-El útero o matriz: Es un órgano en el cual se abren las trompas de Falopio; esta estructura consta de una porción superior ancha que se llama cuerpo o fondo, y una porción inferior estrecha, el cuello. La cavidad uterina, localizada en el interior del cuerpo del útero, se estrecha al pasar a través del cuello, formando un conducto cervical que desemboca en la vagina. Su función es alojar a los óvulos fecundados.

-La vagina: Es una cavidad virtual, que se extiende desde el cuello uterino hasta la zona denominada vestíbulo. En la abertura externa de la vagina se encuentra una membrana que se llama himen, la cual en ocasiones no existe y en otras se romperá al momento de la primera relación sexual. (Fig. 3-2).

Figura 3-2 Aparato Reproductor Femenino
Fuente: Gutiérrez, 1977.



Organos Genitales Externos:

- El Clítoris: Se localiza arriba del orificio de la uretra, es una importante fuente de sensación y placer sexual.
- Los labios menores: Se encuentran a ambos lados del vestíbulo; cada uno contiene numerosos vasos sanguíneos.
- Labios mayores: Son pliegues de piel que flanquean a los labios menores, contienen glándulas sebáceas (Gotwald, 1983).

3.3. Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Masculino

El aparato reproductor masculino consta de dos testículos, bolsas de escroto, vías seminales, epidídimo o vaso deferente, glándulas sexuales accesorias (vesícula seminal, próstata y glándulas de Cowper) y pene (Fig. 3-3).

-Testículos: Son cuerpos ovoides que se alojan en las bolsas de escroto. Cada testículo está compuesto por una serie de compartimentos que contienen varios tubos microscópicos, llamados tubos seminíferos; es dentro de éstos tubos donde se producen los gametos masculinos o espermatozoides; a este proceso se le llama espermatogénesis que comienza desde los 13 o 14 años y se continúa durante toda la vida del individuo. Entre los tubos seminíferos existen células que forman un tejido y son llamadas células intersticiales, estas células son las que producen las hormonas sexuales masculinas.

Los espermatozoides son células sexuales, tienen forma alargada y con movimiento propio, en los tubos seminíferos se originan constantemente millones de espermatozoides, que son expulsados al exterior como integrantes del semen, cada milímetro cúbico, contiene aproximadamente 120 millones. Al acto de expulsión del semen se le llama eyacuación y se efectúa comúnmente durante el acto sexual.

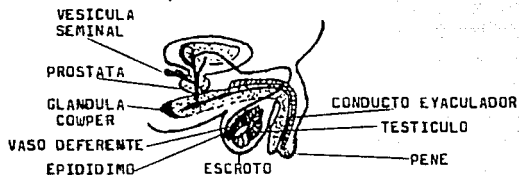
-Vías seminales: Son los conductos por medio de los cuales se excreta a los espermatozoides; principian por una porción

recta que se ramifica formando la red testicular, de la cual salen finos conductos llamados conos eferentes, alojados en el epidídimo, el cual cubre una parte del testículo, en cada epidídimo hay un conducto llamado vaso deferente que en su porción terminal está relacionado con la vesícula seminal, donde se almacena el líquido seminal; en esa misma unión se desprende el conducto eyaculador, por donde desemboca finalmente el semen; este conducto atravieza la próstata, la cual es un conjunto de glándulas, cuyos conductos convergen para abrirse en la uretra. Su secreción contiene abundantes cantidades de ácido cítrico y lípidos (grasas). Las glándulas Cowper, son dos pequeñas estructuras localizadas cerca del bulbo de la uretra; su secreción es semejante al moco y actúa como lubricante para los espermatozoides que pasan a través de la uretra.

-El Pene: Consiste principalmente de tres masas cilíndricas de tejido eréctil, que se caracteriza por su red esponjosa. Dos de estas masas de tejido, los cuerpos cavernosos, se encuentran arriba del cuerpo esponjoso que contiene la uretra. El cuerpo esponjoso termina en un engrosamiento cónico denominado glande que está cubierto de un pliegue de piel, el prepucio. El estado funcional del pene varía según un complicado suministro de sangre. En estado flácido, la mayor parte de la sangre penetra a través de la arteria dorsal del pene; pero cuando el pene está erecto es decir cuando se pone rígido, se caracteriza por un aumento sanguíneo a través de

las arterias profundas. La erección puede producirse por la estimulación directa del pene, estimulación táctil de otras estructuras corporales o pueden ser dirigidas por centros superiores del cerebro en respuesta a una gran variedad de estímulos incluyendo las fantasías eróticas (Gotwald, 1983).

Figura 3-3 Aparato Reproductor Masculino
Fuente: Gutiérrez, 1977.



3.4. Cambios Hormonales en la Adolescencia

Los cambios hormonales en la adolescencia se inician con la pubertad; como se mencionó anteriormente éstos cambios se hacen manifiestos en las características sexuales primarias y secundarias que presentan los adolescentes, puesto que comienza la función hormonal de los ovarios y de los testículos.

Una vez que ha tenido lugar el desarrollo de la pubertad, el hombre comienza a producir enormes cantidades de espermatozoides, presentando a menudo emisiones nocturnas, que generalmente se acompañan de sueños eróticos. En la mujer se inician dos funciones en su sistema reproductor; la primera es la maduración del óvulo que se conoce como ovulación y la segunda consiste en la desintegración del óvulo y la eliminación de

la capa sanguínea que recubre al útero, lo que se conoce como menstruación (Papalia, 1985).

El ciclo menstrual se inicia cuando un óvulo comienza a madurar dentro del folículo; lo cual dura entre los 10 y 14 días, esta etapa se denomina maduración del folículo. En el 14o. día el folículo crece al máximo, se rompe liberando al óvulo que cae por la cavidad peritoneal y es recogido por los pabellones de las trompas de falopio, por las cuales desciende, esta es la etapa de ovulación; el óvulo tarda en llegar al útero entre 5 y 7 días, conociéndose esta fase como período de receptividad ya que durante él puede efectuarse la fecundación. A partir del momento en que el óvulo se desprende del folículo, se comienza a formar en éste el cuerpo amarillo el cual bajo la influencia de la HL, comienza a secretar progesterona, que prepara al endometrio para el embarazo. También produce estrógenos. Durante este tiempo la pared del útero ha engrosado, preparándose para recibir al embrión; ésta es la etapa de fijación, que si se realiza es aproximadamente a los 21 días del ciclo menstrual. Si no hay embarazo, el cuerpo amarillo se contrae y deja de enviar la hormona estimulante al útero. Paralelamente, en el útero el óvulo se desintegra; la matriz ya no recibe las hormonas del embarazo, lo que produce la contracción de los vasos sanguíneos, cuando esta contracción cede, la sangre es expulsada junto con la mucosa uterina, esto sucede en el día 28 y comienza la menstruación que dura 4 o 5 días. Así en el día 1 de menstruación se inicia

un nuevo ciclo menstrual (Comfort, 1980).

Todos estos cambios físicos y hormonales que hay en el comienzo de la adolescencia no son los mismos para todos los adolescentes, ya que hay que tomar en cuenta la gran variabilidad existente en cuanto a la aparición, duración e incluso el ritmo de los diversos cambios, ya que estos varían de acuerdo a diversos factores como sexo, históricos, genéticos, económicos etc. (Rocheblave, 1978).

3.4. Aspectos Psicológicos de la Adolescencia

Durante la adolescencia las transformaciones fisiológicas van unidas a diversos fenómenos psicológicos; algunos son consecuencia directa de los cambios endocrinos y otros son reacciones personales ante el cuerpo transformado, ya que existe una reelaboración del esquema corporal existiendo actitudes frente al propio cuerpo percibido de manera inmediata o por medio del círculo que le rodea; así el cuerpo sirve de soporte para todas las identificaciones, siendo uno de los puntos fijos de la experiencia existencial, insertándose igualmente en la opinión que uno tiene de sí mismo, naciendo el sentimiento del propio valor o no valor personal (Rocheblave, 1978).

El rápido crecimiento del cuerpo y la nueva maduración genital hacen que los adolescentes evidencien su madurez, lo cual hace

que se pregunten acerca de sus papeles en la sociedad; siendo entonces la tarea más importante del adolescente la búsqueda del sí mismo y de su identidad, lo que da como resultado que en la adolescencia se da una reestructuración de los esquemas del comportamiento social, el que era tratado como niño se empieza a cuestionar y a entrar en conflicto con el tipo de relaciones que mantiene con los demás, ya no es el niño que depende del adulto, sino un adolescente que empieza a buscar su independencia que lo lleve a ser un adulto autosuficiente, esta búsqueda de autosuficiencia lo hace cuestionarse y entrar en desacuerdo con hechos que antes no había tomado en cuenta como actitudes, valores, ideologías y estilos de vida que la generación adulta sustenta (Alvarez, 1983).

Erikson en 1950 (en Papalia, 1985), identificó a la adolescencia como una crisis de identidad, considerando que el primer riesgo de esta crisis es la confusión de identidad. Los adolescentes expresan su confusión actuando impulsivamente, considerando a las pandillas exclusivas de la adolescencia y su intolerancia a las diferencias como defensa contra la confusión de identidad.

Para Erikson, la crisis de identidad es un proceso saludable y vital que contribuye a fortalecer el yo del adulto maduro, así la búsqueda de identidad es una empresa que se produce a lo largo de la vida.

Esa misma búsqueda de su identidad hace difícil comprender al adolescente ya que en él existen contradicciones y ambivalencias que dominan su vida y sus actitudes, como el gusto por la soledad y la búsqueda de la banda, el desprecio al adulto y su referencia a él, o las constantes fluctuaciones del humor (Rocheblave, 1978). En su búsqueda de independencia, los adolescentes a menudo rechazan los intentos de sus padres para guiarlos, así mismo al tratar de encontrar sus propios valores en una sociedad confusa, las personas jóvenes se preocupan por la autenticidad de aquellos que observan como modelos, por lo que a menudo califican a sus padres de hipócritas, cada vez que se dan cuenta de cualquier incongruencia entre los ideales que ellos tienen y el comportamiento real. Generalmente las primeras imágenes de sus padres como seres perfectos se derrumban, siendo de ahí en adelante personas como cualquier otra. La hostilidad frente a sus padres y al mundo se expresan en su desconfianza, en la idea de no ser comprendidos (Papalia, 1985).

Los adolescentes requieren de libertad para pensar por sí solos; quieren saber lo que sus padres opinan sobre diversos asuntos, pero ellos también desean llegar a sus propias conclusiones, mientras buscan respuestas desean ser escuchados, respetados y sobre todo tomados en serio; es así como el adolescente va decidiendo su personalidad, en la inserción que tiene en el mundo social del adulto, su nuevo plan de vida le exige plantearse el problema de los valores éticos, afectivos, intelectuales, lo

cual implica el nacimiento de nuevos ideales y de su lucha por conseguirlos (Aberastury, 1978).

Durante la adolescencia la tendencia a agruparse con sus iguales y el deseo de ser aceptados por los demás es muy fuerte, por lo que el grupo adquiere gran importancia, ya que existe un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno, a veces este proceso es tan intenso que el individuo pertenece más al grupo de sus iguales que al grupo familiar.

Los adolescentes se identifican con otros jóvenes de su edad por que sienten que comparten los mismos valores personales que la mayor parte de la gente de más edad; sintiendo que nada tienen que aprender de sus mayores; considerando que sus iguales pueden enseñarles puntos de vista más valiosos, de tal manera que pasan gran parte de su tiempo con gente de su misma edad (Papalia, 1985).

Los cambios físicos, sociales y psicológicos que tienen los adolescentes, influyen de manera directa en su personalidad, la cual es considerada como un factor muy importante para su comportamiento sexual. La sexualidad en la adolescencia llega a destacarse, ya que la forma en que evoluciona, la actitud y los conocimientos que los jóvenes tienen hacia ésta, son factores esenciales que se deben estudiar, para entender los riesgos, problemas psicosociales y de salud que surgen en torno a ella.

4. SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE

Durante la adolescencia la sexualidad llega a ser muy importante constituyendo un centro de predominante interés; la sexualidad es un proceso evolutivo, una experiencia personal y una expresión de comportamiento. El significado profundo de la sexualidad en la vida de los Hombres no se limita al dormitorio, a la noche ni a ninguna parte específica del cuerpo. La sexualidad es parte de la identidad básica en los seres humanos, se expresa en cada estilo personal de vida, en los papeles masculinos o femeninos, en los modos de expresar los afectos y también en el comportamiento erótico. La sexualidad y la forma en que se expresa no es totalmente innata; tampoco los Hombres se convierten en seres sexuales súbitamente y por completo durante la adolescencia; al contrario es un proceso lento que se continua durante toda la vida. Lo que se aprende y como se aprende, pueden ser diferentes en todo el ciclo de vida. La información y la actitud que afecta el desarrollo sexual viene de una multitud de raíces y medios formales o informales, intencionales o causales; como padres maestros, amigos, medios de difusión, lecturas, etc. (Katchadourian, 1978).

En conclusión se puede decir que la sexualidad forma parte del individuo, se inicia con la vida, evoluciona, se enriquece de ella pero siempre de acuerdo a los factores ambientales que le rodean.

4.1. Actitudes y Sexualidad

En la mayor parte de las sociedades occidentales, la pubertad y los cambios físicos que se producen durante la misma, son la señal para el mundo social que lo rodea, que, el que era niño se está convirtiendo en una persona potencialmente sexual; lo que significa que debe ser considerada y tratada de manera distinta y con diferentes expectativas.

En la forma más típica de las sociedades actuales, la persona joven llega a la pubertad ignorando en gran parte la sexualidad del adulto, por lo que la mayoría de ellos utilizan el período de la adolescencia para adquirir destreza en la conducta sexual (Gagnon, 1980).

Alrededor de la sexualidad se forman actitudes, que son el resultado de la relación entre las personas y los objetos, tomado como objetos a las personas, cosas, grupos, valores, productos sociales e ideologías que son aprendidas en forma directa o indirecta.

Así las actitudes hacia la sexualidad se ven influenciadas por el momento histórico y la cultura en que se vive, formándose en un principio a través de los primeros contactos del niño con la familia; a medida que éste crece, recibe los modelos de grupos de amigos y de las instituciones sociales como la escuela y/o la iglesia; éstas influencias dependen de la cultura de

que se trata y del subgrupo que ocupa el individuo dentro de ella.

A menudo los principios inculcados por los padres, son predominantes para la formación de actitudes, ya que aún cuando la mayoría de los padres no hablan abiertamente de la sexualidad con sus hijos, establecen un ejemplo de la manera en que los hombres y las mujeres se relacionan, los abrazos, besos, ademanes afectuosos son formas de información. La mayoría de la gente encuentra difícil hablar de sexualidad; en nuestra sociedad el hablar sobre temores, esperanzas, éxitos y fracasos, secretos y fantasías, en cuanto al tema sexual es raro aún con la pareja, por lo que pocas veces se maneja este tema con apertura, amplitud y claridad; incluso la mayoría de los padres no pueden vencer sus propias inhibiciones para hablar con sus hijos de la sexualidad, enunciando así mensajes contradictorios, que confunden a sus hijos respecto a las actitudes que deben adoptar frente a la sexualidad (Horrocks, 1974).

Al parecer los adultos se limitan a restringir la información y hacer que los niños y adolescentes se ajusten al comportamiento social aceptado, por lo que se ven obligados a satisfacer sus inquietudes por otros medios, haciéndose más importante para el adolescente los amigos que lo instruyeron respecto al sexo, aunque la información que se trasmite sea errónea o incompleta.

Las escuelas también tienen un papel en la formación de actitu

des y conocimientos hacia la sexualidad, sin embargo tienden a limitarse a los aspectos relacionados con la fisiología. También los medios de comunicación estimulan la sexualidad, pero no en forma abierta y sencilla, ni con bases científicas, ya que muchas veces aparecen escenas que implican una relación sexual, que únicamente se deja entrever. Con estos mensajes incompletos pero insinuantes, lo que se logra es reforzar que la sexualidad se considere algo misterioso rodeado de tabúes y falsos prejuicios (Corona, 1978).

4.2. Evolución Sexual del Adolescente

Uno de los aspectos importantes que se dan en la evolución sexual del adolescente es la masturbación, que es el obtener placer sexual a través de la autoestimulación de los órganos genitales; la cual es una forma para descargar todo tipo de tensión aunque no sea sexual; para Rocheblave (1978) los conflictos y las emociones encuentran alivio y salida de ésta forma. Según Eda Le Shan (1986), la masturbación es parte del proceso de maduración sexual y de la experiencia, que no sólo es normal sino hasta necesaria y saludable, pues es una forma válida y apropiada de la búsqueda de identidad personal del adolescente; además de que es una prueba del funcionamiento genital y un reconocimiento del instrumento que lo capacitará para enfrentarse posteriormente con la relación genital.

Sin embargo la masturbación todavía tiene muchos aspectos de tabú que siguen provocando conflicto en los adolescentes, ya que por una parte la ven como sana y necesaria y por otra como algo malo y perjudicial.

Cuando el adolescente va aceptando su genitalidad inicia la búsqueda de la pareja, es el período en que comienzan los contactos superficiales como besos y caricias, las cuales son cada vez más profundas e íntimas; observándose un oscilar entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital.

La relación genital heterosexual completa ocurre casi siempre durante la adolescencia, es un fenómeno mucho más frecuente de lo que habitualmente se considera en el mundo de los adultos. Estos tratan de negar la genitalidad del adolescente y no sólo minimizan su capacidad de relación genital heterosexual, sino que la dificultan. Para Aberastury (1978) las relaciones sexuales de los adolescentes tienen un carácter exploratorio, de aprendizaje de la genitalidad, que un verdadero ejercicio genital adulto.

Para Erickson (en Montoya, 1980), las relaciones heterosexuales en la adolescencia se caracterizan más por la experimentación, que por una genuina vinculación afectiva, frecuentemente el enamoramiento a esta edad no es una vivencia sexual, sino una tentativa para definir la identidad del yo, mediante la proyección en un compañero querido.

Existen estudios que han demostrado que los adolescentes están empezando a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas; en México Díaz Loving, Pick Susan y Andrade Patricia (1988), realizaron un estudio con adolescentes que habían y no habían tenido relaciones sexuales, encontrando que el 45% de la población de adolescentes entre 16 y 17 años de edad, sa lían con un muchacho y el 23% habían tenido relaciones sexuales, así mismo se observó que la edad promedio en que habían tenido su debut sexual era de 16.4 años. En otro estudio realizado por el IMSS (1981), llevado a cabo con estudiantes universitarios, indicó que el 85% de la muestra de varones y el 25% de la muestra de mujeres reportan haber tenido relaciones sexuales.

En lo que se refiere a las actitudes de los adolescentes hacia la sexualidad, Montoya Perez (1980), realizó una investigación con estudiantes de preparatoria, encontrando que las relaciones sexuales antes del matrimonio como una práctica común, son rechazadas por las mujeres y los hombres tendían a aceptarlas más para sí mismos que para aquellas; se reportó que el 13% de la muestra de mujeres y el 56% de la muestra de hombres habían tenido relaciones sexuales; en su mayoría las mujeres la realizaban con su novio; en lo que respecta a los hombres la mayor parte tenía relaciones sexuales con parejas ocasionales; siendo mínimo el número de adolescentes que sostenía regularmente relaciones en forma estable con una misma pareja.

Estudios realizados por Pick de Weiss, Díaz Loving Y Andrade Palos, en 1988, han encontrado una relación positiva entre el grado de tradicionalismo y actitudes sexuales. Por otra parte se ha visto que aspiraciones educativas y ocupacionales elevadas reducen la posibilidad de tener debut sexual a edades tempranas.

Así se observa que cada vez existen menos adolescentes vírgenes, es decir que no han tenido su debut sexual; Sorensen en 1973 (en Papalia, 1985) realizó un estudio con un grupo de adolescentes, donde la mayoría de los jóvenes afirmaron que las muchachas no debían permanecer vírgenes hasta el matrimonio; éstos muchachos no daban importancia a la virginidad en sus futuras esposas. Sin embargo siguen existiendo presiones contra la actividad sexual premarital, sobre todo femenina, ya que la mujer ha sido más duramente criticada en la participación sexual; la joven desde pequeña es inducida a negar todo aquello relacionado con el funcionamiento de su cuerpo, todavía existen jóvenes que piensan que cualquier satisfacción sexual es indebida; la pérdida de la virginidad representa un peligro social, puesto que debe ser definida como el valor que la hará una mujer aceptada y en caso contrario sufrirá devaluación como ser humano (Corona, 1978). A pesar de ello, la virginidad como valor social ha perdido importancia en la actualidad; ahora muchos jóvenes se sienten presionados a involucrarse en relaciones sexuales. Algunas veces, los adolescen-

tes se preocupan por su normalidad, cuando todavía son vírgenes a los 19 o 20 años; muchos de ellos se comprometen en actividades sexuales para verse libre de la molestia que puede implicarles la virginidad y pueden incluso sentir que se liberan de presiones por parte de las amistades, si inician su actividad sexual (Papalia, 1985).

4.3. Embarazo, Aborto y Conducta Anticonceptiva

La actividad sexual entre los adolescentes ha ido en aumento, lo que ha ocasionado altos niveles de embarazos no deseados, debido en gran parte a la poca información que se tiene sobre anticoncepción; además ha propiciado un aumento en la transmisión de enfermedades venereas, abortos y madres solteras; por ejemplo, en 1982 el 12.9% del total de nacimientos en México fue de madres solteras entre 12 y 19 años de edad (Díaz Lovin, Pick de Weiss, Andrade Palos, 1988). En Estados Unidos en la década de los setenta se incrementaron los nacimientos fuera del matrimonio y la mayoría de las madres solteras se habían embarazado hacia los 17 años (Papalia, 1985).

El tener hijos no deseados, ha incrementado el nivel de abortos, por ésto y por condiciones de seguridad es que muchos países occidentales lo han permitido; ya que muchos abortos ilegales no son seguros, puesto que se realizan en malas condiciones y con personas sin adiestramiento médico que ponen en peligro la

salud de la mujer. Cuando se legalizó el aborto en Estados Unidos, de las mujeres que lograron abortar, el 60% eran menores de 25 años y en general solteras (Gowald, 1983). Sin embargo muchas mujeres prefieren que continúe su embarazo, aún siendo solteras, ya sea por factores socio-culturales y/o religiosos.

Aunque la actividad sexual comienza cada vez más en edades tempranas, las personas jóvenes rara vez buscan ayuda anticonceptiva, hasta que han sido sexualmente activas durante un año o más. El embarazo entre las jóvenes, es generalmente el resultado de no usar anticonceptivos. Shan, Zelnik y Kanter (en Papalia, 1985), realizaron una investigación sobre el uso de anticonceptivos, encontrando que la mayoría de las jóvenes adolescentes sexualmente activas, no usaban anticonceptivos en sus relaciones sexuales; muchas de ellas creían que si no deseaban un bebé, no lo tendrían. Otra razón que encontraron para no usar anticonceptivos, fue la no disponibilidad de los mismos. Algunas jóvenes ignoraban cuáles serían los métodos más efectivos y había temor de que sus padres se los encontrarán y otras más consideraban que era responsabilidad del compañero. En cuanto a los hombres, Sorensen en 1973 (en Papalia, 1985), realizó un estudio con muchachos adolescentes sexualmente activos, encontrando que un 50% no habían usado preservativo aunque era el anticonceptivo más común. Algunos de estos jóvenes tenían que si discutían la posibilidad de un embarazo, sus compañeras cambiarían de opinión respecto al hecho de desear

la relación sexual.

En estudios realizados más recientemente como el de Dryfoos en 1983 (en Henry P., 1988), muchos adolescentes manifiestan actitudes responsables hacia el sexo, anticoncepción y paternidad. Parece ser que hay un incremento en la responsabilidad sexual muy relacionado con el deseo de evitar un embarazo no planeado que pueda amenazar el logro de metas. Sin embargo para evitar un embarazo no deseado se requiere de capacidad y deseo. La capacidad depende de los conocimientos que se tengan sobre reproducción y anticoncepción, el acceso a los servicios de planificación familiar, y la habilidad para usar anticonceptivos eficazmente. El deseo de evitar un embarazo no deseado es importante, ya que si los adolescentes conocen y tienen acceso a los métodos anticonceptivos, los utilizarán y podrán prevenir un posible embarazo.

Muchos adolescentes no son conscientes de la incongruencia, que presentan entre las actitudes expresadas y su conducta sexual. Esto puede explicar, el porque muchos adolescentes esperan que transcurra mucho tiempo después de su debut sexual antes de utilizar algún método anticonceptivo. Otra razón para aplazar el uso de anticonceptivos, puede ser el rechazo a asistir a un centro médico, en el que deban identificarse y admitir ante otros su actividad sexual. Debido a lo anterior se deben realizar más estudios, de las razones del porqué tiene los adolescentes relaciones sexuales sin usar anticonceptivos (Henry P, 1988)

4.4. Prácticas Sexuales en Adolescentes

La práctica sexual más común entre los jóvenes son las relaciones sexuales vaginales; aunque las relaciones sexuales orales han ganado gran aceptación como método de juego sexual. Sorensen (en Gotwald, 1983), realizó un estudio con adolescentes, encontrando que un 57% de la muestra que no había tenido relaciones sexuales, consideraban al contacto bucal como anormal. El analismo sexual, rara vez se practica en los contactos sexuales de los adolescentes; excepto por alguna experimentación ocasional; este tipo de relación es utilizado por los homosexuales y bisexuales masculinos; estas prácticas sexuales son cada vez más visibles; Sorensen (en Papalia, 1985), realizó un estudio con adolescentes y la mayoría consideró que la homosexualidad era anormal y el 17% reportó tener algún tipo experiencia homosexual;

Otro problema muy grave que resulta del incremento de la actividad y práctica sexual y de la poca información sobre sexualidad son las enfermedades venéreas, las cuales han ido en aumento los últimos 20 años; en la actualidad es posible curarlas, pero apareció el SIDA el cual es incurable y mortal; convirtiéndose en un grave problema de salud pública; de aquí la importancia de saber sus aspectos clínicos y las actitudes y conocimientos que los adolescentes tienen hacia ésta; para así tener medidas de prevención y control que realmente sean efectivas.

6. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL SIDA

En este siglo, donde parecía que se habían enfrentado exitosamente todas las epidemias conocidas, el SIDA ha venido a desafiar espacios públicos y privados de la vida humana, se ha constituido en una amenaza, ha cuestionado las maneras en que una comunidad concibe y organiza sus relaciones con el proceso salud-enfermedad, y ha suscitado reacciones muy semejantes a la de tiempos anteriores, en esferas sociales, políticas y científicas (Sepúlveda, 1989). Así el SIDA se ha convertido en un problema social, que ha despertado el interés de las instituciones de salud, no solo en el aspecto médico, sino en los aspectos sociales que influyen de manera directa o indirecta en la propagación de la enfermedad.

Considerar el enfoque social a fin de establecer medidas que permitan reducir la expansión del SIDA significa hablar de aspectos económicos, socioculturales, educativos e ideológicos en la prevención y atención del SIDA. Esto implica, que no se deben descontextualizar a los individuos de su ambiente social, ya que tanto los que pertenecen a grupos con alto riesgo de enfermar, como los susceptibles de contraer el SIDA, son seres humanos que viven en una sociedad históricamente determinada y forman parte de un grupo social específico; debido a esto los individuos tienen cierto modo de vida y poseen determinados patrones socioculturales y expectativas que dominan sus actitudes y comportamientos sociales (CONASIDA, Nov./Dic. 1988).

5.1. Infección

El SIDA, es resultado final de una infección viral que daña en gran medida al sistema inmunológico, el mecanismo de defensa más importante del organismo. Se trata de un fenómeno epidémico con tendencia a generalizarse; su agente causal es un virus perteneciente al grupo de los retrovirus; es un virus lento ya que su período de incubación es prolongado, al cual se le denomina Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), éste virus se reproduce únicamente en las células vivas y es capaz de invadir cualquier tipo de células de los diversos tejidos humanos, teniendo predilección por un grupo celular de la sangre, los glóbulos blancos denominados linfocitos T, las células B y los macrófagos, así como otras células de éste grupo y algunas del Sistema Nervioso Central, a las que infecta de manera persistente y tenaz.

El VIH se introduce en los glóbulos blancos cuya superficie es portadora de una glucoproteína llamada T-4 (linfocitos T) e impide que los glóbulos blancos cumplan su función alertadora, inductora o auxiliadora de todo el sistema de defensa.

Al método de reproducción del VIH se le llama replicación, en el que interviene una enzima específica denominada transcriptasa inversa, que le permite al virus integrar su propio código genético al del linfocito T-4, de tal manera que cada vez que la célula infectada se reproduce, incluye el código viral que

permite su rápida y permanente reproducción, por lo que éste linfocito se convierte en una fábrica muy productiva, cuyos virus liberados destruyen la pared del linfocito T-4 y dan lugar a la invasión de nuevas células, por lo que a medida que avanza el padecimiento van desapareciendo de la sangre del individuo infectado los linfocitos T-4, así la deficiencia se vuelve permanente y progresiva. La pérdida de inmunidad es selectiva y afecta sobre todo a las partes del sistema inmunológico que intervienen en la defensa contra parásitos, virus y hongos; por lo que un sistema de defensa así dañado no puede defenderse de algunas infecciones y cánceres que generalmente son la causa directa de la muerte (O.M.S, 1989).

El primer virus responsable del SIDA fue descrito por dos grupos de investigadores: uno del Instituto Pasteur, en 1983, y otro del Instituto Nacional del Cáncer en los Estados Unidos, en 1984; sin embargo en 1986 se aisló otro virus del SIDA muy parecido, pero con diferencias genéticas; actualmente se conoce como VIH-2, para diferenciarlo del primero. Los virus VIH-1 y VIH-2 tienen una notable capacidad para cambiar, lo cual constituye una de las principales dificultades para desarrollar una vacuna efectiva. Sin embargo esta propiedad para mutar no significa que de origen a uno nuevo, pues lo que cambia son sólo algunas proteínas de su envoltura.

Las evidencias epidemiológicas de que se disponen indican que el VIH-2 ha restringido su circulación al África Occidental y

Europa (CONASIDA; julio/agosto, 1985).

El desarrollo de la infección por VIH es muy variable de una persona a otra, siguiendo diversas vías de desarrollo. Desde la falta total de síntomas, hasta ligero malestar, desórdenes neurológicos y enfermedad mortal. El SIDA constituye sólo la etapa final de la infección (Fig. 5-1).

Figura 5-1 Historia natural de la infección con VIH
Fuente: Population Reports (1987).



La mayoría de las personas recién infectadas por el VIH no presentan síntomas, pues el virus tiene un período de incubación, que es el tiempo comprendido entre la infección y la aparición de las manifestaciones de la enfermedad; el cual puede oscilar desde los 4 meses a los 10 años, con un promedio de 5 años; por lo que la mayoría de los portadores asintomáticos del VIH son los llamados seropositivos y se pueden detectar a través de una prueba de sangre llamada Elisa; siendo la única prueba que permite determinar si la persona ha estado en contacto con el virus. Después del período de incubación del virus donde el individuo es asintomático, sigue un estado que precede al SIDA y es llamado complejo sintomático relacionado (CSR), que se caracteriza por la inflamación de los ganglios linfáticos, por un período de tres meses, que puede ir acompañada de sudores

nocturnos, fiebres y/o diarrea persistente, pérdida de peso corporal, candidiasis bucal (algodoncillo); estos síntomas pueden ocurrir de manera persistente o intermitente y de gravedad variable. El SIDA se caracteriza por el gran ataque al estado general, la presencia de diversas infecciones y cánceres (Cuadro 5-1), que sólo se hacen manifiestos cuando el sistema de defensa del organismo está seriamente dañado, los cuales ponen en peligro la vida y son la causa directa de la muerte (O.M.S, 1989).

Cuadro 5-1 Infecciones bacterianas comunes relacionadas con el SIDA
Fuente: Ministerio de Salud (1987)

Infecciones bacterianas más comunes relacionadas con el SIDA	
<p>Neumonía bacteriana: causada por un agente que puede sobrevivir por tiempos en el ambiente y que puede ser transmitido por contacto directo con el individuo infectado o por aerosolización de la secreción de las vías respiratorias.</p>	<p>Neumonía de Kaposi: asociada con los virus linfocitarios, que se ven comúnmente entre las infecciones de SIDA. Se transmite por contacto directo con el individuo infectado, o por aerosolización de la secreción de las vías respiratorias.</p>
<p>Neumonía de la gripe: causada por un agente que puede ser transmitido por contacto directo con el individuo infectado o por aerosolización de la secreción de las vías respiratorias.</p>	<p>Tuberculosis: causada por un agente que puede ser transmitido por contacto directo con el individuo infectado o por aerosolización de la secreción de las vías respiratorias.</p>
<p>Neumonía por hongos: causada por un agente que puede ser transmitido por contacto directo con el individuo infectado o por aerosolización de la secreción de las vías respiratorias.</p>	<p>Neumonía por hongos: causada por un agente que puede ser transmitido por contacto directo con el individuo infectado o por aerosolización de la secreción de las vías respiratorias.</p>
<p>Neumonía por hongos: causada por un agente que puede ser transmitido por contacto directo con el individuo infectado o por aerosolización de la secreción de las vías respiratorias.</p>	<p>Neumonía por hongos: causada por un agente que puede ser transmitido por contacto directo con el individuo infectado o por aerosolización de la secreción de las vías respiratorias.</p>

5.2. Transmisión

El VIH puede vivir dentro de las células por muchos años; sin embargo fuera de ellas su vida se reduce notablemente. Por esta razón, la sangre y los líquidos corporales que poseen globos

los blancos como el semen, secreciones vaginales y líquido cefalorraquídeo, son excelentes vectores del virus, además de que tienen mayor concentración del VIH. En los líquidos corporales como lágrimas, saliva, sudor, leche materna y orina el virus se encuentra fundamentalmente libre, fuera de las células, siendo por ello poco infectante, además de que su concentración en estos sitios es muy baja. Fuera del organismo, en superficies inertes, tales como objetos de uso común, su vida se reduce aún más; ya que el VIH, tiene una envoltura rica en grasas, que puede ser fácilmente degradable por los diversos procedimientos de limpieza utilizados en forma rutinaria como el agua, el jabón, alcohol, calor, etc. (Sepúlveda, 1989).

Hasta la fecha existen pruebas concluyentes de que el VIH sólo se transmite por cuatro mecanismos:

1. Por exposición a sangre contaminada; bien sea mediante la transfusión o por agujas contaminadas, por lo que el uso de drogas intravenosas es un problema de gran magnitud; sobre todo en Estados Unidos y Europa; ya que a pesar de que los volúmenes de sangre son pequeños, se inyectan por vía intravenosa y en repetidas ocasiones, lo que aumenta el riesgo considerablemente (CONASIDA, Julio/Agosto, 1988).
2. Perinatal, de una madre infectada a su hijo, a través de la placenta. Una madre infectada puede contagiar al feto durante el embarazo o el parto.
3. Mediante el trasplante o injerto de tejidos y órganos per-

tenecientes a personas infectadas; éste mecanismo de transmisión casi no existe, por las medidas preventivas que tiene el personal de salud para que no ocurra.

4. A través del contacto sexual en el que existe intercambio de líquidos corporales (sangre y/o semen). La transmisión es de hombre a hombre, de hombre a mujer y viceversa, existiendo prácticas sexuales con mayor riesgo que otras (Population Reports, 1987).

De las prácticas sexuales de mayor a menor riesgo para infectarse con el VIH serían:

- a) Coito anal: Puesto que la irrigación sanguínea es muy rica en el recto y durante el coito el epitelio que rodea al recto sufre lesiones, permitiendo el contacto del VIH, contenidos en el semen ahí depositado. Por otro lado, el penetrador puede tener lesiones en el pene, que al ponerse en contacto con la sangre infectada, proveniente de las lesiones rectales del compañero (a), permite la entrada del VIH a la circulación sanguínea.
- b) Coito Vaginal: El epitelio que cubre la vagina parece ser de nuevo la explicación. El riesgo de contagio aumenta durante la menstruación, por los cambios hormonales a los que está expuesta la mucosa vaginal y por la mayor accesibilidad al

torrente circulatorio. Al parecer, existe mayor riesgo de transmisión por coito vaginal de hombre infectado a mujer expuesta al riesgo, que viceversa, ya que el semen posee una mayor concentración de partículas virales, que las secreciones vaginales.

- c) Sexo oral: La participación de la boca en las relaciones sexuales implica contacto de la mucosa oral con el pene o con las mucosas vaginales; es posible que este tipo de práctica sexual favorezca la transmisión del VIH, ya que no se puede evaluar en forma exclusiva sino como parte de todo el acto sexual, que generalmente culmina con el coito vaginal o anal (Sepúlveda, 1989).

No se ha probado que el VIH se propague por contacto casual o por estrecho contacto familiar, con personas infectadas o aún con SIDA; inclusive viviendo en condiciones de hacinamiento, ni por compartir cuartos de baño, excusados, lavabos, albercas, transportes colectivos, utensilios de cocina, el darse un beso; tampoco se transmite por el estornudo o la tos, ni al compartir objetos personales, tampoco lo transmiten las moscas o mosquitos (O.M.S, 1989).

5.3. Tratamiento

El SIDA, representa en la actualidad uno de los retos más grandes de la terapéutica moderna; aunque no hay hasta el momento un tratamiento eficaz, ni medicamento alguno que erradique el VIH del organismo; actualmente se cuenta con diversas alternativas terapéuticas; entre las más sobresalientes se encuentra la Azidotimidina (AZT), que prolonga significativamente la vida de los pacientes; si bien es la mejor opción, la AZT no representa el punto final de la búsqueda terapéutica, puesto que aunque aumenta la vida de los enfermos, sobre todo si los que se someten al tratamiento adquirieron la enfermedad recientemente; finalmente los pacientes evolucionan en el mal y fallecen (CONASIDA, mayo/junio, 1988).

El enfermo de SIDA, por lo general requiere de atención médica constante, ya que se internan en promedio, tres o cuatro veces al año, con periodos de estancia de 21 días. También toman medicamentos en forma constante y además necesitan de asistencia psicológica, por las alteraciones en sus patrones de conducta. Todo esto hace que su manejo sea extremadamente costoso (Sepúlveda, 1989).

5.4. Epidemiología

El SIDA es un padecimiento que se ha distribuido por todo el mundo; su evolución depende de factores psicológicos y sociales,

además de las características biológicas de la interacción entre el virus y el hombre; ya que la infección por VIH tiene la particularidad de que las personas infectadas son al mismo tiempo infectantes, lo cual tiene repercusión sobre la dinámica de transmisión, especialmente si se considera el largo período asintomático.

En el capítulo de antecedentes del SIDA, se dió una explicación, de la frecuencia y distribución de los casos reportados de SIDA; debido al comportamiento de este padecimiento, la O.M.S estima que actualmente existen entre 5 y 10 millones de infectados con el VIH a nivel mundial, que aún no presentan síntomas. Para estimar el número de infectados en un área geográfica es necesario definir la población total, los grupos expuestos al riesgo y las prevalencias de infección en la población total (Sepúlveda, 1989). Es por ésto que se han realizado investigaciones en diferentes poblaciones, para observar cuales son los grupos de alto riesgo de contraer el SIDA.

Vázquez Valls, Torres Mendoza, Jauregui Ríos (en CONASIDA, 1989). evaluaron la prevalencia del VIH entre homosexuales masculinos en los últimos 5 años, demostraron que la población homosexual está aparentemente estable, existiendo un decremento en el contagio del VIH. En los últimos años se ha observado un gran aumento en el contagio del VIH en la población heterosexual. En un estudio realizado por Avila C, Sepúlveda J, Hernández M, Nazar E. (CONASIDA, 1989) estudiaron la transmisión del VIH en

parejas heterosexuales, demostrando un incremento del 2% de comienzos de 1987, hasta el 12% al final de 1988, encontrándose que el mayor número de casos era en hombres jóvenes, pudiéndose atribuir principalmente a la frecuencia del contacto sexual sin protección. Como se ha venido mencionando, la mayor incidencia de casos de SIDA está comprendida entre los 25 y 44 años, ésto demuestra que la transmisión del VIH se lleva a cabo en gente joven, siendo los adolescentes uno de los grupos de edad en mayor riesgo de contraer la infección, sobre todo por que es cuando inician sus relaciones sexuales, que pueden ser de alto riesgo sino se tienen conocimientos amplios y claros sobre éstas.

De acuerdo con los estudios de prevalencia de la enfermedad, se hacen predicciones del número de casos de SIDA en México para 1991, los cuales permiten estimar una tasa de incidencia acumulada de entre 0.7% y 0.9% casos por cada mil habitantes. De cumplirse ésto la enfermedad del SIDA ocupará una de las principales causas de mortalidad en Hombres jóvenes.

La estimación de infectados por VIH en México permite suponer, la existencia de entre 31 600 y 97 700, lo que significa que están infectados entre 0.4 y 1.1 personas por cada mil habitantes. La estimación más baja permite esperar 10 000 casos de SIDA en cuatro años, y la más elevada hasta 35 000, la cual es una cifra inferior al número de casos de SIDA esperados por su progresión.

La dinámica observada de la enfermedad, permite crear cuatro conjuntos de individuos: los susceptibles a la enfermedad, los expuestos al riesgo, los infectados y los enfermos; establecer las dimensiones epidemiológicas de cada uno es de utilidad para realizarse programas educativos para su prevención. Si bien todos somos susceptibles de la infección, son los subconjuntos en particular de los individuos que están expuestos al riesgo (Sepúlveda, 1989).

A través de los datos epidemiológicos nos damos cuenta que el SIDA es un problema de grave salud pública, además hasta el momento no existen tratamientos que curen la enfermedad y como su principal vía de contagio es el contacto sexual, es el que mayores problemas preventivos plantea, ya que se necesita modificar hábitos y costumbres profundamente arraigadas, que se relacionan con lo más íntimo del ser humano, su sexualidad, de aquí la importancia de conocer la respuesta que han dado los diversos grupos sociales, así como los conocimientos y actitudes que se relacionan con el SIDA, sobre todo entre los jóvenes, ya que éstos son una de las poblaciones de alto riesgo en adquirir la infección por VIH.

5. ASPECTOS CLINICOS DEL SIDA

El SIDA, es un padecimiento hasta la fecha incurable y mortal, producido por el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), el cual se instala en las células permaneciendo allí por años antes de manifestarse; durante este periodo el individuo infectado es capaz de transmitir la infección sin darse cuenta.

El SIDA, se ha convertido en un grave problema de salud pública, por la rapidez de diseminación del virus que lo causa, ya que una de sus vías de contagio, la más importante en relación con el número de casos, es el contacto sexual; lo que ha propiciado un gran aumento en el contagio del VIH en la población heterosexual; siendo los jóvenes una de las poblaciones de edad, de más alto riesgo en contraer la infección; ya que éstos tienen mayor capacidad y necesidad de relaciones sexuales, mismas que se pueden considerar de alto riesgo sino se toman medidas preventivas. En México la mayor incidencia de casos de SIDA, se ha presentado por lo regular entre los 25 y 44 años de edad, por lo que es comprensible que la enfermedad se manifieste menos en personas de más corta edad, ya que aunque se hayan infectado antes, el SIDA es sólo la manifestación final de una enfermedad de evolución crónica.

6.1. Sociedad y SIDA

El SIDA ha provocado un impacto social por sus repercusiones en salud que tiene sobre la humanidad; su letalidad y la imposibilidad de detenerlo provoca miedo y ansiedad que han puesto en marcha viejos mecanismos irracionales, por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables; en este caso la búsqueda encontró en los homosexuales a los nuevos desviantes anormales para estigmatizarlos como causantes del mal; en México se ha realizado la asociación entre SIDA y homosexualidad, a través de las ideas de culpa y castigo divino, la difusión de tales prejuicios se convirtió en una aliada más de la enfermedad, ya que se puso en marcha diversas reacciones antisociales, que van desde la indiferencia ante los avances del mal, hasta una abierta hostilidad hacia los grupos estigmatizados y a los propios enfermos.

Tales actitudes se fincan en la idea de que la enfermedad es incompatible, de que lo incurable siempre será incurable, y entonces la única propuesta consiste en distinguir a los contaminados de los no contaminados, y a practicar con éstos la exclusión, entorpeciendo de esta manera cualquier intento por detener y erradicar la enfermedad (Sepúlveda, 1989).

Así se observa el rechazo hacia los enfermos de SIDA. La segregación de que son objeto en las escuelas y centros de trabajo ha llegado incluso a la agresión física. La falta de informa-

ción sobre los mecanismos de transmisión, ligado a los marcos socioculturales tradicionalistas, limita la posibilidad de que el sidoso y su familia tengan un ambiente social adecuado para enfrentar la enfermedad (CONASIDA, Nov/Dic. 1988).

A pesar de las actitudes negativas que han surgido al rededor del SIDA, éste ha estimulado muy diversos campos de la actividad humana, en la búsqueda de mejoras y avances, todos ellos ubicados en la detección y erradicación de la enfermedad. La amenaza de éste padecimiento ha puesto en marcha a organizaciones civiles, grupos de voluntarios, organismos internacionales y poderes públicos. La política de salud frente al SIDA ha tenido que ser rediseñada tanto en aspectos administrativos y financieros, como en la coordinación de las diversas instituciones sanitarias y de seguridad social, con el propósito de obtener una respuesta eficiente.

La necesidad de prevenir efectivamente el contagio por vía sexual, ha hecho que tanto el estado como la sociedad manifieste una mayor disposición para reconocer los cambios que indudablemente se han dado en las conductas sexuales. Aspirar a una educación sexual exenta de tabúes, que se imparta desde la niñez se ha vuelto una necesidad y asunto de salud pública (Sepúlveda, 1989). Una cosa sí se puede agradecer al SIDA, el hecho de que por primera vez en México se trate en forma más abierta y directa algunos aspectos de la sexualidad, lo que ha permitido que la población comprenda la importancia de enfren-

tar el problema del SIDA con medidas preventivas (CONASIDA, Nov/Dic; 1988).

6.2. Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionadas con el SIDA en Adolescentes

Los adolescentes son un grupo de interés por sus diferentes características, puesto que lo integran jóvenes que inician una vida sexual activa, y que posiblemente tienen múltiples parejas sexuales, lo que significa que están potencialmente en riesgo de adquirir la infección por VIH; en México Sepúlveda J. Izzola A. Valdespino J. Juárez L. y Mondragón (en Sepúlveda, 1988), realizaron investigaciones para conocer las actitudes, prácticas y conocimientos en un grupo de estudiantes universitarios de 18 a 28 años de edad, los resultados más importantes en relación con los conocimientos que estos estudiantes tienen sobre SIDA, se encontró que se tiene un conocimiento adecuado en torno a algunos aspectos específicos de la enfermedad, ya que el 90% sabe cual es el agente causal; 75% considera que es un padecimiento prevenible; el 54% sabe que es una enfermedad que pueda afectar a todos y sólo el 41% lo confunde con otro tipo de cáncer y otro 41% lo señala como una enfermedad de homosexuales.

Los mecanismos de transmisión más conocidos son: a través de sangre infectada (92%), por contacto sexual (99%), por vía perinatal (92%), por agujas o jeringas sin esterilizar (91%).

Sin embargo persisten conocimientos erróneos acerca de las vías de transmisión no documentadas, como son: a través del uso de baños públicos (28%), contacto casual (24%), por uso de albercas (23%), y por piquetes de insectos (23%). Por lo que se refiere a la duración del período de incubación del VIH, el 87% de las respuestas fue correcta. Las manifestaciones del SIDA que más se conocen son: pérdida de peso (76%), fiebre continua (53%), diarrea persistente (42%), la inflamación de los ganglios (40%). El 76% señaló que todas las personas que tienen SIDA, mueren por esta causa. Al preguntar acerca de las medidas preventivas, 98% de los entrevistados mencionó que una medida útil para prevenir la infección por VIH es no tener relación sexual con personas infectadas o enfermos de SIDA, el 97% es consciente de que no se deben utilizar agujas o jeringas sin esterilizar, y otro 96% reconoció que la prueba de detección para VIH en donadores de sangre, es útil para evitar la difusión de la enfermedad; evitar las relaciones sexuales con personas recién conocidas (89%) y utilizar condón durante las relaciones sexuales (74%).

Investigar y evaluar las actitudes en los jóvenes estudiantes, también resulta importante, ya que ellos, como potenciales diseminadores de información, deben tener actitudes positivas ante la enfermedad; de lo contrario transmitirán dudas y prejuicios a la población con la que se reúnen, causando un daño social importante.

En esta investigación al analizar las actitudes en los estudiantes de miedo y discriminación hacia el SIDA, se encontró que el 47% tiene miedo de enfermarse del SIDA y un 30% no tiene miedo, mientras que el 23% sólo tiene poco miedo. Al investigar anticipación de conductas ante posibles casos de SIDA, se encontró que cuando de un amigo el 93% lo ayudaría, el 45% avisaría a una autoridad y solo el 4% lo rechazaría. Si fuera un familiar enfermo de SIDA, 95% lo ayudaría, el 45% avisaría a alguna autoridad, sólo el 10% lo mantendría en secreto, y el 1% lo rechazaría. Pero si se trata de la pareja, el 23% se apartaría de ella y el 80% le brindaría apoyo. En cuanto al apoyo que pudieran dar a los enfermos en general, el 61% de los entrevistados señaló que se aislaría de las personas con SIDA, manifestando una actitud de rechazo.

Es importante señalar que en otras encuestas realizadas en diversos grupos poblacionales sobre todo en la población heterosexual, se ha encontrado un marcado contraste en el alto nivel de conocimientos de la enfermedad y sus formas de transmisión y prevención por una parte y la falta de aplicación de esos conocimientos en sus prácticas sexuales; esto es significativo ya que las personas no se ven a sí mismas en riesgo de contraer la infección del VIH, a pesar de incurrir en prácticas de alto riesgo de transmisión, por lo que no valoran las consecuencias de su comportamiento sexual (Sepúlveda, 1989).

6.3. Control y Prevención del SIDA

La prevención es, en la actualidad, la Única vía para detener la propagación de la infección por VIH. En este caso la prevención se centra en dos tipos de acciones: la primera corresponde a un nivel social, en donde las autoridades sanitarias ejercen medidas para evitar la transmisión del VIH a través de las transfusiones de sangre, de sus derivados o en usos terapéuticos, con los programas de detección. La segunda corresponde a la modificación del comportamiento de los individuos en cuanto a prácticas que implican riesgo o probabilidad de adquirir la infección por VIH.

Las campañas de educación deben de elaborarse en forma cuidadosa, respetando los diferentes patrones culturales de los grupos a los que van dirigidas. El contenido de los mensajes educativos, tendrá también que adecuarse a cada uno de estos grupos. La educación sobre la transmisión sexual de la infección, busca informar al individuo sobre el riesgo que existe en las diferentes prácticas sexuales, y cuáles son las diferentes opciones preventivas. Las tres medidas que se recomiendan para evitar o disminuir el riesgo de exposición al VIH son:

- ..Abstinencia sexual
- . Relación mutuamente monógama con una pareja sana
- . Utilización del preservativo

Las dos primeras garantizan totalmente que el individuo perma-

nezca libre de la infección. Es obvio que si la pareja es sana y mantiene relaciones sexuales monógamas no habrá necesidad de optar medidas preventivas. Cuando no se lleven a cabo estas medidas, deberán realizarse aquellas que se conocen como sexo seguro. La medida más eficaz para evitar el contacto con el VIH en una relación sexual es el uso apropiado del condón; aun que no elimina completamente el riesgo de transmisión (Sepúlveda, 1989); el uso del condón propicia una barrera mecánica que puede reducir en el usuario el riesgo a la exposición a secreciones vaginales, cervicales, vulvares o rectales y/o lesiones infectadas. En la pareja, el condón evita el depósito de semen, el contacto con secreciones uretrales y la exposición a lesiones del pene; además el uso del condón protege de otras enfermedades venereas como la gonorrea. También se ha demostrado que el uso de espermaticidas es una protección adicional, ya que los sufactantes presentes en los espermaticidas, inactivan a los agentes productores de enfermedades venereas, incluyendo al VIH. Lo que no debe olvidarse es que el condón debe utilizarse siempre tratándose de sexo oral, anal o vaginal.

Otra medida preventiva es la realización de la prueba de detección del SIDA a personas pertenecientes a grupos de alto riesgo en contraer la infección por VIH; ya que el resultado permite la identificación de contactos. Al saber que una persona se encuentra infectada, puede informar a aquellos con los que ha tenido relaciones sexuales, o compartido agujas, sobre la conveniencia de que se realicen la prueba y conozcan su estado

serológico. Esto permite informarles sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad y la necesidad de acciones preventivas. A veces los contactos personales de personas infectadas no han recibido información sobre el SIDA y la forma de prevenirlo. Como algunas de ellas no se identifican en riesgo, nunca se hubieran practicado la prueba, ni mucho menos adoptado algún tipo de prevención.

Por último se debe mencionar que otras medidas preventivas contra la enfermedad, son la de no compartir agujas ni jeringas hipodérmicas, usando solo las desechables y esterilizadas, ni compartir objetos de uso personal que sean punzocortantes como navajas de rasurar, cepillos dentales u otros artículos que puedan contaminarse con sangre (CONASIDA, mayo/junio, 1988).

Mientras que no exista un tratamiento que cure la enfermedad, no hay que olvidar que los esfuerzos encaminados a aminorar la propagación del SIDA, recae en los programas educacionales. Estos programas deben recalcar a todo el que esté en situación de riesgo, y a los que ya se encuentran infectados, la importancia de reducir el número de compañeros sexuales y de adoptar hábitos sexuales seguros.

7. METODOLOGIA

7.1. Planteamiento del Problema

Como se ha mencionado, el SIDA se ha convertido en un problema muy grave de salud pública sobre todo por la rapidez de diseminación del virus que lo causa y por que se trata de una enfermedad, donde la principal vía de contagio es el contacto sexual.

A pesar de que en la actualidad se puede hablar más libremente de la sexualidad, siguen existiendo patrones socioculturales, ideas y actitudes que hacen que algunos aspectos de la sexualidad no se traten de manera abierta y directa, ocasionando que la mayoría de los individuos tengan pocos conocimientos e ideas erróneas que originan prejuicios y tabúes; ésto hace que se dificulten realizar campañas de prevención contra el SIDA. Además no se debe olvidar que los adolescentes se encuentran dentro de las poblaciones de edad de más alto riesgo en el contagio del VIH, por su mismo comportamiento y actividad sexual; de aquí la importancia que tiene para prevenir el SIDA, el saber:

¿Cómo influyen las actitudes y los conocimientos que los adolescentes tienen de la sexualidad, con respecto a sus actitudes y conocimientos que tienen hacia el SIDA?

7.2. Hipótesis

7.2.1. Hipótesis de Trabajo

Las actitudes sexuales en los adolescentes juegan un pa pel relevante en las actitudes que tienen hacia el SIDA; así mismo la mayoría de los adolescentes tienen un bajo nivel de conocimientos sobre sexualidad, lo que influye también en el conocimiento y actitud que toman hacia el SIDA.

7.2.2. Hipótesis Estadísticas

a) Hipótesis por Sexo

1. H_1 : Existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos y su actitud hacia el SIDA.

H_0 : No existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos y su actitud hacia el SIDA.

2. H_1 : Existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos y su actitud hacia la sexualidad.

H_0 : No existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos y su actitud hacia la sexualidad.

3. H_1 : Existen diferencias significativas entre los

adolescentes de ambos sexos y su conocimiento que tienen del SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos y su conocimiento que tienen del SIDA.

4. Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos y su conocimiento que tienen de sexualidad.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos y su conocimiento que tienen de sexualidad.

5. Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos que han tenido relaciones sexuales y su actitud hacia el SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos que han tenido relaciones sexuales y su actitud hacia el SIDA.

6. Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos que han tenido relaciones sexuales y su actitud hacia la sexualidad.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos que han tenido relaciones sexuales y su actitud hacia la

sexualidad.

7. **Hi:** Existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos que han tenido relaciones sexuales y su conocimiento que tienen del SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos que han tenido relaciones sexuales y su conocimiento que tienen del SIDA.

8. **Hi:** Existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos que han tenido relaciones sexuales y su conocimiento que tienen de sexualidad.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de ambos sexos que han tenido relaciones sexuales y su conocimiento que tienen de sexualidad.

b) Hipótesis por Edad

1. **Hi:** Existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades y su actitud hacia el SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades y su actitud hacia el SIDA.

2. **Hi:** Existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades y su

actitud hacia la sexualidad.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades y su actitud hacia la sexualidad.

3. Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades y su conocimiento que tienen del SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades y su conocimiento que tienen del SIDA.

4. Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades y su conocimiento que tienen de sexualidad.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades y su conocimiento que tienen de sexualidad.

5. Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades que han tenido relaciones sexuales y su actitud hacia el SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades que han tenido relaciones sexuales y su actitud hacia el SIDA.

6. Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades que han

tenido relaciones sexuales y su actitud hacia la sexualidad.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades que han tenido relaciones sexuales y su actitud hacia la sexualidad.

7. Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades que han tenido relaciones sexuales y su conocimiento que tienen del SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades que han tenido relaciones sexuales y su conocimiento que tienen del SIDA.

8. Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades que han tenido relaciones sexuales y su conocimiento que tienen de sexualidad.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes de diferentes edades que han tenido relaciones sexuales y su conocimiento que tienen de sexualidad.

c) Hipótesis por Conducta Sexual

1. Hi: Existen diferencias significativas entre la conducta sexual de los adolescentes y su actitud hacia el SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre la conducta sexual de los adolescentes y su actitud hacia el SIDA.

2. Hi: Existen diferencias significativas entre la conducta sexual de los adolescentes y su actitud hacia la sexualidad.

Ho: No existen diferencias significativas entre la conducta sexual de los adolescentes y su actitud hacia la sexualidad

3. Hi: Existen diferencias significativas entre la conducta sexual de los adolescentes y su conocimiento que tienen del SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre la conducta sexual de los adolescentes y su conocimiento que tienen del SIDA.

4. Hi: Existen diferencias significativas entre la conducta sexual de los adolescentes y su conocimiento que tienen de sexualidad.

Ho: No existen diferencias significativas entre la conducta sexual de los adolescentes y su conocimiento que tienen de sexualidad.

d) Hipótesis por uso de métodos anticonceptivos

1. Hi: Existen diferencias significativas entre los adolescentes que usan anticonceptivos y su actitud hacia el SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes que usan anticonceptivos y su actitud hacia el SIDA.

2. **Hi:** Existen diferencias significativas entre los adolescentes que usan anticonceptivos y su actitud hacia la sexualidad.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes que usan anticonceptivos y su actitud hacia la sexualidad.

3. **Hi:** Existen diferencias significativas entre los adolescentes que usan anticonceptivos y su conocimiento que tienen del SIDA.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes que usan anticonceptivos y su conocimiento que tienen del SIDA.

4. **Hi:** Existen diferencias significativas entre los adolescentes que usan anticonceptivos y su conocimiento que tienen de sexualidad.

Ho: No existen diferencias significativas entre los adolescentes que usan anticonceptivos y su conocimiento que tienen de sexualidad.

e) Hipótesis de Relación

1. **Hi:** Existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes de la sexualidad y el nivel de

conocimientos que tienen del SIDA.

Ho: No existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes de la sexualidad y el nivel de conocimientos que tienen del SIDA.

2. Hi: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes de la sexualidad y su actitud hacia el SIDA.

Ho: No existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes de la sexualidad y su actitud hacia el SIDA.

3. Hi: Existe una relación significativa entre la actitud sexual de los adolescentes y el nivel de conocimientos que tienen del SIDA.

Ho: No existe una relación significativa entre la actitud sexual de los adolescentes y el nivel de conocimientos que tienen del SIDA.

4. Hi: Existe una relación significativa entre la actitud sexual de los adolescentes y su actitud hacia el SIDA.

Ho: No existe una relación significativa entre la actitud sexual de los adolescentes y su actitud hacia el SIDA.

5. Hi: Existe una relación significativa entre el

nivel de conocimientos que tienen los adolescentes del SIDA y su actitud hacia éste.

Ho: No existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes del SIDA y su actitud hacia éste.

7.3. Variables

Las Variables Independientes implicadas en el estudio son:

a)Sexo, b)Edad, c)Conducta sexual, d)Uso de métodos anticonceptivos, e)Nivel de conocimientos de sexualidad humana, f)Actitud hacia la sexualidad.

Las Variables Dependientes implicadas en el estudio son:

a)Nivel de conocimientos del SIDA, b)Actitud hacia el SIDA.

Las Variables Extrañas que pudieron influir en el estudio son:

a)Nivel socio-económico, b)El tipo de familia a la que pertenecen los adolescentes, c)El subgrupo cultural al que pertenecen y/o tipo de religión que tienen.

7.3.1. Definición de Variables

- Variables Independientes

1. Definición Conceptual:

a) Sexo: Condición orgánica que distingue al macho

de la hembra en los animales (Diccionario Enciclopédico Larousse, 1984).

- b) Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento; duración de la vida (ibidem).
- c) Conducta sexual: Comportamientos y acciones de los individuos ante la sexualidad (Diccionario de las Ciencias de la Educación, 1985).
- d) Uso de métodos anticonceptivos: Medios utilizados para evitar la concepción durante las relaciones sexuales (ibidem).
- e) Nivel de conocimientos de la sexualidad humana: El grado o conjuntos de saberes que el adolescente tiene de la sexualidad humana (ob. cit.).
- f) Actitud hacia la sexualidad: Conductas y comportamientos que tiene el adolescente hacia la sexualidad, las cuales se forman a través de la familia, grupos de amigos, de las instituciones sociales como la escuela y/o la iglesia y de los medios masivos de comunicación; estas influencias dependen de la cultura y del subgrupo al que el individuo pertenece (Horrocks, 1974).

2. Definición Operacional

- a) Sexo: Clasificación de los adolescentes en Masculinos y femeninos.
- b) Edad: Tiempo vivido por los adolescentes, el cual

tomará un rango de edad de 15 a 20 años.

- c) Conducta sexual: Clasificación de los adolescentes en dos grupos: los que han tenido relaciones sexuales y los que no han tenido relaciones sexuales.
- d) Uso de métodos anticonceptivos: Clasificación de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales en tres grupos: los que siempre usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales, los que a veces los usan y los que no usan anticonceptivos.
- e) Nivel de conocimientos de sexualidad humana: Grado de conocimientos que tiene el adolescente de la sexualidad; el cual estará basado en el programa de sexualidad para secundarias de la SEP.
- f) Actitud hacia la sexualidad: Conductas y comportamientos que tienen los adolescentes hacia:
- La libertad en las relaciones sexuales; actitudes que tienen los adolescentes hacia la virginidad, las relaciones sexuales premaritales y para la libertad sexual.
 - Aborto; actitudes de los adolescentes para legalizar o evitar que se legalice el aborto.
 - Embarazo; actitudes de los adolescentes hacia el embarazo deseado y fuera del matrimonio.
 - Anticonceptivos; actitudes que tienen los jóvenes para el uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales.

-Prácticas sexuales; actitudes de los jóvenes hacia los diferentes tipos de práctica sexual como la masturbación, la oral, anal y vaginal.

-Variables Dependientes

1. Definición Conceptual:

- a) Nivel de conocimientos del SIDA: El grado o conjuntos de saberes que el adolescente tiene del SIDA (Diccionario de las ciencias de la Educación, 1985).
- b) Actitudes hacia el SIDA: Comportamientos y conductas que tienen los adolescentes hacia la enfermedad del SIDA, las cuales se han formado a través de la cultura en que se vive, la familia, instituciones sociales, medios de comunicación, etc. (Sepúlveda, 1989).

2. Definición Operacional:

- a) Nivel de conocimientos del SIDA: Grado de conocimientos que tiene el adolescente del SIDA; el cual estará basado en el programa que realizó la U.M.S, para los conocimientos básicos que el estudiante debe tener de la enfermedad.
- b) Actitud hacia el SIDA: Conductas y comportamientos que tienen los adolescentes hacia:
 - El apoyo a enfermos de SIDA; actitudes de los adolescentes para rechazar o apoyar a posibles amigos y familiares con SIDA.

- Temor al contagio del VIH; percepción que tienen los adolescentes como posibles personas que están en riesgo de contagiarse con el virus del SIDA y actitudes de temor al contagio del VIH en las relaciones sexuales.
- Miedo de tener SIDA; actitudes de miedo que tienen los jóvenes para realizarse la prueba de detección y para mantener en secreto la enfermedad.
- Cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA; actitudes que tienen los adolescentes para el uso del condón en las relaciones sexuales y para cambiar su conducta sexual para evitar un posible contagio del VIH.
- Sexo Seguro; actitudes de los adolescentes para que la homosexualidad se manifieste con responsabilidad y para usar preservativos y espermaticidas en sus relaciones sexuales, para evitar que se difunda el SIDA.

7.3.2. Nivel de Medición de las Variables

- Variables Independientes

- a) Sexo: Se trata de una variable asignada, puesto que preexiste en los adolescentes; cualitativa ya que no es posible cuantificarla y nominal por que se clasificaron a los adolescentes en masculinos y femeninos.

- b) **Edad:** Se trata de una variable asignada, ya que preexiste en los adolescentes; cuantitativa puesto que se puede contabilizar y continua debido a que su nivel de medición es intervalar, puesto que se formaron intervalos que fluctuaron de 15 a 17 años y de 18 a 20 años.
- c) **Conducta sexual:** Se trata de una variable asignada ya que no se manipulo directamente; cualitativa ya que no es posible cuantificarla y nominal por que se clasificó a los adolescentes en dos grupos: los que han y los que no han tenido relaciones sexuales.
- d) **Uso de métodos anticonceptivos:** Es una variable asignada, ya que no se manipuló directamente; cualitativa ya que no es posible cuantificarla y nominal por que se clasificó a los adolescentes que han tenido relaciones sexuales en tres grupos: los que siempre usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales, los que aveces los usan y los que no usan anticonceptivos.
- e) **Nivel de conocimientos de sexualidad humana:** Se trata de una variable asignada, puesto que el conocimiento que tienen los adolescentes sobre sexualidad no se manipuló directamente; cuantitativa ya que se contabilizó y continua, ya que se le asignó una escala de 0.0 a 9.9 puntos, donde el nivel de medición fue ordinal, puesto que se formaron grupos

de la siguiente manera: de 0.0 a 5.9 puntos, nivel de conocimientos malos; de 6.0 a 7.9 puntos, nivel de conocimientos regulares; de 8.0 a 9.0 puntos, nivel de conocimientos buenos y de 9.1 a 9.9 puntos, nivel de conocimientos excelentes.

- f) Actitud hacia la sexualidad: Se trata de una variable asignada, ya que no se manipuló directamente; cuantitativa puesto que se cuantificó y continua puesto que su nivel de medición fue intervalar, debido que para medirla se le asignó a cada actitud una escala de 1 a 5 puntos.

- Variables Dependientes

- a) Nivel de conocimientos del SIDA: Se trata de una variable asignada, cuantitativa y continua, cuyo nivel de medición fue ordinal, ya que se midió como la variable independiente: Nivel de conocimientos de la sexualidad.
- b) Actitud hacia el SIDA: Se trata de una variable asignada, ya que no se manipuló de manera directa; cuantitativa debido a que se cuantificó y continua cuyo nivel de medición fue intervalar ya que a cada actitud se le asignó una escala de 1 a 5 puntos.

7.3.3. Control de Variables

- Variables Independientes

Las variables sexo y edad se controlaron a través de

la ficha de identificación de los instrumentos de medición, la conducta sexual, el uso de métodos anticonceptivos, el nivel de conocimientos de la sexualidad y la actitud sexual, se controlaron por un instrumento que midió las variables anteriores.

- Variables Dependientes

Se controlaron a través de un instrumento que midió los conocimientos y actitudes que los adolescentes tienen hacia el SIDA.

- Variables Extrañas

Tuvieron un control escaso, puesto que no se manipularon, únicamente se trataron de controlar tomando una muestra homogénea de adolescentes, que pertenecieron al mismo nivel socio-económico.

7.4. Población

Se pudo contar con la población de alumnos de ambos sexos de la Escuela Nacional Preparatoria No. 8 "Miguel E. Shultz" cuyas edades fluctuaron de los 15 a los 20 años. Se contó con esta población debido a las facilidades que dió el director de la Institución para realizar la investigación.

7.5. Muestreo

Se utilizó un muestreo no probalístico intencional por cuota, ya que los sujetos no fueron elegidos aleatoriamente; sino que se seleccionaron 480 adolescentes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron de los 15 a los 20 años. La distribución de la muestra quedó constituida de la siguiente forma:

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>
15 - 17	<u>120</u>	<u>120</u>
18 - 20	<u>120</u>	<u>120</u>

7.6. Tipo de Estudio

La presente investigación por su objetivo es evaluativa, debido a que no existe una manipulación directa de variables y únicamente pretendió descubrir relaciones entre variables y confirmar o rechazar hipótesis.

Por el lugar donde se realizó la investigación es de campo, ya que fue en el ambiente natural de los sujetos y por el tiempo fue transversal, ya que los instrumentos se aplicaron una sola vez y no existió seguimiento.

7.7. Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño factorial $2 \times 2 \times 2 \times 3 \times 4 \times 2$ que relaciona:

- VI₁ Sexo (1) Masculino (2) Femenino
- VI₂ Edad (1) 15 a 17 años (2) 18 a 20 años
- VI₃ Conducta sexual (1) Adolescentes que han tenido relaciones sexuales
(2) Adolescentes que no han tenido relaciones sexuales
- VI₄ Uso de métodos anticonceptivos (1) SI (2) NO (3) AVECESES
- VI₅ Conocimientos sobre sexualidad (1) Malos (2) Regulares
(2) Buenos (4) Excelentes
- VI₆ Actitud hacia la sexualidad (1) Favorable (2) Desfavorable

Con las variables dependientes:

- VD₁ Nivel de conocimientos del SIDA
- VD₂ Actitudes hacia el SIDA

7.8. Instrumentos

7.8.1. Instrumentos Pilotos

Para los fines de la investigación, primeramente se realizaron dos instrumentos pilotos:

- a) El primer instrumento midió el conocimiento y actitud hacia la sexualidad (Apéndice 1a); la primera parte estuvo constituida por 57 preguntas de opción múltiple, que midieron el conocimiento sobre sexualidad, las cuales fueron elaboradas de acuerdo al programa de sexualidad para secundarias de la S.E.P. La segunda parte midió las actitudes hacia la sexualidad, a través de una escala Likert, la cual fue elaborada

con 62 reactivos estructurados en forma de afirmación procurando un 50% de ítems positivos y 50% de ítems negativos. Cada ítem tuvo cinco alternativas de respuesta (Totalmente de Acuerdo, Acuerdo, Indeciso, Desacuerdo, Totalmente en Desacuerdo), los reactivos se construyeron de acuerdo a los siguientes factores: -Masturbación, -Virginidad, -Relaciones Sexuales Premaritales, -Aborto, -Embarazo y -Anticoncepción. Además la escala tenía cuatro reactivos abiertos que medían si los adolescentes habían tenido o no relaciones sexuales; la frecuencias con que las tenían; si usaban o no anticonceptivos y la clase de anticonceptivos que utilizaban.

- b) El segundo instrumento, midió el conocimiento y actitud hacia el SIDA (Apendice 1b), que al igual que el anterior la primera parte estuvo constituida por 46 preguntas de opción múltiple, que midieron el conocimiento que el adolescente tiene sobre el SIDA; estas preguntas fueron elaboradas de acuerdo al programa que realizó la O.M.S, para que los estudiantes tengan los conocimientos básicos del padecimiento. La segunda parte, midió las actitudes hacia el SIDA, a través de una escala Likert, la cual se elaboró con 60 reactivos estructurados en forma de afirmación, procurando un 50% de ítems positivos y 50% de ítems negativos,

cada ítem tuvo cinco alternativas de respuesta (Totalmente de Acuerdo, Acuerdo, Indeciso, Desacuerdo, Totalmente en Desacuerdo); los reactivos se construyeron de acuerdo a los siguientes factores: -Control y Prevención del SIDA, -Miedo de contraer la enfermedad, -Enfermos de SIDA, -Poblaciones de alto riesgo en contraer el SIDA.

7.8.1.1. Discriminación de Reactivos en las escalas de Actitudes

Ambos instrumentos se pilotearon con 50 adolescentes (25 hombres y 25 mujeres) cuyas edades fluctuaron entre los 15 y 20 años, que provenían de un nivel socio-económico medio y estudiaban preparatoria; a los datos obtenidos en las escalas de actitudes, se les aplicó la prueba estadística T-TEST, la cual se utilizó para discriminar cada reactivo tanto de sexualidad como de SIDA, e indicó así los ítems más representativos, cuya probabilidad era menor o igual a .05. De los 62 reactivos planteados originalmente en la escala de actitudes hacia la sexualidad, quedaron 32 (Tabla 7-1) y de los 60 reactivos planteados en la escala de actitudes hacia el SIDA, quedaron 23 (Tabla 7-2).

A partir de los resultados anteriores se formaron otros dos instrumentos (Apéndice 2); en donde la parte de conocimientos tanto de sexualidad como de SIDA no tuvo ningún cambio y solamente las escalas de actitudes se formaron de los reactivos ya discriminados. Estos instrumentos se aplicaron a 480 adolescentes (240 hombres y 240 mujeres) entre los 15 y 20 años de la Escuela Nacional Preparatoria; para así poder obtener la confiabilidad y validez del instrumento.

7.8.2. Instrumentos Finales

7.8.2.1. Confiabilidad y Validez de las escalas de Actitudes

Con la finalidad de evaluar la confiabilidad y validez de las escalas de actitudes hacia la sexualidad y SIDA; los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos anteriores se sometieron a un análisis factorial de tipo PA2 con rotación varimax, para obtener la validez de constructo. Así se eligieron de la primera escala de actitudes hacia la sexualidad 5 factores de los 10 que se obtuvieron, con un valor eigen mayor a 1, ya que se unieron por su similitud y valor; dentro de cada factor se eligieron aquellos reactivos que tuvieron un peso factorial igual o mayor a .30 quedando comprendida la escala final por un

total de 23 reactivos (Tabla 7-3).

TABLA 7-3 Resultados de la Rotación Varimax del Análisis Factorial en la escala de actitudes hacia la sexualidad

REACTIVO	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
1. El sexo es una necesidad humana.	.8178				
2. El sexo es una actividad que debe ser controlada.	.7177				
3. El sexo es una actividad que debe ser libre.	.7163				
4. El sexo es una actividad que debe ser restringida.	.6897				
5. El sexo es una actividad que debe ser libre.	.7178				
6. El sexo es una actividad que debe ser controlada.	.7177				
7. El sexo es una actividad que debe ser restringida.	.7163				
8. El sexo es una actividad que debe ser libre.	.7178				
9. El sexo es una actividad que debe ser controlada.	.7177				
10. El sexo es una actividad que debe ser restringida.	.7163				
11. El sexo es una actividad que debe ser libre.	.7178				
12. El sexo es una actividad que debe ser controlada.	.7177				
13. El sexo es una actividad que debe ser restringida.	.7163				
14. El sexo es una actividad que debe ser libre.	.7178				
15. El sexo es una actividad que debe ser controlada.	.7177				
16. El sexo es una actividad que debe ser restringida.	.7163				
17. El sexo es una actividad que debe ser libre.	.7178				
18. El sexo es una actividad que debe ser controlada.	.7177				
19. El sexo es una actividad que debe ser restringida.	.7163				
20. El sexo es una actividad que debe ser libre.	.7178				
21. El sexo es una actividad que debe ser controlada.	.7177				
22. El sexo es una actividad que debe ser restringida.	.7163				
23. El sexo es una actividad que debe ser libre.	.7178				

En la escala de actitudes hacia el SIDA, se eligieron 5 factores de 10 que se tenían de base, con un valor eigen mayor a 1, y al igual que la escala anterior se eligieron los reactivos que tuvieron un peso factorial igual o mayor a .30, así la escala final quedó con un total de 18 reactivos (Tabla 7-4).

TABLA 7-4 Resultados de la Rotación Varimax del Análisis Factorial en la escala de actitudes hacia el SIDA

REACTIVO	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
1. El SIDA es una enfermedad que se puede prevenir.	.8178				
2. El SIDA es una enfermedad que se puede curar.	.7177				
3. El SIDA es una enfermedad que se puede evitar.	.7163				
4. El SIDA es una enfermedad que se puede controlar.	.7178				
5. El SIDA es una enfermedad que se puede restringir.	.7177				
6. El SIDA es una enfermedad que se puede liberar.	.7163				
7. El SIDA es una enfermedad que se puede controlar.	.7178				
8. El SIDA es una enfermedad que se puede restringir.	.7177				
9. El SIDA es una enfermedad que se puede liberar.	.7163				
10. El SIDA es una enfermedad que se puede controlar.	.7178				
11. El SIDA es una enfermedad que se puede restringir.	.7177				
12. El SIDA es una enfermedad que se puede liberar.	.7163				
13. El SIDA es una enfermedad que se puede controlar.	.7178				
14. El SIDA es una enfermedad que se puede restringir.	.7177				
15. El SIDA es una enfermedad que se puede liberar.	.7163				
16. El SIDA es una enfermedad que se puede controlar.	.7178				
17. El SIDA es una enfermedad que se puede restringir.	.7177				
18. El SIDA es una enfermedad que se puede liberar.	.7163				

Finalmente a ambas escalas de actitudes, se les aplicó un análisis de confiabilidad para medir la consistencia interna de cada uno de sus factores a través del coeficiente alfa de cronbach (Tablas 7-5 y 7-6).

TABLA 7-5 Consistencia Interna de los factores de la escala de actitudes hacia la sexualidad.

FACTOR	No.Reac.	ALPHA
1 Libertad en relaciones sexuales	10	.8000
2 Aborto	3	.8227
3 Embarazo	2	-.5478
4 Anticonceptivos	2	-.8057
5 Prácticas Sexuales	6	.5847

TABLA 7-6 Consistencia Interna de los factores de la escala de actitudes hacia el SIDA.

FACTOR	No.Reac.	ALPHA
1 Apoyo a enfermos de SIDA	5	.7448
2 Temor al contagio del VIH	5	.7074
3 Miedo de tener SIDA	2	.2546
4 Cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA	4	.5889
5 Sexo Seguro	2	-.1626

Una vez que ambas escalas de actitudes hacia la sexualidad y SIDA, se sometieron a las pruebas estadísticas antes mencionadas para obtener su confiabilidad y validez; se construyó los instrumentos finales (Apéndice 3).

7.8.3. Instrucciones de los Instrumentos

Las instrucciones que se utilizaron tanto en los instrumentos pilotos como finales fueron las siguientes:

a) Instrucciones generales para ambos instrumentos

"El presente instrumento está formado por una serie de preguntas y una serie de afirmaciones acerca de la sexualidad y del SIDA; contéstalo sinceramente, los datos obtenidos en él serán utilizados únicamente para fines estadísticos y en forma confidencial!"

b) Instrucciones para la parte de conocimientos

"A continuación se te presenta una serie de preguntas acerca de la sexualidad (o del SIDA); marca con una (X) la respuesta correcta".

c) Instrucciones para las escalas de actitudes

"Enseguida encontrarás una serie de afirmaciones acerca de la sexualidad, lee cuidadosamente cada afirmación y marca con una (X) sólo una de las opciones".

Las opciones son:

TA	Totalmente de Acuerdo	D	Desacuerdo
A	Acuerdo	TD	Totalmente Desacuerdo.
I	Indeciso		

Ejemplo:

El buen juez por su casa empieza

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

Si se marca como en el ejemplo la opción "D", quiere decir que se está en desacuerdo con la afirmación.

"Para finalizar encontrarás una serie de afirmaciones acerca del SIDA, lee cuidadosamente cada afirmación y marca con una (X) sólo una de las opciones, como anteriormente lo hiciste".

7.9. Procedimiento

Tanto para el piloteo como para la investigación final se utilizó el mismo procedimiento. La aplicación de ambos instrumentos fue en forma colectiva, por grupos de aproximadamente 50 adolescentes de ambos sexos de la Escuela Nacional Preparatoria No. 8, ubicada en Av. Lomas de Plateros ⁵/n. Col. Mixcoac.

Se tuvo una sesión de una hora de duración con cada grupo de adolescentes; donde el investigador se presentó como pasante de Psicología y se estableció el rapport diciendo: "Se está realizando una investigación sobre sexualidad y SIDA, que trata de comprobar la importancia que tiene la sexualidad del adolescente en la prevención y control del SIDA; por lo que se les pide de antemano sean sinceros en la información que dan, además de que los datos proporcionados por ustedes serán manejados en forma confidencial y con fines estadísticos". Posteriormente se les dió los dos instrumentos, explicándoles la forma en que debían contestarlo y se les pidió que si tenían dudas las consultaran; dándoles finalmente las gracias.

8. ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

8.1. Análisis de Frecuencia

La muestra total de los adolescentes que participaron en la investigación fue de 480 (240 hombres y 240 mujeres), divididos en dos grupos de edad de 15 a 17 años y de 18 a 20 años.

1. Análisis de Frecuencia de los conocimientos sobre sexualidad: al obtener los promedios de respuesta de cada uno de los reactivos (Tabla 8-1), se observó que la mayoría de los adolescentes respondieron incorrectamente a las preguntas sobre los aspectos hormonales que suceden en la adolescencia, así como a las preguntas sobre la fisiología de aparato reproductor masculino y femenino. En cuanto a los aspectos anatómicos y la localización en el esquema de las diferentes partes de aparato reproductor femenino, la mayoría de los jóvenes respondieron correctamente, pero localizaron incorrectamente las partes del aparato reproductor masculino (excepto el pene).

También se observó que la mayoría de los adolescentes confunden los términos sexuales como coito y eyaculaciones, pero identifican correctamente lo que es el orgasmo, así como los diferentes tipos de prácticas sexuales.

Finalmente se obtuvo que la mayoría de los adolescentes, reconocen los diferentes tipos de anticonceptivos.

El promedio general de los adolescentes en los conocimientos sobre sexualidad es malo, ya que se obtuvo una media total de 5,8 puntos (Tabla 8-2).

TABLA 8-2 Promedio de las calificaciones en sexualidad

CALIF.	F	P
3	6	.12
4	49	10.4
5	125	26.0
6	158	33.0
7	95	19.7
8	46	9.6
9	1	.2
$\bar{X}=5.8$	$\sigma = 1.144$	

2. Análisis de Frecuencia de las actitudes hacia la sexualidad (Tabla 8-3):

- a) Factor 1: Libertad en las relaciones sexuales; el 58% de los adolescentes están de acuerdo que la virginidad es un valor muy importante en nuestra sociedad; el 60% tiene una actitud favorable para que los adolescentes tengan relaciones sexuales; el 31.2% está de acuerdo en que es necesario que el adolescente tenga relaciones sexuales; el 45.4% tiene una actitud favorable para que los adolescentes se sientan libres de hacer lo que deseen sexualmente; el 67.3% tiene una actitud favorable hacia las relaciones sexuales premaritales; el 70% están en desa-

cuerdo en que los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales; el 58.6% tiene una actitud favorable para que los jóvenes tengan libertad en sus relaciones sexuales premaritales; el 95% están en desacuerdo en que una pareja deba casarse para poder tener relaciones sexuales y el 9.6% está de acuerdo en que las relaciones sexuales antes del matrimonio es una actitud vergonzosa.

- b) Factor 2: Aborto; el 53.8% de los adolescentes están en desacuerdo en que se legalice el aborto; el 47.9% tiene una actitud favorable para evitar que se legalice el aborto y el 56.4% está de acuerdo en que el aborto es un crimen.
- c) Factor 3: Embarazo; el 88.3% de los adolescentes están de acuerdo en que una mujer si lo desea puede quedar embarazada aún siendo soltera y el 77.3% está en desacuerdo en que quedar embarazada siendo soltera sea vergonzoso.
- d) Factor 4: Anticonceptivos; el 83.6% de los adolescentes están en desacuerdo en evitar los anticonceptivos en la rutina sexual y el 54.4% está de acuerdo en que se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usan anticonceptivos.
- e) Factor 5: Prácticas Sexuales; el 55.5% de los adolescentes tienen una actitud favorable para que una pareja tenga relaciones sexuales de cualquier tipo; el 62.8%

4. Análisis de Frecuencia de los períodos en que se tienen relaciones sexuales (Tabla 8-5); de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales 128 (56.3%) las han tenido ocasionalmente; 48 (21.1%) las tienen mensualmente; 19 (8.3%) las ha tenido cada 2 o 3 meses; 13 (5.7%) las tiene cada 4 o 5 meses; 8 (3.5%) las tienen cada semana; 7 (3.0%) las ha tenido cada 6 o 7 meses; 3 (1.3%) han tenido relaciones sexuales cada 10 o 11 meses y 1 (.4%) las ha tenido cada 8 o 9 meses.

TABLA 8-5 Promedios de los períodos en que se tienen relaciones sexuales

Períodos en que tienen relaciones sexuales	F	p
Ocasionalmente	128	56,3
Cada Mes	48	21,1
Cada $\frac{2}{3}$ Meses	19	8,3
Cada $\frac{4}{5}$ "	13	5,7
Cada $\frac{6}{7}$ "	7	3,0
Cada $\frac{8}{9}$ "	1	.4
Cada $\frac{10}{11}$ "	3	1,3
Cada semana	8	3,5

5. Análisis de Frecuencia del uso de anticonceptivos (Tabla 8-6); dentro de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales 137 (60.3%) sí usan anticonceptivos, 56 (24%) los usan a veces y 34 (14.9%) nunca los han usado.

TABLA 8-6 Promedio de uso de anticonceptivos

Uso de Anticonceptivos	F	P
SI	137	60,3
NO	34	14,9
A VECES	56	24,6

6. Análisis de Frecuencia sobre los tipos de anticonceptivos usados (Tabla 8-7); 147 (64,7%) adolescentes han usado el condón como método anticonceptivo, 34 (14,9%) no usan ningún método anticonceptivo, 20 (8,8%) usan el ritmo, 13 (5,7%) usan las pastillas, 12 (5,2%) utilizan los coitos interrumpidos y 1 (.4%) usan la espuma.

TABLA 8-7 Promedios del uso de los diferentes tipos de anticonceptivos

Tipos de anticonceptivos usados	F	P
Condón	147	64,7
Ritmo	20	8,8
Espumas	1	,4
Pastillas	13	5,7
Coitos Interrumpidos	12	5,2
Ninguno	34	14,9

7. Análisis de Frecuencia de los conocimientos del SIDA (Tabla 8-8); la mayoría de los adolescentes respondieron incorrectamente a las preguntas sobre la etiología, desarrollo de infección y epidemiología del SIDA; pero respondieron correctamente las preguntas sobre los síntomas del SIDA, los mecanismos de transmisión y las medidas de prevención.

TABLA B-2 Promedio de respuesta sobre los conocimientos de SIDA 101

REACTIVOS	C	I	NA
Los síntomas más reportados de SIDA son:	38,8	59,2	2,0
El agente causal del SIDA es:	37,0	52,3	10,7
El virus de inmunodeficiencia humana tiene especial predilección por invadir:	26,7	62,3	11,0
La causa del SIDA es la infección de las células de las linfocitos T4 por un agente que funciona destruyendo e invadendo el sistema de defensa:	37,1	52,3	10,6
El SIDA tiene un origen singular de transmisión reconocida:	26,8	63,9	9,3
El SIDA aparece desde el momento en que se contrae la infección por SIV:	37,9	62,3	9,8
A medida que progresa la infección por SIV con sustrato de las células, linfocitos T4, se va perdiendo la capacidad de formar anticuerpos y proteínas:	37,9	56,2	6,1
El estado que precede al SIDA, cuando el individuo presenta anticuerpos contra el SIV, se le conoce con el nombre de SIDA asintomático:	37,2	67,7	5,1
El SIDA constituye sólo la etapa final de la infección por SIV:	48,9	42,3	9,0
El SIDA se caracteriza por el estado general del individuo, presentando en algunas infecciones oportunistas y lesiones que hacen necesario la vida:	68,0	2,9	2,1
La causa directa de muerte de las personas de SIDA es el estado asintomático:	29,4	69,2	1,4
Los linfocitos "auxiliares" son los portadores de las células T4 y son permanentemente infectados:	52,7	32,0	15,3
La mayor concentración del SIV puede estar en la sangre, semen y líquido cefalorraquídeo:	68,9	7,5	2,0
La persona recién infectada con el SIV, presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad:	50,5	28,1	21,4
El SIV se puede transmitir por el contacto sexual con personas infectadas:	74,2	24,7	1,1
Una vía de contagio del SIV es el contacto de insectos:	67,2	19,5	1,3
El SIV se puede transmitir por el transcurso de la leche y órganos pertenecientes a personas infectadas:	61,3	19,8	18,9
El virus del SIDA, se puede transmitir en las alfileras:	69,6	3,8	2,6
Un mecanismo importante para la transmisión del SIV, es por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión y por agujas infectadas:	67,9	7,1	2,0
La infección por el virus del SIDA se puede contraer en zonas públicas:	68,9	2,4	1,7
Una mujer embarazada infectada con el SIV, puede transmitir a su hijo el virus del SIDA:	67,3	2,7	2,0
Existen pruebas científicas que el SIV se transmite con:	65,6	2,3	1,9
La vía de contagio más importante en relación con el SIDA se trata de:	68,9	12,6	1,5
El período de incubación del SIV varía de:	22,9	67,7	9,0
La detección del SIV se hace a través de:	68,9	1,9	1,7
Según reportes de varias zonas, la mayor parte e incidencia de casos de SIDA queda concentrada entre:	28,2	66,3	5,7
Las zonas de mayor riesgo para contraer la infección por el SIV son:	5,5	94,2	0,3
El origen del SIDA fue:	27,7	72,0	0,3
En México hasta 1989 se habían reportado:	38,7	48,8	12,5
Los grupos con mayor susceptibilidad a la prueba de detección del SIV, para evitar la discriminación del SIV son:	67,1	31,9	1,0
El SIDA puede afectar a todas las poblaciones de individuos con o sin sexo:	53,6	4,7	2,9
El SIV es muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente:	29,0	61,2	9,8
Un sistema de los sistemas con SIDA es el sistema de agua:	61,3	6,8	7,9
Las personas con SIDA pueden ser fuente continua:	71,8	29,2	6,1
La diarrea continua es un signo asociado al SIDA:	62,1	28,3	9,2
El SIV destruye el sistema de defensa de la persona que tiene la infección:	62,1	3,0	2,9
Las personas que están sanas contra el riesgo de contraer el SIV son con:	36,2	63,2	7,8
Las personas "seropositivas" pueden contraer con el SIV la enfermedad que se conoce como SIDA en su vida, con los siguientes métodos de transmisión:	59,3	50,9	9,0
Una infección con efectos para presentar el SIV:	62,5	5,4	2,1
Las personas "seropositivas" y "seronegativas" se refieren a la presencia de contagio del SIV:	61,0	1,9	0,4
Forma principal causal del SIDA por la que se transmite el SIDA es:	34,2	5,7	0,8
Los procedimientos y modalidades garantizan totalmente que no exista la infección por el SIV cuando se realiza la transfusión:	59,8	28,9	1,3
El SIV es muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente:	62,0	6,7	2,6
Forma principal causal del SIDA por la que se transmite el SIDA es:	62,0	1,5	1,3
Se debe evitar el contacto con prostitutas así como con desconocidos:	66,6	2,1	1,5
Forma principal causal del SIDA por la que se transmite el SIDA es:	65,2	32,3	2,3

El promedio general de los conocimientos sobre el SIDA fue de 6.27 puntos (Tabla 8-9) por lo que los adolescentes tuvieron conocimientos regulares.

TABLA 8-9 Promedios de las calificaciones sobre SIDA

CALIF.	F	P
3	4	.8
4	14	2.8
5	89	18.5
6	145	30.3
7	172	35.9
8	53	11.0
9	3	.6
$\bar{X} = 6.27$	$\sigma = 1.34$	

8. Análisis de Frecuencia de las actitudes hacia el SIDA (Tabla 8-10):

- a) Factor 1: Apoyo a enfermos de SIDA; el 76% de los adolescentes están en desacuerdo en rechazar a un amigo si tuviera SIDA; el 82.1% está de acuerdo en apoyar a un amigo con SIDA; el 54.8% tiene una actitud favorable para apoyar a los enfermos de SIDA; el 87% está de acuerdo en apoyar a un familiar si tuviera SIDA y sólo el 5.4% se apartaría de un familiar si tuviera SIDA.
- b) Factor 2: Temor al contagio del VIH; el 33.1% de los adolescentes se perciben como personas que están en riesgo de contagiarse con el VIH; el 53.9% tienen miedo de contraer la enfermedad; el 62.1% temen contagiarse del VIH

cuando tienen relaciones sexuales y el 32.5% no temen contraer el SIDA.

- c) Factor 3: Miedo de tener SIDA; el 68.3% de los adolescentes están de acuerdo en que la mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH y el 54.4% está de acuerdo en que si un amigo tuviera SIDA lo mantendría en secreto.
- d) Factor 4: Cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA; el 82.8% de los adolescentes tienen una actitud favorable para usar condón en las relaciones sexuales; el 51.9% está de acuerdo en que la información que tiene sobre el SIDA ha cambiado su conducta sexual y el 63.4% está de acuerdo en usar condón en las relaciones sexuales.
- e) Factor 5: Sexo Seguro; el 82.2% de los adolescentes tienen una actitud favorable para que la homosexualidad se manifieste con responsabilidad y el 87.3% tiene una actitud desfavorable para evitar el uso del condón y espermaticidas en sus relaciones sexuales.

TABLA 8-10 Promedio de respuesta de las actitudes hacia el SIDA

ACTITUDES	1	2	3	4	5
¿Hay una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA?	15.0	17.0	6.5	27.0	34.5
¿Se debe evitar tener un hijo si se sabe que el VIH puede transmitirse a través de los fluidos corporales?	30.1	38.5	7.7	13.3	3.9
¿Si alguien tiene que tener relaciones sexuales con una persona que tiene SIDA?	21.8	30.1	12.1	26.4	19.5
¿Si un adolescente que no sabe que tiene SIDA se masturba?	7.7	6.8	16.1	46.2	33.2
¿La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH?	32.6	45.0	16.8	11.7	9.9
¿Si un amigo me tuviera SIDA, ¿lo mantendría en secreto?	24.0	30.1	17.1	17.3	19.5
¿La información que tengo sobre el SIDA me hace ser cuidadoso en mis relaciones sexuales?	11.5	16.8	13.3	36.2	28.2
¿Tengo miedo de contraer el SIDA?	21.2	30.8	7.7	13.8	26.5
¿Los jóvenes deben abstenerse del sexo cuando tienen relaciones sexuales?	21.8	30.1	16.8	17.7	13.6
¿Si un adolescente que no sabe que tiene SIDA se masturba?	7.7	6.8	16.1	46.2	33.2
¿Si un adolescente que no sabe que tiene SIDA se masturba?	7.7	6.8	16.1	46.2	33.2
¿Hay una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA?	15.0	17.0	6.5	27.0	34.5
¿Se debe evitar tener un hijo si se sabe que el VIH puede transmitirse a través de los fluidos corporales?	30.1	38.5	7.7	13.3	3.9
¿Si alguien tiene que tener relaciones sexuales con una persona que tiene SIDA?	21.8	30.1	12.1	26.4	19.5
¿Si un adolescente que no sabe que tiene SIDA se masturba?	7.7	6.8	16.1	46.2	33.2
¿La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH?	32.6	45.0	16.8	11.7	9.9
¿Si un amigo me tuviera SIDA, ¿lo mantendría en secreto?	24.0	30.1	17.1	17.3	19.5
¿La información que tengo sobre el SIDA me hace ser cuidadoso en mis relaciones sexuales?	11.5	16.8	13.3	36.2	28.2
¿Tengo miedo de contraer el SIDA?	21.2	30.8	7.7	13.8	26.5
¿Los jóvenes deben abstenerse del sexo cuando tienen relaciones sexuales?	21.8	30.1	16.8	17.7	13.6
¿Si un adolescente que no sabe que tiene SIDA se masturba?	7.7	6.8	16.1	46.2	33.2
¿Si un adolescente que no sabe que tiene SIDA se masturba?	7.7	6.8	16.1	46.2	33.2
¿Hay una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA?	15.0	17.0	6.5	27.0	34.5
¿Se debe evitar tener un hijo si se sabe que el VIH puede transmitirse a través de los fluidos corporales?	30.1	38.5	7.7	13.3	3.9
¿Si alguien tiene que tener relaciones sexuales con una persona que tiene SIDA?	21.8	30.1	12.1	26.4	19.5
¿Si un adolescente que no sabe que tiene SIDA se masturba?	7.7	6.8	16.1	46.2	33.2
¿La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH?	32.6	45.0	16.8	11.7	9.9
¿Si un amigo me tuviera SIDA, ¿lo mantendría en secreto?	24.0	30.1	17.1	17.3	19.5
¿La información que tengo sobre el SIDA me hace ser cuidadoso en mis relaciones sexuales?	11.5	16.8	13.3	36.2	28.2
¿Tengo miedo de contraer el SIDA?	21.2	30.8	7.7	13.8	26.5
¿Los jóvenes deben abstenerse del sexo cuando tienen relaciones sexuales?	21.8	30.1	16.8	17.7	13.6
¿Si un adolescente que no sabe que tiene SIDA se masturba?	7.7	6.8	16.1	46.2	33.2
¿Si un adolescente que no sabe que tiene SIDA se masturba?	7.7	6.8	16.1	46.2	33.2
¿Hay una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA?	15.0	17.0	6.5	27.0	34.5

8.2. Análisis de Varianza

Con el objetivo de observar las diferencias entre las variables independientes y las interacciones existentes, se realizó el análisis de varianza.

1. Efectos principales del análisis de varianza de los conocimientos y actitudes hacia la sexualidad (Tabla 8-11).

- a) Análisis de varianza de los conocimientos en sexualidad
- Diferencias por Sexo: No existieron diferencias significativas.
 - Diferencias por Edad: Existieron diferencias significativas ($p < .000$), mostrando que los adolescentes de 18 a 20 años tienen un mayor promedio de calificación en los conocimientos sobre sexualidad ($\bar{x} = 6.37$) que los adolescentes de 15 a 17 años ($\bar{x} = 5.30$).
 - Diferencias en la Conducta Sexual: Existen diferencias significativas ($p = .010$), encontrando que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, tienen un mayor promedio de calificación en los conocimientos sobre sexualidad ($\bar{x} = 6.18$) que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales ($\bar{x} = 5.51$).
- b) Análisis de Varianza de los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.
- Diferencias por Sexo: Existen diferencias significativas ($p < .000$), puesto que las mujeres tienen un mayor prome-

dio de calificación en los conocimientos sobre sexualidad ($\bar{x}=6.51$) que los hombres ($\bar{x}=6.01$).

- Diferencias por Edad: Existen diferencias significativas ($p=.009$), mostrando que los adolescentes de 18 a 20 años, tienen un mayor promedio de calificación en los conocimientos sobre sexualidad ($\bar{x}=6.48$) que los adolescentes de 15 a 17 años ($\bar{x}=6.37$).
 - Diferencias en el uso de anticonceptivos: No se encontraron diferencias significativas.
- c) Análisis de Varianza del factor 1 (Libertad en las relaciones sexuales).
- Diferencias por Sexo: Existen diferencias significativas ($p=.037$), indicando que los hombres presentan una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales ($\bar{x}=3.62$) que las mujeres ($\bar{x}=3.28$).
 - Diferencias por Edad: Existen diferencias significativas ($p=.003$), encontrando que los adolescentes de 18 a 20 años tienen una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales ($\bar{x}=3.51$) que los adolescentes de 15 a 17 años ($\bar{x}=3.39$).
 - Diferencias en la Conducta Sexual: Existen diferencias significativas ($p=.000$), mostrando que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales ($\bar{x}=3.81$), que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales ($\bar{x}=3.13$).

d) Análisis de Varianza en el factor 2 (Aborto)

- Diferencias por Sexo: No se encontraron diferencias significativas.
- Diferencias por Edad: Existen diferencias significativas ($p=.002$), encontrando que los adolescentes de 18 a 20 años tienen una actitud más desfavorable hacia el aborto ($\bar{x}=2.74$), que los adolescentes de 15 a 17 años ($\bar{x}=2.82$).
- Diferencias en la Conducta Sexual: Existen diferencias significativas ($p=.000$), encontrando que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia el aborto ($\bar{x}=3.02$) que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales ($\bar{x}=2.56$).

e) Análisis de Varianza en el factor 3 (Embarazo)

- Diferencias por Sexo: Existen diferencias significativas ($p=.000$), puesto que las mujeres tienen una actitud más favorable hacia el embarazo ($\bar{x}=4.22$) que los hombres ($\bar{x}=3.97$).
- Diferencias por Edad: No se encontraron diferencias significativas.
- Diferencias en la Conducta Sexual: Existen diferencias significativas ($p=.000$) encontrando que los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia el embarazo ($\bar{x}=4.24$) que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales ($\bar{x}=3.96$).

f) Análisis de Varianza en el factor 4 (Anticonceptivos)

- Diferencias por Sexo: Existen diferencias significativas

($p=.000$), puesto que las mujeres tienen una actitud más favorable hacia los métodos anticonceptivos ($\bar{x}=3.86$) que los hombres ($\bar{x}=3.68$).

- Diferencias por Edad: Existen diferencias significativas ($p=.001$), mostrando que los adolescentes de 15 a 17 años tienen una actitud más favorable hacia los métodos anticonceptivos ($\bar{x}=3.81$) que los adolescentes de 18 a 20 años ($\bar{x}=3.73$).

- Diferencias en la Conducta Sexual: Existen diferencias significativas ($p=.000$) mostrando que los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia los métodos anticonceptivos ($\bar{x}=3.90$) que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales ($\bar{x}=3.65$).

g) Análisis de Varianza en el factor 5 (Prácticas Sexuales)

- No existen diferencias significativas ni en el sexo ni en la edad.

- Diferencias en la Conducta Sexual: Existen diferencias significativas ($p>.000$), puesto que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia los diferentes tipos de prácticas sexuales ($\bar{x}=3.67$) que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales ($\bar{x}=3.68$).

h) Análisis de Varianza en el factor 1 (Libertad en las relaciones sexuales) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

- No existen diferencias significativas ni en el sexo ni en la edad.
 - Diferencias en el uso de métodos anticonceptivos: Existen diferencias significativas ($p=.027$), ya que los adolescentes que siempre usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales, tienen una actitud más favorable para la libertad en las relaciones sexuales ($\bar{x}=3.88$), que los adolescentes que no los usan ($\bar{x}=3.78$) o que sólo los usan a veces ($\bar{x}=3.65$).
- i) Análisis de Varianza en el factor 2 (Aborto), en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.
- Diferencias por Sexo: Existen diferencias significativas ($p=.024$), mostrando que las mujeres tienen una actitud más favorable hacia el aborto ($\bar{x}=3.32$) que los hombres ($\bar{x}=2.87$).
 - Diferencias por Edad: No existen diferencias significativas.
 - Diferencias en el uso de métodos anticonceptivos: Existen diferencias significativas ($p=.052$), ya que los adolescentes que siempre usan anticonceptivos tienen una actitud más favorable hacia el aborto ($\bar{x}=3.16$) que los adolescentes que no los usan ($\bar{x}=2.52$) o que sólo los usan en ocasiones ($\bar{x}=2.98$).
- j) Análisis de Varianza en el factor 3 (Embarazo) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.
- Diferencias por Sexo: Existen diferencias significativas

($p=.001$) encontrando que las mujeres tienen una actitud más favorable hacia el embarazo ($\bar{x}=4.49$) que los hombres ($\bar{x}=4.11$).

- Diferencias por Edad: Existen diferencias significativas ($p=.000$) que indicaron que los adolescentes de 18 a 20 años, tienen una actitud más favorable hacia el embarazo ($\bar{x}=4.35$) que los adolescentes de 15 a 17 años ($\bar{x}=3.92$).
- Diferencias por uso de métodos anticonceptivos: No se encontraron diferencias significativas.

k) Análisis de Varianza del factor 4 (Anticonceptivos) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

- Diferencias por Sexo: Existen diferencias significativas ($p=.000$), que indican que las mujeres tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos ($\bar{x}=4.20$) que los hombres ($\bar{x}=3.74$).
- Diferencias por Edad: No existen diferencias significativas.
- Diferencias en el uso de métodos anticonceptivos: Existen diferencias significativas ($p=.000$), ya que los adolescentes que siempre usan anticonceptivos tienen una actitud más favorable hacia éstos ($\bar{x}=4.05$), que los adolescentes que sólo los utilizan a veces ($\bar{x}=3.89$) o los que nunca los usan ($\bar{x}=3.31$).

l) Análisis de Varianza en el factor 5 (Prácticas Sexuales) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

- No se encontraron diferencias significativas ni en el sexo, ni en la edad, ni en el uso de métodos anticonceptivos.

tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia el aborto, que los hombres ($\bar{x}=2.65$) y las mujeres ($\bar{x}=2.50$) que no han tenido relaciones sexuales.

c) Interacciones obtenidas en el factor 3 (Embarazo).

Existen diferencias significativas ($p=.002$), al interactuar la edad y la conducta sexual; mostrando que los adolescentes de 18 a 20 años que ya han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia el embarazo ($\bar{x}=4.36$) que los adolescentes de 15 a 17 años ($\bar{x}=3.92$). Contrariamente los adolescentes de 15 a 17 años que no han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia el embarazo ($\bar{x}=3.99$) que los adolescentes de 18 a 20 años que no han tenido relaciones sexuales ($\bar{x}=3.88$).

d) Interacciones obtenidas en el factor 4 (Anticonceptivos)

Existen diferencias significativas ($p=.006$), al interactuar el sexo y la conducta sexual, que indican que las mujeres que han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia los métodos anticonceptivos ($\bar{x}=4.20$) que los hombres que ya han tenido relaciones sexuales ($\bar{x}=3.74$). Así mismo se encontró que las mujeres que no han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos ($\bar{x}=3.70$), que los hombres que no han tenido relaciones sexuales ($\bar{x}=3.57$). También existen diferencias significativas cuando interactúan el sexo, la edad y la conducta sexual ($p=.004$),

que indican que los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales, las mujeres de 18 a 20 años tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos ($\bar{x}=4.31$) que las mujeres de 15 a 17 años ($\bar{x}=3.73$); contrariamente los hombres de 15 a 17 años tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos ($\bar{x}=3.96$) que los hombres de 18 a 20 años ($\bar{x}=3.32$). En cuanto a los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, tanto las mujeres ($\bar{x}=3.88$) como los hombres ($\bar{x}=3.62$) de 15 a 17 años tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos que las mujeres ($\bar{x}=3.37$) y los hombres ($\bar{x}=3.32$) de 18 a 20 años.

e) Interacciones obtenidas en el factor 5 (Prácticas Sexuales)

Existen diferencias significativas ($p=.020$), al interactuar el sexo y la conducta sexual; encontrando que de los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales, las mujeres tienen una actitud más favorable hacia los diferentes tipos de prácticas sexuales ($\bar{x}=3.72$) que los hombres ($\bar{x}=3.65$); en cuanto a los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, los hombres tienen una actitud más favorable hacia los diferentes tipos de prácticas sexuales ($\bar{x}=3.41$) que las mujeres ($\bar{x}=3.28$).

También existen diferencias significativas ($p=.001$) al interactuar el sexo, la edad y la conducta sexual, que indican que de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales las mujeres de 18 a 20 años tienen una actitud

más favorable hacia cualquier tipo de práctica sexual ($\bar{x}=3.79$) que los hombres de la misma edad ($\bar{x}=3.65$). Contrariamente los hombres de 15 a 17 años tienen una actitud más favorable hacia cualquier tipo de práctica sexual ($\bar{x}=3.65$) que las mujeres de la misma edad ($\bar{x}=3.46$). En cuanto a los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, los hombres de 18 a 20 años tienen una actitud más favorable hacia cualquier tipo de práctica sexual ($\bar{x}=3.69$) que los hombres de 15 a 17 años ($\bar{x}=3.35$), además se encontró que las mujeres de 15 a 17 años tienen una actitud más favorable hacia las prácticas sexuales ($\bar{x}=3.33$) que las mujeres de 18 a 20 años ($\bar{x}=2.99$).

- f) Interacciones obtenidas en el factor 4 (Anticonceptivos) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales. Existen diferencias significativas cuando interactúan la edad y el uso de métodos anticonceptivos ($p=.005$); encontrando que los adolescentes que siempre usan anticonceptivos de 15 a 17 años ($\bar{x}=3.86$) y los que sólo los usan a veces ($\bar{x}=4.25$) tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos que los adolescentes que no los usan ($\bar{x}=3.72$). Así mismo se encontró que los adolescentes de 18 a 20 años que siempre usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales ($\bar{x}=4.11$) y los que sólo los usan a veces ($\bar{x}=3.80$) tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos que los adolescentes de la misma edad que no usan anticonceptivos ($\bar{x}=2.94$).

Se encontraron diferencias significativas ($p=.005$) cuando interactúan el sexo, la edad y el uso de métodos anticonceptivos; lo cual indicó que de los adolescentes que tienen de 15 a 17 años, los hombres que siempre usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales ($\bar{x}=4.00$) y los que los usan a veces ($\bar{x}=4.25$) tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos, que los que no los usan ($\bar{x}=3.78$). Así mismo las mujeres que sí usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales ($\bar{x}=4.05$), tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos, que las mujeres que no los usan ($\bar{x}=3.10$). En cuanto a los adolescentes que tienen de 18 a 20 años, las mujeres que siempre usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales ($\bar{x}=4.32$) y las que sólo los usan a veces ($\bar{x}=4.28$), tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos que las mujeres que no los usan ($\bar{x}=4.25$). Así mismo los hombres que sí usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales ($\bar{x}=3.95$) y los que sólo los usan a veces ($\bar{x}=3.52$) tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos que los hombres que no los usan ($\bar{x}=2.78$).

- g) Interacciones obtenidas en el factor 5 (Prácticas Sexuales) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales. Existen diferencias significativas ($p=.048$) al interactuar la edad y el uso de métodos anticonceptivos; que indican que los adolescentes de 18 a 20 años que siempre usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales ($\bar{x}=3.81$)

y los que sólo los usan a veces ($\bar{x}=3.61$), tienen una actitud más favorable hacia los diferentes tipos de prácticas sexuales, que los adolescentes que no usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales ($\bar{x}=3.30$).

También se encontró que los adolescentes de 15 a 17 años que siempre usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales ($\bar{x}=3.71$) y los que sólo los usan a veces ($\bar{x}=3.69$), tienen una actitud más favorable hacia los diferentes tipos de práctica sexual, que los adolescentes que no usan anticonceptivos ($\bar{x}=3.52$).

TABLA 8-12 Interacciones Significativas en el Análisis de Varianza de los Conocimientos y Actitudes hacia la sexualidad

FACTOR	INTERACCIONES	F	p
CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD	EDAD * SEXO	4.795	.022
ABORTO	SEXO * CONDUCTA SEXUAL	3.285	.061
PRÁCTICAS SEXUALES	SEXO * CONDUCTA SEXUAL	8.652	.020
	EDAD * SEXO * CONDUCTA SEXUAL	10.814	.001
ANTICONCEPTIVOS	SEXO * CONDUCTA SEXUAL	7.844	.006
	EDAD * SEXO * CONDUCTA SEXUAL	8.750	.004
ABORTO	EDAD * CONDUCTA SEXUAL	9.267	.002
PRÁCTICAS SEXUALES EN ADOLESCENTES QUE HAN TENDIDO RELACIONES SEXUALES	EDAD * USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	7.094	.008
ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES QUE HAN TENDIDO RELACIONES SEXUALES	EDAD * USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	9.388	.002
	EDAD * SEXO * USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	8.129	.005

3. Efectos Principales del Análisis de Varianza de los conocimientos y actitudes hacia el SIDA (Tabla 8-13).

a) Análisis de Varianza de los conocimientos sobre SIDA.

- Diferencias por Sexo: No existen diferencias significativas.
- Diferencias por Edad: Existen diferencias significativas ($p=.001$) que indican, que los adolescentes de 18 a 20 años tienen un mayor promedio de calificación en los conocimientos sobre SIDA ($\bar{x}=6.54$) que los adolescentes de 15 a 17 años ($\bar{x}=6.00$).
- Diferencias en la Conducta Sexual: No existen diferencias significativas.

b) Análisis de Varianza de los conocimientos sobre SIDA en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

- No existen diferencias significativas ni en el sexo, ni en el uso de métodos anticonceptivos.
- Diferencias por Edad: Existen diferencias significativas ($p=.000$), que indican que los adolescentes de 18 a 20 años tienen mayores conocimientos sobre SIDA ($\bar{x}=6.54$) que los adolescentes de 15 a 17 años ($\bar{x}=6.00$).

c) Análisis de Varianza del factor 1 (apoyo a enfermos de SIDA).

- Diferencias por Sexo: Existen diferencias significativas ($p=.001$), ya que las mujeres tienen una actitud más favorable para apoyar a los enfermos de SIDA ($\bar{x}=4.01$) que los hombres ($\bar{x}=3.85$).

- Diferencias por Edad: No existen diferencias significativas.
 - Diferencias en la Conducta Sexual: Existen diferencias significativas ($p=.006$), encontrando que los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable para apoyar a los enfermos de SIDA ($\bar{x}=3.99$) que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales ($\bar{x}=3.87$).
- d) Análisis de Varianza del factor 2 (Temor al contagio del VIH).
- No se encontraron diferencias significativas ni en el sexo, ni en la edad, ni en la conducta sexual.
- e) Análisis de Varianza del factor 3 (Miedo de tener SIDA)
- Diferencias por Sexo: No existen diferencias significativas.
 - Diferencias por Edad: No existen diferencias significativas.
 - Diferencias en la Conducta Sexual: Existen diferencias significativas ($p=.002$), ya que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales tienen más miedo de tener SIDA ($\bar{x}=3.68$), que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales.
- f) Análisis de Varianza en el factor 4 (Cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA).
- Diferencias por Sexo: No existen diferencias significativas.

- **Diferencias por Edad:** Existen diferencias significativas ($p=.040$), las cuales indican que los adolescentes de 15 a 17 años tienen una actitud más favorable para los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA ($\bar{x}=3.58$), que los adolescentes de 18 a 20 años ($\bar{x}=3.50$).
- **Diferencias en la Conducta Sexual:** Existen diferencias significativas ($p=.016$) ya que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, tienen una actitud más favorable para los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA ($\bar{x}=3.59$), que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales ($\bar{x}=3.49$).

g) Análisis de Varianza en el factor 5 (Sexo Seguro).

- **Diferencias por Sexo:** Existen diferencias significativas ($p=.002$), ya que las mujeres tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro ($\bar{x}=4.20$) que los hombres ($\bar{x}=4.04$).
- **Diferencias por Edad:** No existen diferencias significativas.
- **Diferencias en la Conducta Sexual:** Existen diferencias significativas ($p=.008$) ya que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro ($\bar{x}=4.19$), que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales ($\bar{x}=4.05$).

h) Análisis de Varianza del factor 1 (apoyo a enfermos de SIDA) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

- No existen diferencias significativas ni en el sexo ni

en la edad.

- Diferencias en el uso de métodos anticonceptivos: Existen diferencias significativas ($p=.057$) que indican que los adolescentes que siempre usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales ($\bar{x}=4.07$) y los que sólo los usan a veces ($\bar{x}=3.95$), tienen una actitud más favorable para dar apoyo a los enfermos de SIDA; que los adolescentes que no usan anticonceptivos ($\bar{x}=3.74$).

i) Análisis de Varianza del factor 2 (Temor al contagio del VIH) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

- Diferencias por Sexo: Existen diferencias significativas ($p=.007$), ya que los hombres tienen más temor al contagio del VIH ($\bar{x}=3.24$) que las mujeres ($\bar{x}=2.89$).
- No existieron diferencias significativas ni en la edad, ni en el uso de métodos anticonceptivos.

j) Análisis de Varianza del factor 3 (Miedo de tener SIDA) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

- Diferencias por Sexo: Existen diferencias significativas ($p=.005$), ya que los hombres tienen más miedo de tener SIDA ($\bar{x}=3.73$), que las mujeres ($\bar{x}=3.65$).
- No existen diferencias significativas ni en la edad, ni en el uso de métodos anticonceptivos.

k) Análisis de Varianza del factor 4 (cambios de la conducta sexual para prevenir el SIDA) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

- No existen diferencias significativas ni en la edad, ni

en el sexo, ni en el uso de métodos anticonceptivos.

- 1) Análisis de Varianza en el factor A (Sexo Seguro) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.
- Diferencias por Sexo: No existen diferencias significativas.
 - Diferencias por Edad: Existen diferencias significativas ($p=.025$), puesto que los adolescentes de 18 a 20 años tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro ($\bar{x}=4.28$), que los adolescentes de 15 a 17 años ($\bar{x}=3.96$).
 - Diferencias en el uso de métodos anticonceptivos: Existen diferencias significativas ($p=.001$), encontrando que los adolescentes que usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales ($\bar{x}=4.24$) y los que sólo los usan a veces ($\bar{x}=4.35$), tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro que los adolescentes que no usan anticonceptivos ($\bar{x}=3.74$).

TABLA B-13 Efectos Principales del Análisis de Varianza de los conocimientos y actitudes hacia el SIDA

FACTORES	VARIABLES	F	P
CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA	SEXO	19,015	.001
CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA EN ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES	SEXO	19,049	.001
	EDAD	11,015	.001
	CONDUCTA SEXUAL	7,532	.009
CAMBIO EN LA CONDUCTA SEXUAL PARA PREVENIR EL SIDA	SEXO	6,132	.024
	CONDUCTA SEXUAL	6,839	.014
	EDAD	6,811	.002
	CONDUCTA SEXUAL	7,003	.009
SEXO SEGURO	CONDUCTA SEXUAL	6,173	.003
APORTA A EVITAR EL SIDA EN ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	3,001	.091
TENDENCIA A EVITAR EL SIDA EN ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES	SEXO	7,397	.001
SEAL SEXUAL EN ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	1,024	.301
	SEXO	6,913	.023
SEAL O TIENE SIDA EN ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES	SEXO	5,562	.005

4. Interacciones significativas en el Análisis de Varianza de los conocimientos y actitudes hacia el SIDA (Tabla 8-14).

a) Interacciones obtenidas en los conocimientos sobre el SIDA

Existen diferencias significativas ($p=.051$) al interactuar el sexo y la edad, mostrando que las mujeres de 18 a 20 años tienen un mayor conocimiento sobre SIDA ($\bar{x}=6.58$) que los hombres de la misma edad ($\bar{x}=6.51$); contrariamente los hombres de 15 a 17 años tienen un mayor conocimiento sobre SIDA ($\bar{x}=6.20$), que las mujeres de la misma edad ($\bar{x}=5.81$).

b) Interacciones obtenidas en los conocimientos sobre SIDA en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

Existen diferencias significativas ($p=.046$) al interactuar el sexo y la edad; indicando que las mujeres de 18 a 20 años tienen un mayor conocimiento sobre SIDA ($\bar{x}=6.85$) que los hombres de la misma edad ($\bar{x}=6.56$). Contrariamente los hombres de 15 a 17 años tienen un mayor conocimiento sobre SIDA ($\bar{x}=6.19$) que las mujeres de la misma edad ($\bar{x}=5.73$).

c) Interacciones obtenidas en el factor 2 (Temor al contagio del VIH).

Existen diferencias significativas ($p=.037$), al interactuar el sexo y la edad; mostrando que las mujeres de 15 a 17 años tienen más temor al contagio del VIH ($\bar{x}=3.24$), que los hombres de la misma edad ($\bar{x}=3.11$); contrariamente

los hombres de 18 a 20 años tienen más temor al contagio del VIH ($\bar{x}=3.24$) que las mujeres de la misma edad ($\bar{x}=2.87$).

d) Interacciones obtenidas en el factor 3 (Miedo de tener SIDA).

Existen diferencias significativas ($p=.033$), al interactuar la edad y la conducta sexual; que indican que de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales los de 18 a 20 años tienen más temor de tener SIDA ($\bar{x}=3.70$) que los adolescentes de 15 a 17 años ($\bar{x}=3.63$). En cuanto a los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales los de 15 a 17 años tienen más temor de tener SIDA ($\bar{x}=3.52$) que los adolescentes de 18 a 20 años ($\bar{x}=3.28$).

e) Interacciones obtenidas en el factor 4 (Cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA).

Existen diferencias significativas ($p=.001$) al interactuar la edad y la conducta sexual; mostrando que de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales los de 18 a 20 años tienen una actitud más favorable para cambiar su conducta sexual para prevenir el SIDA ($\bar{x}=3.64$), que los adolescentes de 15 a 17 años ($\bar{x}=3.48$). En cuanto a los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, los adolescentes de 15 a 17 años tienen una actitud más favorable para cambiar la conducta sexual y prevenir el SIDA ($\bar{x}=3.61$), que los adolescentes de 18 a 20 años ($\bar{x}=3.19$).

También existen diferencias significativas ($p=.023$), al

interactuar el sexo, la edad y la conducta sexual; indicando que de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, las mujeres de 18 a 20 años tienen una actitud más favorable para cambiar su conducta sexual para prevenir el SIDA ($\bar{x}=3.79$), que los hombres de la misma edad ($\bar{x}=3.54$). Contrariamente los hombres de 15 a 17 años, tienen una actitud más favorable para cambiar la conducta sexual para prevenir el SIDA ($\bar{x}=3.57$), que las mujeres de la misma edad ($\bar{x}=3.23$). En cuanto a los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales; se encontró que tanto las mujeres ($\bar{x}=3.69$) como los hombres ($\bar{x}=3.50$) de 15 a 17 años tienen una actitud más favorable para cambiar la conducta sexual para prevenir el SIDA, que las mujeres ($\bar{x}=3.50$) y los hombres ($\bar{x}=3.26$) de 18 a 20 años.

- f) Interacciones obtenidas en el factor 5 (Sexo Seguro). Existen diferencias significativas ($p=.000$), al interactuar la edad y la conducta sexual; indicando que de los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales, los que tienen de 18 a 20 años tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro ($\bar{x}=4.28$) que los adolescentes de 15 a 17 años ($\bar{x}=3.96$). En cuanto a los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales; los que tienen de 15 a 17 años tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro ($\bar{x}=4.11$), que los adolescentes de 18 a 20 años ($\bar{x}=3.90$).

g) Interacciones obtenidas en el factor 1 (Apoyo a enfermos de SIDA) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

Existen diferencias significativas ($p < .059$), al interactuar el sexo, la edad y el uso de métodos anticonceptivos, mostrando que de los adolescentes que tienen de 15 a 17 años las mujeres que sí usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia el apoyo a los enfermos de SIDA ($\bar{x} = 4.26$) que las mujeres que no los usan ($\bar{x} = 3.76$). Contrariamente los hombres que no usan anticonceptivos tienen una actitud más favorable para apoyar a los enfermos de SIDA ($\bar{x} = 3.95$) que los que sí usan anticonceptivos ($\bar{x} = 3.91$), o los que sólo los usan a veces ($\bar{x} = 3.80$). En los adolescentes que tienen de 18 a 20 años se encontró que las mujeres que usan anticonceptivos tienen una actitud más favorable para apoyar a los enfermos de SIDA ($\bar{x} = 4.30$), que las mujeres que no los usan ($\bar{x} = 4.11$) o que sólo los usan a veces ($\bar{x} = 4.05$). En cuanto a los hombres que usan anticonceptivos ($\bar{x} = 4.07$) o los que sólo los usan a veces ($\bar{x} = 3.96$) tienen una actitud más favorable para apoyar a los enfermos de SIDA que los hombres que no usan anticonceptivos ($\bar{x} = 3.51$).

h) Interacciones obtenidas en el factor 2 (Temor al contagio del VIH) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

Existen diferencias significativas ($p < .046$), cuando inte

reactúan el sexo y la edad, mostrando que los hombres de de 18 a 20 años tienen más temor al contagio del VIH ($\bar{x}=3.27$), que las mujeres de la misma edad ($\bar{x}=2.79$). Contrariamente las mujeres de 15 a 17 años tienen más temor al contagio del VIH ($\bar{x}=3.33$) que los hombres de la misma edad ($\bar{x}=3.17$).

- i) Interacciones obtenidas en el factor 3 (Miedo de tener SIDA) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales. Existen diferencias significativas ($p=.050$) al interactuar el sexo y la edad; indicando que los hombres de 15 a 17 años tienen más miedo de tener SIDA ($\bar{x}=3.74$) que las mujeres de la misma edad ($\bar{x}=3.30$). Contrariamente las mujeres de 18 a 20 años tienen más temor de tener SIDA ($\bar{x}=3.30$), que los hombres de la misma edad ($\bar{x}=3.61$).
- j) Interacciones obtenidas en el factor 4 (Cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA) en adolescentes que han tenido relaciones sexuales. Existen diferencias significativas ($p=.035$) al interactuar el sexo, la edad y el uso de métodos anticonceptivos; encontrando que en los adolescentes que tienen entre 15 y 17 años, tanto los hombres que usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales ($\bar{x}=3.75$), como los que sólo los usan a veces ($\bar{x}=3.58$), tienen una actitud más favorable hacia los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA, que los adolescentes que no usan anticonceptivos ($\bar{x}=3.47$); así mismo las mujeres que sí

usan anticonceptivos tienen una actitud más favorable hacia los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA ($\bar{x}=3.35$), que las mujeres que no usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales ($\bar{x}=3.00$).

En cuanto a los adolescentes que tienen entre 18 y 20 años, se encontró que los hombres que usan anticonceptivos ($\bar{x}=3.72$) y los que sólo los usan a veces ($\bar{x}=3.48$) tienen una actitud más favorable hacia los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA, que los hombres que no usan anticonceptivos ($\bar{x}=2.97$). Igualmente las mujeres que sí usan anticonceptivos ($\bar{x}=4.50$) y las que sólo los usan a veces ($\bar{x}=3.87$), tienen una actitud más favorable hacia los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA, que las mujeres que no usan anticonceptivos ($\bar{x}=3.50$).

TABLA B-14 Interacciones Significativas en el Análisis de Varianza de los Conocimientos y Actitudes hacia el SIDA

FACTOR	INTERACCIONES	F	P
EDUCACIONALES SOBRE SIDA	SEXO * EDAD	2.878	.091
CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA EN ADOLESCENTES DE MAS TIEMPO RELACIONES SEXUALES	SEXO * EDAD	4.963	.048
TIEMPO DE CONTACTO DEL VIE	SEXO * EDAD	4.385	.037
CAMBIOS EN LA CONDUCTA SEXUAL PARA PREVENIR EL SIDA	EDAD * CONDUCTA SEXUAL	11.008	.001
	EDAD * SEXO * CONDUCTA SEXUAL	9.701	.023
EDAD DE COMEN	EDAD * CONDUCTA SEXUAL	10.838	.002
ALICHO DE TIEMPO SIDA	EDAD * CONDUCTA SEXUAL	6.363	.013
APORTA A ENTENDER DE SIDA EN ADOLESCENTES DE MAS TIEMPO RELACIONES SEXUALES	EDAD * SEXO * USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	3.818	.053
TIEMPO DE CONTACTO DEL VIE EN ADOLESCENTES DE MAS TIEMPO RELACIONES SEXUALES	SEXO * EDAD	6.076	.016
CAMBIO EN CONDUCTA SEXUAL PARA PREVENIR EL SIDA EN ADOLESCENTES DE MAS TIEMPO RELACIONES SEXUALES	EDAD * SEXO * USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	4.895	.029
ALICHO DE TIEMPO SIDA EN ADOLESCENTES DE MAS TIEMPO RELACIONES SEXUALES	SEXO * EDAD	3.883	.052

8.3. Correlación de Pearson

Este programa estadístico fue utilizado con el objetivo de obtener la correlación existente entre las variables (Tabla 8-15); encontrando lo siguiente:

- A mayor conocimiento sobre sexualidad existe un mayor conocimiento sobre el SIDA ($r=.4209$) y una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales ($r=.2438$), los diferentes tipos de práctica sexual ($r=.2547$), los anticonceptivos ($r=.1080$) y el embarazo ($r=.1921$).
- A mayor conocimiento sobre SIDA, existe una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales ($r=.2686$) los diferentes tipos de prácticas sexuales ($r=.1671$), aborto ($r=.1181$), embarazo ($r=.1573$), sexo seguro ($r=.1323$) y apoyo a los enfermos de SIDA ($r=.1077$).
- Entre más favorable sea la actitud hacia la libertad en las relaciones sexuales, existe una actitud más favorable hacia el aborto ($r=.3473$), los diferentes tipos de práctica sexual ($r=.4879$), los anticonceptivos ($r=.2616$), el embarazo ($r=.3549$), el apoyo a enfermos de SIDA ($r=.1597$), los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA ($r=.2168$) y el sexo seguro ($r=.1242$).
- Entre más favorable sea la actitud hacia el aborto, existe una actitud más favorable hacia los diferentes tipos de práctica sexual ($r=.2214$).

- Entre más favorable sea la actitud hacia los diferentes tipos de prácticas sexuales, existe una actitud más favorable hacia los anticonceptivos ($r=.2760$), el embarazo ($r=.2301$), los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA ($r=.1121$) y existe más temor al contagio del VIH ($r=.1119$).
- Entre más favorable sea la actitud hacia los anticonceptivos existe una actitud más favorable hacia el embarazo ($r=.1748$) y el sexo seguro ($r=.2035$).
- Entre más favorable sea la actitud hacia el embarazo, existe una actitud más favorable hacia el apoyo a enfermos de SIDA ($r=.1492$), los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA ($r=.1205$) y el sexo seguro ($r=.1136$).
- Entre más favorable sea la actitud para apoyar a los enfermos de SIDA, existe una actitud más favorable para los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA ($r=.3082$), el sexo seguro ($r=.2047$), existe más temor al contagio del VIH ($r=.1563$) y más miedo de tener SIDA ($r=.1836$).
- Entre más temor al contagio del VIH, existe una actitud más favorable hacia los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA ($r=.3427$) y el sexo seguro ($r=.1119$).
- Finalmente entre más favorable sea la actitud en los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA, existe una actitud más favorable hacia el sexo seguro ($r=.1778$).

Tabla B.15 Correlaciones existentes entre las variables

	Conocimientos SIDA	Libertad en las relaciones sexuales	Aborto	Prácticas sexuales	Anticonceptivos	Embarazo	Apoyo en enfermos de SIDA	Temor al contagio del VIH	Cambios en la conducta para evitar SIDA	Sexo seguro	Temor a tener SIDA
Conocimientos de Sexualidad	.4209**	.2438**		.2547**	.1080*	.1921**					
Conocimientos sobre SIDA		.2686**	.1181*	.1671**		.1573**	.1077*			.1323*	
Libertad en relaciones sexuales			.3473**	.4979**	.2616**	.3549**	.1597**		.2168**	.1248*	
Aborto				.2214**							
Prácticas Sexuales					.2760**	.2301**		.1119*	.1121*		
Anticonceptivos						.1748**				.2035**	
Embarazo							.1492**		.1205*	.1136*	
Apoyo a enfermos de SIDA								.1563**	.3082**	.2047**	.1836**
Temor al contagio del VIH									.3427**	.1119*	
Cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA										.1778**	

* p < .05

** p < .01

DISCUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue evaluar los conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes y su influencia que tienen sobre los conocimientos y actitudes hacia el SIDA, para así poder establecer la importancia de la sexualidad del adolescente en la prevención del SIDA.

De acuerdo a este objetivo se encontró que la mayoría de los adolescentes tienen malos conocimientos sobre la fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, debido quizá a que es difícil recordar las funciones de cada una de sus partes. Sin embargo en cuanto a los aspectos anatómicos, la mayoría de los jóvenes demostraron tener más conocimiento, ya que es más fácil recordar los nombres de las partes del aparato reproductor masculino y femenino que sus funciones. En lo referente a la localización en el esquema de las diferentes partes del aparato reproductor femenino, la mayoría de los adolescentes las localizaron correctamente, probablemente por que se da a conocer más; además las partes del aparato reproductor masculino no fueron localizadas correctamente, quizá por que existe más tabú con respecto al aparato sexual masculino y se da menos a conocer.

La mayoría de los adolescentes confunden términos sexuales como coito, eyaculaciones, emisiones nocturnas, posiblemente por la falta de experiencia en las relaciones sexuales y a que no se

habla abiertamente de sexualidad.

a pesar de lo anterior reconocen los diferentes tipos de práctica sexual y métodos anticonceptivos, ésto puede ser debido a que en la actualidad no se restringe tanto la información sobre sexualidad como anteriormente se hacía; sin embargo el hecho de que los adolescentes reconozcan los métodos anticonceptivos no quiere decir que necesariamente los sepan usar.

En general el promedio en los conocimientos de sexualidad fue malo; Alvarez Lozano (1983) demostró que los adolescentes de preparatoria no poseen los conocimientos que la Secretaría de Educación Pública establece en el area de educación sexual. Los resultados anteriores quizá se deban por una parte a que los aspectos de sexualidad que se ven en secundaria, sólo son parte del programa de biología o de ciencias naturales, en ocasiones no se ven o son vistos de una manera muy general, por lo tanto es difícil que los adolescentes tengan los conocimientos básicos de sexualidad; además el que los jóvenes tengan conocimientos deficientes de sexualidad implica entre otras cosas el medio ambiente en que se desarrollan, Gagnon (1980) opina que en la forma más típica de las sociedades actuales, las personas jóvenes llegan a la adolescencia ignorando en gran parte lo que es la sexualidad, además como afirma Corona (1987), las escuelas sólo tienen un papel secundario en los conocimientos de sexualidad pues tienden a limitarse a los aspectos fisiológicos sin descartar que al parecer los adultos se limitan a restrin-

gir la información, haciéndose entonces más importante para los adolescentes los amigos que lo instruyeron respecto al sexo, aunque la información sea errónea o incompleta. Otro factor por el cual los adolescentes tienen pocos conocimientos de sexualidad, puede ser que en México no existe una especialidad de educación sexual dentro de las escuelas normales y la SEP no exige la capacitación y actualización del profesorado en este campo, por lo cual éste carece de información y propicia una educación deficiente; por lo anterior se debe de reconocer la importancia de la educación sexual por sí misma y de tener maestros especializados.

Debido a los resultados anteriores no se obtuvieron diferencias entre los adolescentes de ambos sexos, ya que sus conocimientos sobre sexualidad en general fueron malos. Sin embargo existieron diferencias en la edad, encontrando que los jóvenes de mayor edad (18 a 20 años) tienen mejores conocimientos de sexualidad que los de menor edad (15 a 17 años), probablemente a que los jóvenes más grandes tienen más experiencia y mayor información que los jóvenes más chicos; así mismo se observó que existían diferencias entre la conducta sexual de los adolescentes; puesto que los que ya han tenido relaciones sexuales tienen mejores conocimientos sobre sexualidad, a diferencia de los que no han tenido; posiblemente por que los adolescentes con más experiencia sexual se interesan en buscar más información sobre sexualidad, según Gagnon (1980) la mayoría de los jóvenes utilizan el período de la adolescencia

para adquirir destreza y conocimientos en lo referente a la sexualidad.

Los resultados anteriores se respaldan al encontrar que en los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, siguen siendo los de mayor edad los que tienen mejores conocimientos sobre sexualidad. También se encontraron diferencias en los adolescentes de ambos sexos que han tenido relaciones sexuales, que indican que las mujeres tienen mejores conocimientos de sexualidad, a diferencia de los hombres, ésto se relaciona al interactuar la edad y el sexo, ya que las mujeres de mayor edad (18 a 20 años), tienen un promedio en los conocimientos sobre sexualidad superior al de los hombres de la misma edad; probablemente por que en la actualidad han existido cambios en la forma de ver la sexualidad y ya no se restringe la información a las mujeres como anteriormente se hacía; a pesar de lo anterior en los adolescentes de menor edad (15 a 17 años), son los hombres los que tienen mejores conocimientos de sexualidad; en un estudio realizado por Alvarez Lozano (1983), encontró resultados similares, puesto que los jóvenes de primer año de preparatoria que tenían entre 15 y 16 años, los hombres mostraron tener mejores conocimientos de sexualidad a diferencia de las mujeres; ésto confirma la información que da Díaz Guerrero (1982), acerca de los roles sexuales en la cultura mexicana, en la cual al hombre se le permite y algunas veces se le fomenta un comportamiento sexual a edad más temprana y quizá por ésto se interesa en obtener mayor información sobre sexualidad.

Finalmente no se encontraron diferencias en el uso de métodos anticonceptivos y los conocimientos sobre sexualidad, tal vez por que el utilizar o no anticonceptivos se debe a diversos factores, que van desde la disponibilidad de los mismos, hasta sus actitudes hacia éstos. Al respecto Zelnik y Kanter (1977) encontraron que el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y los riesgos del embarazo era bajo en los jóvenes, y que raramente usaban anticonceptivos al comienzo de sus relaciones sexuales; en estudios más recientes como el de Henry P. (1988) expresa que si los adolescentes conocen y tienen acceso a los métodos anticonceptivos, éstos los utilizarán.

En cuanto a las actitudes hacia la sexualidad, dentro del factor "Libertad en las relaciones sexuales", se observó que la mayoría de los adolescentes están de acuerdo en que la virginidad es un valor muy importante en nuestra sociedad, debido quizá a que siguen siendo importantes los valores inculcados por la familia, en estudios como el de Corona (1987) encontró que todavía existen jóvenes que piensan que la pérdida de la virginidad representa un peligro social, ya que es definida como el valor que da a una mujer para que ésta sea aceptada o en caso contrario sufrirá como ser humano; sin embargo los adolescentes muestran contradicciones, puesto que la mayoría tienen una actitud favorable hacia las relaciones sexuales premaritales y para que los jóvenes tengan libertad sexual; resultados similares obtuvo Corona (1987), en su investigación

pues los jóvenes manifestaron una actitud favorable hacia las libertades sexuales. Lo anterior muestra que existe confusión en estas actitudes, pues fluctúan desde la libertad sexual hasta normas tradicionales de moralidad, esto se debe probablemente al mismo carácter contradictorio de los adolescentes; ya que como dice Rocheblave (1978), la misma búsqueda de su identidad hace que en el adolescente existan contradicciones y ambivalencias que dominan su vida y sus actitudes.

Dentro del factor libertad en relaciones sexuales, existieron diferencias en el sexo, puesto que los hombres presentaron una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales a diferencia de las mujeres; aquí se muestra la actitud tradicionalista que existe en nuestra sociedad, donde al hombre se le da más libertad para las relaciones sexuales que a la mujer, ya que a ésta se le reprime en éste aspecto; los resultados anteriores se confirman con el estudio de Montoya Pérez (1980), acerca de que las relaciones sexuales antes del matrimonio y la libertad en éstas son más aceptadas por los hombres, ya que las mujeres tienden a rechazarlas, posiblemente se debe a lo que dice Corona (1987), de que en nuestra sociedad siguen existiendo presiones contra la actividad sexual premarital sobre todo femenina, ya que la mujer ha sido más duramente criticada en la participación sexual que el hombre.

También existen diferencias en la edad, puesto que los jóvenes de mayor edad (18 a 20 años) tienen una actitud más favorable

hacia la libertad en las relaciones sexuales, que los jóvenes de 15 a 17 años; probablemente el mismo desarrollo del adolescente, hace que entre más grandes son, se interesan más por su sexualidad y van cambiando sus actitudes hacia ésta; de acuerdo a lo anterior Papalia (1985), opina que en años recientes muchos jóvenes se sienten presionados a involucrarse y a tener una actitud favorable hacia las relaciones sexuales, ya que algunas veces, los adolescentes se preocupan por su normalidad cuando todavía son vírgenes a los 19 o 20 años, por lo que muchos de ellos se comprometen en actividades sexuales para sentirse libres de la molestia que puede implicarles la virginidad y pueden incluso verse libres de las presiones por parte de las amistades. Las actitudes anteriores pueden explicarse con lo que menciona Katchadourian (1978), de que la sexualidad es un proceso evolutivo, que se enriquece de la experiencia personal y de los factores ambientales que le rodea, por lo que es una expresión del comportamiento del individuo.

En lo referente a la conducta sexual, se encontró que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, tienen una actitud menos favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales, que los que ya han tenido relaciones sexuales; posiblemente el hecho de no tener relaciones sexuales, quiere decir que los adolescentes provienen de un medio donde se les han inculcado valores y principios tradicionales, por lo cual tienen una actitud menos favorable hacia la libertad en las

relaciones sexuales; resultados semejantes obtuvieron Pick de Weiss, Díaz Loving y Andrade Palos (1988) en que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, a diferencia de los que sí, mostraron una actitud menos favorable hacia el tener relaciones sexuales, así como una percepción de la pareja menos liberal con respecto a las relaciones sexuales premaritales, encontrando que son más tradicionalistas.

Por último se obtuvieron diferencias en los adolescentes que han tenido relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, puesto que los adolescentes que siempre usan anticonceptivos, tienen una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales que los adolescentes que no los usan; quizá el usar anticonceptivos es una conducta que muestran los adolescentes que se sienten más libres y menos reprimidos en sus relaciones sexuales, a diferencia de los jóvenes que no usan anticonceptivos, en los cuales se observan actitudes más tradicionalistas.

En el factor "Aborto", se encontró que en general los adolescentes tienen una actitud desfavorable hacia el aborto, debido tal vez a sus principios religiosos y al tipo de sociedad al que pertenecen; Montoya Pérez (1980), encontró que en general los adolescentes apoyan el aborto cuando no se desea un hijo, sin embargo rechazan que sea legalizado; los resultados anteriores indican que existe conciencia de los sufrimientos que producen los hijos indeseados; pero aparecen los principios

morales y religiosos que les fueron inculcados y que prohíben la práctica del aborto, ya que es considerado como un crimen. Esta actitud generalizada hacia el aborto, explica el por qué no se encontraron diferencias en el sexo; sin embargo existieron diferencias en la edad, puesto que los adolescentes de mayor edad (18 a 20 años) tienen una actitud más desfavorable hacia el aborto que los adolescentes más chicos (15 a 17 años) probablemente por que los adolescentes más grandes saben y se dan cuenta de los riesgos que puede implicar un aborto, sobre todo cuando no es permitido legalmente; en cambio los adolescentes más chicos, posiblemente están más preocupados por las críticas sociales y presiones familiares en que se verían envueltos, especialmente las mujeres, en el caso de quedar embarazadas siendo solteras, tomando por lo tanto actitudes más favorables hacia el aborto.

En la conducta sexual se encontró, que los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia el aborto, a diferencia de los que no; quizá por que los jóvenes que han tenido relaciones sexuales tienen actitudes más liberales hacia la sexualidad incluyendo el aborto, en cambio los jóvenes que no han tenido relaciones sexuales, se ven más reprimidos por sus principios morales y religiosos, lo que hace que tengan actitudes desfavorables hacia el aborto; en un estudio realizado por Pick de Weiss, Díaz Loving y Andrade Palos (1988) encontraron resultados similares, ya que los adolescentes que no habían tenido relaciones sexuales mostraron

una actitud menos favorable hacia el aborto que los adolescentes que ya habían tenido relaciones sexuales. Los resultados anteriores se respaldan cuando interactúan el sexo y la conducta sexual, puesto que tanto los hombres como las mujeres que han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia el aborto, que los hombres y las mujeres que no han tenido relaciones sexuales.

Dentro de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, las mujeres tienen una actitud más favorable hacia el aborto que los hombres, quizá por que a los hombres no les afecta directamente y no se ven involucrados en el problema, como la mujer, la cual es el blanco directo de las críticas sociales en el caso de quedar embarazada fuera del matrimonio.

También se encontraron diferencias en el uso de métodos anticonceptivos, puesto que los adolescentes que siempre usan anticonceptivos tienen una actitud más favorable hacia el aborto, que los adolescentes que sólo los usan a veces o que no los usan, tal vez por que el utilizar anticonceptivos indica el deseo de no tener un embarazo y una actitud más libre y responsable hacia su sexualidad, por lo que consideran los beneficios del aborto sobre todo si éste es permitido.

En conclusión de los resultados anteriores se puede decir que se están generando cambios en la conducta sexual del adolescente, sobre todo en las mujeres que han tenido relaciones sexuales, pues muestran una actitud favorable hacia el aborto; ya

que prefieren abortar que tener un hijo no deseado; según Pappalia (1985) el nivel de abortos se ha incrementado en los últimos años en países occidentales, por ésta razón y por condiciones de seguridad es que en muchos de estos países es permitido; puesto que muchos abortos ilegales no son seguros por que se realizan en malas condiciones y con personas sin adiestramiento médico que ponen en peligro la salud de la mujer.

En el factor "Embarazo" se encontró que la mayoría de los adolescentes tienen una actitud favorable hacia el embarazo, razón por la cual no se encontraron diferencias en la edad; estos resultados tal vez se deban a que en nuestra cultura se inculcan valores morales y religiosos, donde es preferible que continúe que abortar.

Se encontraron diferencias en el sexo, puesto que tanto las mujeres que han tenido relaciones sexuales, como las que no han tenido, muestran una actitud más favorable hacia el embarazo sobre todo si éste es deseado, a diferencia de los hombres; aquí se observa una actitud tradicionalista por parte de las mujeres; de acuerdo con Díez Guerrero (1982), la cultura mexicana aún sostiene que la función primordial de las mujeres es tener hijos; ésta podría ser una causa del por que las mujeres tuvieron una actitud más favorable hacia el embarazo.

También se encontró que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, tienen una actitud más favorable hacia el embarazo que los adolescentes que no han tenido relaciones

... a diferencia de los más jóvenes (15 a 17 años); probablemente se debe a lo mencionado anteriormente, de que los adolescentes de menor edad son más susceptibles a las críticas sociales, presiones familiares y responsabilidades en que se verían envueltos, sobre todo las mujeres en el caso de un embarazo fuera del matrimonio.

En cuanto a los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, son los de menor edad (15 a 17 años), los que tienen una actitud más favorable hacia el embarazo, que los adolescentes más grandes (18 a 20 años), posiblemente por que los jóvenes más chicos no se ven en riesgo de embarazar o embarazarse, ya que no tienen relaciones sexuales.

Por lo que se refiere al factor "Prácticas Sexuales" se encontró que la mayoría de los adolescentes tienen una actitud más favorable para los diferentes tipos de práctica sexual, como la genital, oral, anal y la masturbación; razón por la cual no existieron diferencias ni en el sexo ni en la edad; ésto se debe quizá a que en la adolescencia las prácticas sexuales son importantes, por que forman parte del proceso de maduración

tales como besos, caricias, las cuales cada vez más profundas e íntimas. Según Gotwald (1983), los diferentes tipos de práctica sexual, sobre todo la oral, es aceptada por los adolescentes, ya que la toman como un método de juego sexual y desahogo, sobre todo entre los grupos de adolescentes que tienen más nivel educativo.

En lo que se refiere a la conducta sexual, se encontró que los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia los diferentes tipos de prácticas sexuales, que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales; por una parte aquí se observa que en los adolescentes que han tenido relaciones sexuales existe menos represión y más libertad en cuanto a su sexualidad, ya que expresan su acuerdo con los diferentes tipos de prácticas sexuales, los cuales les dan la posibilidad de experimentar y aprender nuevas cosas con respecto a su propia sexualidad, a diferencia de los que no han tenido relaciones sexuales los cuales tienen actitudes más tradicionalistas, mostrando una actitud menos

favorable hacia las prácticas sexuales; de acuerdo a lo anterior Sorensen (1973), realizó un estudio con adolescentes estadounidenses, donde observó que la mayoría de los jóvenes que no habían tenido relaciones sexuales, consideraban el contacto sexual bucal y anal como algo anormal o no natural, en cambio los que ya habían tenido relaciones sexuales, la gran mayoría lo aceptaba como algo normal, sobre todo el contacto bucal sexual.

Dentro de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, las mujeres de mayor edad tienen una actitud más favorable hacia los diferentes tipos de práctica sexual que las mujeres más chicas, posiblemente por que las jóvenes más grandes van adquiriendo más experiencia y aprendizaje de sus prácticas sexuales lo que hace que cambien sus actitudes con respecto a las prácticas sexuales, según vayan creciendo y madurando; por otra parte, las mujeres de menor edad, se ven más presionadas por su familia y la sociedad, al tener relaciones sexuales en edades tempranas, lo cual posiblemente origina que se repriman más en sus relaciones sexuales.

En cuanto a los hombres que ya han tenido relaciones sexuales; los más jóvenes (15 a 17 años) tienen una actitud más favorable hacia las prácticas sexuales que los más grandes (18 a 20 años) esto se debe quizá por que en nuestra cultura se le permite al hombre un comportamiento sexual a edad más temprana, por lo que desean experimentar y aprender cosas nuevas en cuanto a su

sexualidad, de aquí la actitud favorable hacia los diferentes tipos de práctica sexual a diferencia de los jóvenes más grandes.

Por lo que se refiere al uso de métodos anticonceptivos, se encontró que en general los adolescentes que usan métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales, tienen una actitud más favorable hacia las prácticas sexuales que los adolescentes que no los usan; el que los adolescentes utilicen anticonceptivos indica que tienen más libertad y están menos reprimidos en sus relaciones sexuales, por lo que tienen una actitud más favorable hacia los diferentes tipos de práctica sexual que los jóvenes que no usan anticonceptivos.

En cuanto a los adolescentes que no han tenido relaciones, los hombres en general tienen una actitud favorable hacia las prácticas sexuales; probablemente a lo que se mencionó anteriormente de que éstos tienen más libertad para las relaciones sexuales. Por lo que se refiere a las mujeres, las de menor edad (15 a 17 años) tienen una actitud más favorable hacia los diferentes tipos de práctica sexual que las más grandes; quizá por que las mujeres más chicas tienen deseos de experimentar y aprender sobre su sexualidad, lo contrario pasa con las mujeres de mayor edad (18 a 20 años), ya que si no han tenido relaciones sexuales, están mostrando actitudes más tradicionalistas y posiblemente dan más importancia a los valores y principios morales que la familia les ha inculcado.

Dentro del factor "Anticonceptivos", se encontró que la mayoría de los adolescentes tienen una actitud favorable hacia los anticonceptivos, probablemente por el deseo de evitar un embarazo y protegerse contra enfermedades venereas; Dryfoos (1983) realizó un estudio donde encontró que muchos adolescentes manifestaron actitudes responsables hacia el sexo, anticoncepción y la paternidad, por lo que parece que hay un incremento en la responsabilidad sexual, muy relacionado con el deseo consciente de evitar un embarazo no planeado, que pueda amenazar el logro de metas propuestas a largo plazo.

Se encontraron diferencias en el sexo, puesto que las mujeres tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos, a diferencia de los hombres, tal vez por que son las que corren peligro de embarazarse, manifestando entonces actitudes más responsables hacia la sexualidad; Sorensen en 1973, realizó un estudio con hombres adolescentes, encontrando que de los jóvenes que habían tenido relaciones sexuales, la mayoría no había usado anticonceptivos; por que temían que si discutían la posibilidad de usarlo para evitar un embarazo, sus compañeras cambiarían de opinión respecto al hecho de desear la relación sexual.

En cuanto a la edad, se encontró que los adolescentes más jóvenes (15 a 17 años) tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos que los adolescentes de mayor edad (18 a 20 años), ésto parece indicar que los jóvenes más chicos tienen

temor de un embarazo no deseado y de los problemas y responsabilidades que puede implicar.

Los resultados anteriores se respaldan al encontrar que tanto las mujeres que han como las que no han tenido relaciones sexuales, tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos, a diferencia de los hombres que han y no han tenido relaciones sexuales.

Por lo que se refiere a la conducta sexual de los adolescentes, se encontró que los jóvenes que han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales; posiblemente el tener relaciones sexuales hace que los jóvenes estén más conscientes de que puede haber un embarazo no deseado, a diferencia de los que no han tenido relaciones sexuales, los cuales no se sienten en peligro de que exista un embarazo o de contraer algún tipo de enfermedad venerea. Resultados similares encontraron Pick de Weiss, Díaz Loving y Andrade Palos (1988), en un estudio realizado con adolescentes que han y no han tenido relaciones sexuales, encontrando que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, tienen una actitud menos favorable hacia la anticoncepción, que los que ya han tenido relaciones sexuales.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, se encontró, que en general los adolescentes que siempre usan anticonceptivos

en sus relaciones sexuales o que sólo los usan a veces, tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos que los que no usan; este resultado es obvio; ya que si los jóvenes tienen una actitud favorable hacia los anticonceptivos, es muy probable que en sus relaciones sexuales los utilicen; pero no hay que olvidar que el usar o no métodos anticonceptivos, incluye otros factores como el conocimientos que se tiene de ellos, la habilidad para usarlos y sobre todo el acceso que se tiene de ellos; quizá también a esto se deba que la mayoría de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, utilicen el preservativo como método anticonceptivo, ya que es el que obtienen con mayor facilidad; a pesar de ello todavía existen adolescentes que no usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales, como se observó en los resultados de esta investigación; probablemente se deba a lo que dice Henry P. (1988) de que muchos adolescentes esperan que transcurra mucho tiempo después de su debut sexual antes de usar algún método anticonceptivo y además aplazan el uso de métodos anticonceptivos por el rechazo a asistir a un centro médico, en el que deban identificarse y admitir ante otros su actividad sexual.

Finalmente se encontró que casi la mitad de los adolescentes ya han tenido relaciones sexuales, siendo en su mayoría ocasionales, por lo que posiblemente no tienen parejas estables; sin embargo estos resultados demuestran que la práctica y actividad sexual entre los adolescentes es común, aunque no se mantengan

relaciones sexuales estables; al respecto Montoya (1980) encontró resultados similares, puesto que era mínimo el número de adolescentes que sostenía regularmente relaciones estables con la misma pareja.

Los datos proporcionados anteriormente, muestran que están ocurriendo cambios en las actitudes y conducta sexual de los adolescentes; a pesar de ello, los resultados muestran confusión y controversia, pues las actitudes fluctúan desde una libertad sexual hasta normas tradicionales de moralidad; de aquí la importancia que tiene saber cuales son las actitudes que los jóvenes tienen hacia la sexualidad, para así poder realizar programas de educación sexual que los capaciten para crear sus propias actitudes, valores y vivir en forma sana y responsable su sexualidad.

En lo que respecta a los conocimientos sobre SIDA, se encontró que la mayoría de los adolescentes tienen pocos conocimientos sobre la epidemiología, etiología y desarrollo de la infección del VIH, tal vez por que son aspectos clínicos que son difíciles de que los adolescentes los aprendan, pues las campañas que existen para prevenir el SIDA los dan de manera general; sin embargo tienen un conocimiento adecuado de algunos aspectos específicos de la enfermedad; pues saben que se trata de un padecimiento prevenible, que puede afectar a todos; además conocen los síntomas relacionados con el SIDA, así como los mecanismos de transmisión y las medidas de prevención del SIDA;

estos resultados son comprensibles pues en las campañas de prevención del SIDA, son los aspectos que más enfatizan. Resultados similares encontró Sepúlveda J. Izazola A. Valdespino J. Juárez L y Monragón (en Sepúlveda, 1989), en un estudio realizado con estudiantes de 18 a 29 años; donde demuestran que la mayoría de los estudiantes tienen conocimientos adecuados sobre los mecanismos de transmisión, las manifestaciones del SIDA y en las medidas preventivas.

El promedio general de los conocimientos sobre SIDA fue regular razón por la cual no existieron diferencias en el sexo; el resultado anterior indica que los adolescentes tienen los conocimientos suficientes sobre todo para prevenirse del SIDA; al respecto Sepúlveda J. Izazola A. Valdespino J. Juárez L y Monragón (en Sepúlveda, 1989), encontraron que los jóvenes universitarios tenían un conocimiento adecuado del SIDA y que en general el grado de conocimientos de la enfermedad era mayor al observado en la población general. Sin embargo es importante que los adolescentes incrementen sus conocimientos de la enfermedad; pues éstos son posibles difusores de información, sobre todo entre su familia y amigos; por lo que deben tener los conocimientos básicos, claros y objetivos sobre el SIDA; para que así la información que se transmita no sea errónea o incompleta.

En cuanto a la edad, existieron diferencias, puesto que los jóvenes de mayor edad (18 a 20 años) tienen mejores conociemen

tos sobre el SIDA, que los de menor edad (15 a 17 años); posiblemente el mismo desarrollo y madurez de los jóvenes más grandes, hace que se interesen en conocer más sobre el padecimiento; puesto que pueden estar más conscientes de los peligros y riesgos del SIDA, que los jóvenes más chicos. Estos resultados se respaldan al encontrar que dentro de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales los más grandes, tienen mejores conocimientos de la enfermedad, que los adolescentes más chicos; además el hecho de que tengan relaciones sexuales, probablemente los hace pensar que están en riesgo de contraer el VIH sino toman medidas preventivas; especialmente los más grandes, ya que pueden estar más conscientes de que están en peligro de infectarse y por eso buscan y obtienen mayor información sobre el padecimiento.

Cuando interactúan el sexo y la edad de los adolescentes que han y no han tenido relaciones sexuales, se observó que en general los hombres de menor edad (15 a 17 años) tienen mejores conocimientos del SIDA, que las mujeres de la misma edad; tal vez por que en nuestra cultura los hombres se involucran en actividades sexuales en edades más tempranas que las mujeres; lo que posiblemente hace que se interesen en protegerse contra un posible contagio del VIH; buscando así mayor información sobre la enfermedad; contrariamente en los jóvenes más grandes (18 a 20 años) las mujeres son las que tienen mejores conocimientos sobre el SIDA que los hombres; quizá por que generalmente en nuestra

sociedad las mujeres comienzan su actividad sexual a una edad mayor que los hombres y probablemente se interesen en obtener información de la enfermedad cuando empiezan su actividad sexual.

En lo que respecta al uso de métodos anticonceptivos y los conocimientos que se tiene sobre SIDA, no se encontraron diferencias, posiblemente por que el usar o no métodos anticonceptivos se debe a otros factores sociales, psicológicos y no precisamente a los conocimientos que se tiene sobre SIDA.

Dentro del factor "Apoyo a enfermos de SIDA", se obtuvo que la mayoría de los adolescentes tienen una actitud positiva para apoyar a los enfermos de SIDA, sobre todo si es algún familiar lo cual se debe probablemente al aprendizaje de algunos valores donde el respeto a la familia y a la amistad es muy importante; además se debe reconocer que a través de las campañas de prevención del SIDA, se ha podido disminuir las actitudes negativas así como mitos y estigmatizaciones que han surgido alrededor de la enfermedad; al respecto Sepúlveda J. Izazola A, Valdespino J, Juárez L, y Mondragón (en Sepúlveda 1989), encontraron que entre jóvenes universitarios la mayoría apoyan a un familiar o amigo enfermo de SIDA; sin embargo cuando la pareja sexual era la que estaba enferma mostraban una actitud de rechazo, quizá por temor a la infección y por lo tanto de tener SIDA.

Debido a los resultados anteriores no se encontraron diferencias en la edad; sin embargo en el sexo se encontró que las mujeres

tienen una actitud más favorable para apoyar a los enfermos de SIDA que los hombres, posiblemente por que en nuestra cultura a la mujer siempre se le ha asignado un rol de madre sobreprotectora, por lo que se involucran más sentimentalmente en los problemas de los demás; puesto que como dice Santiago Ramírez (1977), en México la mujer expresa más su femineidad como "madre" que como "mujer".

También se encontraron diferencias en la conducta sexual, ya que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable para dar apoyo a los enfermos de SIDA que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, quizá por que existe más empatía por parte de los jóvenes que ya han tenido relaciones sexuales hacia los enfermos de SIDA; posiblemente el hecho de tener relaciones sexuales implica que se sientan en riesgo de contraer el VIH y por lo cual se ponen más en el lugar de los enfermos de SIDA a diferencia de los jóvenes que no han tenido relaciones sexuales, los cuales no se sienten en riesgo de contraer la enfermedad.

Dentro de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, los jóvenes que siempre o a veces usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales, tienen una actitud más favorable para dar apoyo a los enfermos de SIDA, que los jóvenes que no los usan, estos resultados tal vez se deben por que al interactuar el sexo, la edad y el uso de métodos anticonceptivos; las mujeres de 15 a 17 años como las de 18 a 20 años que usan anticoncepti-

vos, son las que tienen una actitud más favorable hacia el apoyo a enfermos de SIDA que en general los hombres y las mujeres que no usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales. Además el hecho de usar anticonceptivos implica una conducta responsable hacia la sexualidad y posiblemente a esto se debe que se interesen más por conocer la enfermedad del SIDA y al conocerla eliminen mitos y prejuicios, teniendo entonces actitudes más positivas para dar apoyo a los enfermos de SIDA.

En el factor "Temor al contagio del VIH", se encontró que la mayoría de los adolescentes temen contagiarse con el VIH, especialmente al tener relaciones sexuales; a pesar de ello, no se perciben como personas que están en riesgo de contraer la infección por VIH, debido a lo anterior no se encontraron diferencias en la edad, sexo ni en el uso de métodos anticonceptivos; resultados similares encontraron Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Díaz Lovin y Camacho Villadares (1990), en un estudio sobre prácticas, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer el SIDA en estudiantes universitarios; ya que al describir su propio riesgo de contraer SIDA, lo perciben como muy bajo. Así mismo Sepúlveda J. Izazola A. Valdespino J. Juárez L. y Mondragón (en Sepúlveda 1989), encontraron que en jóvenes universitarios, casi la mitad de los entrevistados tenían temor de contraer el VIH, pero sin embargo no se veían así mismos en riesgo de contraer la infección. El que los adolescentes no se perciban así mismo en riesgo de contraer la infección por VIH, quizá se debe por una parte a que existen

cambios en su conducta sexual y se previenen contra la enfermedad y por otra al hecho de que negar un posible contagio del VIH los haga sentirse más seguros de que no van a contraer la enfermedad. Según Lawrence Green (en CONASIDA, 1988) si existe una percepción de un alto riesgo de contraer el SIDA; esto puede influir en la motivación de cambio; sin embargo opina que todavía la mayoría de los heterosexuales jóvenes tienen una percepción muy baja de contraer el VIH, por lo que difícilmente las campañas educativas en favor de las relaciones monógamas y uso del condón tendrán algún efecto.

Dentro de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, los hombres tienen más temor de contraer el VIH que las mujeres, posiblemente por que los hombres tienen más actividad sexual y más parejas sexuales que las mujeres; además por que es en los hombres donde más casos de SIDA se han presentado; según Valdespino, García e Irazola (1989) encontraron en su estudio epidemiológico del SIDA, que en México el mayor número de casos reportados de SIDA es en hombres jóvenes, siendo la transmisión del VIH más acelerada en heterosexuales que en los homosexuales. Los resultados anteriores se respaldan al encontrar que en los adolescentes que han y no han tenido relaciones sexuales, los hombres de 18 a 20 años, tienen más temor al contagio del VIH, que las mujeres de la misma edad; sin embargo los hombres de 15 a 17 años, tienen menos temor al contagio del VIH, que las mujeres de la misma edad; quizá por que los hombres más chicos no valoran las consecuencias de su

comportamiento sexual.

En el factor "Miedo de tener SIDA", en general los adolescentes tienen miedo de realizarse la prueba de detección del VIH y una actitud favorable para mantener en secreto la enfermedad; razón por la cual no se encontraron diferencias ni por sexo ni por edad; lo anterior probablemente indica, que entre los adolescentes existe un rechazo para realizarse la prueba de detección del VIH, por miedo de saber que están infectados; además el que desean mantener en secreto la enfermedad, puede deberse a que asocian el SIDA con actitudes de rechazo por parte de la sociedad; las cuales han sido comprobadas en diversos estudios CONASIDA (1988), informó del evidente rechazo de los enfermos de SIDA, la segregación de que han sido objeto en escuelas y centros de trabajo; debido principalmente a la falta de información ligada a marcos socioculturales tradicionalistas.

También se encontraron diferencias en la conducta sexual de los adolescentes, puesto que los jóvenes que han tenido relaciones sexuales tienen más miedo de tener SIDA que los que no han tenido relaciones sexuales; una de las posibles causas de éstos resultados; es por los datos que ha dado a conocer CONASIDA (1989), los cuales indican el gran aumento en el contagio del VIH, en la población heterosexual, pudiéndose atribuir principalmente a la frecuencia de contacto sexual sin protección. Además el tener relaciones sexuales implica un riesgo para contraer el SIDA, si éstas no son llevadas a cabo

con precaución y responsabilidad; debido a ésto los jóvenes que han tenido actividad sexual tienen más miedo de tener SIDA, que los jóvenes que no han tenido relaciones sexuales los cuales se sienten más seguros de no tener la enfermedad.

Dentro de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, los hombres tienen más miedo de tener SIDA que las mujeres; probablemente por que los hombres tienen más parejas sexuales a diferencia de las mujeres. Además se encontró que los jóvenes de 18 a 20 años, tienen más miedo de tener SIDA, que los jóvenes de 15 a 17 años; posiblemente por que los más grandes valoran más sus prácticas sexuales y se sienten con más riesgo de tener la enfermedad, a diferencia de los jóvenes más chicos los cuales no se perciben así mismos en riesgo de tener SIDA. Los resultados anteriores se confirman cuando interactúan el sexo y la edad de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, mostrando que tanto los hombres de 15 a 17 años como los de 18 a 20 años, tienen más miedo de tener SIDA, que las mujeres de menor edad (15 a 17 años); sin embargo también se encontró que las mujeres de mayor edad (18 a 20 años), tienen más miedo de tener SIDA que las mujeres más chicas; quizá por que las mujeres más grandes están más conscientes de los riesgos que puede implicar tener relaciones sexuales, si éstas no se llevan a cabo con precaución.

Finalmente se encontró que dentro de los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, los de menor edad (15 - 17 años)

tienen más miedo de tener SIDA, a diferencia de los más grandes (18 a 20 años); probablemente por que los adolescentes más grandes se sienten más protegidos y en menor riesgo de tener SIDA, por el hecho de que a su edad no han tenido relaciones sexuales; contrariamente los jóvenes más chicos tienen más miedo de tener SIDA, quizá por que no tienen la suficiente información del padecimiento.

En el factor "Cambios en la conducta sexual para prevenir el contagio del VIH", se encontró que la mayoría de los adolescentes tienen una actitud favorable para cambiar su conducta sexual para evitar el contagio del VIH y para usar el condón en las relaciones sexuales; ésto indica que las campañas de prevención del SIDA, han dado resultado, concientizando a los jóvenes sobre el uso del condón en las relaciones sexuales para así evitar un posible contagio del VIH, CONASIDA (1989) reportó los resultados de diversos estudios en lo que respecta al uso del condón en México, los cuales señalan que se ha incrementado tanto el conocimiento sobre el papel preventivo del condón en la transmisión del VIH, como su uso a partir de la difusión de información acerca de las medidas preventivas para evitar el SIDA.

Debido a los resultados anteriores no se encontraron diferencias por sexo; sin embargo se encontró que los adolescentes de 15 a 17 años, tienen una actitud más favorable para cambiar su conducta sexual para prevenir el SIDA, que los adolescentes de

18 a 20 años; lo cual posiblemente se debe a que los jóvenes de menor edad tienen más temor de contraer el VIH y debido a esto tienen una actitud más favorable para cambiar su conducta sexual. Estos resultados se respaldan al encontrar que en los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales los hombres como las mujeres más jóvenes (15 a 17 años), tienen una actitud más favorable para los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA, que los hombres y las mujeres más grandes (18 a 20 años).

También se encontró que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales tienen una actitud más favorable para cambiar su conducta sexual para prevenir el SIDA que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, quizá por que los adolescentes que tienen relaciones sexuales están más conscientes de que sus prácticas sexuales pueden implicar una conducta de riesgo para contagiarse del VIH; por lo que tienen una actitud más favorable para los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA a diferencia de los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales.

Dentro de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales los de mayor edad (18 a 20 años), tienen una actitud más favorable para cambiar la conducta sexual para prevenir el SIDA, que los jóvenes más chicos (15 a 17 años), lo cual probablemente se debe a que los jóvenes más grandes tomen más conciencia de que pueden contagiarse con el VIH en sus rela-

ciones sexuales, sino toman medidas preventivas como el uso del condón. Además se encontró que las mujeres de mayor edad (18 a 20 años) tienen una actitud más favorable para los cambios en la conducta sexual que los hombres de la misma edad, probablemente por que por una parte las mujeres tienen más temor de contraer el VIH y por otra esten más conscientes que los hombres, de que el tener relaciones sexuales sea una conducta de riesgo para contraer el VIH sino se tienen medidas preventivas. En los adolescentes de menor edad (15 a 17 años) los hombres tienen una actitud más favorable para cambiar su conducta sexual que las mujeres, quizá por que en nuestra cultura se le permite al hombre tener actividad sexual a una edad más temprana que la mujer, teniendo en ocasiones más de una pareja sexual, lo que ocasiona que se vean en riesgo de infectarse con el VIH, sino toman medidas preventivas al respecto y por tanto tienen una actitud más favorable hacia los cambios en la conducta sexual, a diferencia de las mujeres.

Por último se encontró que tanto los hombres como las mujeres que siempre o a veces usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales, tienen una actitud más favorable para los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA, que los adolescentes que no usan métodos anticonceptivos; ésto demuestra lo que dice Kimball Young (1973), que el conocimiento de una actitud permite predecir con mayor facilidad las tendencias del comportamiento; en los resultados se observa que los adolescentes que tienen una actitud favorable hacia los cambios en la con-

ducta para prevenir el SIDA, son los que usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales.

Resultados similares a los anteriores se encontraron en el factor "Sexo Seguro", ya que la mayoría de los adolescentes tienen una actitud favorable para que la homosexualidad se manifieste con responsabilidad y para usar preservativos y espemáticas en las relaciones sexuales para evitar el contagio del VIH, estos resultados indican que existen actitudes más responsables entre los adolescentes hacia la sexualidad y el SIDA; razón por la cual no existieron diferencias en la edad; sin embargo se encontró que las mujeres tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro que los hombres; tal vez por que las mujeres muestran una actitud más positiva hacia la homosexualidad que los hombres.

También se encontró que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, tienen una actitud más positiva hacia el sexo seguro que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales; Towsed J. Mondragón M. Izazola A y Valdespino J (1989), encontraron que en estudiantes universitarios que tienen actividad sexual, la mayoría usan el condón y tienen una actitud favorable hacia el sexo seguro, lo cual se justifica por las intervenciones educativas que promueven el sexo seguro y el uso del condón; sin embargo encontraron que el uso del condón está mas asociado a la planificación familiar que a la prevención del SIDA. Los resultados anteriores probablemente también

se deben a lo que se mencionó anteriormente de que el tener relaciones sexuales sin las precauciones debidas, implica una conducta de riesgo para el contagio del VIH, por lo que los jóvenes que han tenido relaciones sexuales, tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro a diferencia de los que no han tenido relaciones sexuales, los cuales posiblemente no se van en la posibilidad de contagiarse con el VIH.

Dentro de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, los de mayor edad (18 a 20 años) tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro, que los de menor edad (15 a 17 años), tal vez por que los jóvenes más grandes estén más conscientes de que pueden contraer el virus del SIDA, sino toman medidas preventivas en sus relaciones sexuales a diferencia de los jóvenes más chicos los cuales posiblemente comienzan a tener actividad sexual, no tienen experiencia en sus relaciones sexuales y además tienen pocos conocimientos sobre sexualidad, lo que hace que no valoren su conducta sexual y no se sienten en riesgo de contagiarse con el VIH. Los resultados anteriores se respaldan cuando interactúan la edad y la conducta sexual, encontrando de nuevo que en los adolescentes que han tenido relaciones sexuales los de mayor edad (18 a 20 años), tienen una actitud favorable hacia el sexo seguro, que los adolescentes de menor edad (15 a 17 años). Contrariamente en los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, los jóvenes más chicos tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro que los más grandes, quizá por que los adolescentes de

mayor edad se sienten más seguros de que no están en riesgo de infectarse con el VIH, ya que no tienen relaciones sexuales a diferencia de los jóvenes más chicos los cuales tienen más miedo de tener SIDA a pesar de no haber tenido relaciones y probablemente por ésto muestran una actitud más favorable hacia el sexo seguro.

Finalmente se encontró que los adolescentes que siempre o a veces usan métodos anticonceptivos, tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro, que los adolescentes que no usan anticonceptivos en sus relaciones sexuales; lo cual probablemente indica que los jóvenes que usan anticonceptivos, están más conscientes de que si no se protegen en sus relaciones sexuales pueden estar en riesgo de adquirir la infección por VIH, por lo que tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro que los jóvenes que no usan anticonceptivos, los cuales posiblemente no se ven así mismos en riesgo de adquirir el VIH y por lo mismo no se protegen en sus relaciones sexuales. Sin embargo no hay que olvidar que muchos jóvenes asocian el uso de anticonceptivos como el condón para evitar un embarazo y no como un método para prevenir el SIDA.

Los resultados anteriores demuestran que las campañas de prevención del SIDA han sido efectivas para crear una percepción adecuada de la magnitud del problema del SIDA, han disminuido mitos y estigmatizaciones, observándose además que los adolescentes tienen suficientes conocimientos de la enfermedad

sobre todo en sus formas de transmisión y prevención, además de que se han logrado modificar algunas actitudes sexuales sobre todo para evitar el contagio del VIH; sin embargo es importante señalar que aunque los jóvenes tengan conocimientos suficientes del SIDA, éstos no lo son lo suficientemente aplicados en sus prácticas sexuales, ya que no se ven así mismo en riesgo de contraer la infección del VIH, a pesar de incurrir en prácticas sexuales de alto riesgo de transmisión, por lo que no valoran las consecuencias de su comportamiento sexual; además a través de los datos epidemiológicos nos damos cuenta que los jóvenes es uno de los grupos más afectados, lo cual hace suponer que el condón no es lo suficientemente utilizado para prevenir la enfermedad, lo cual quiere decir que se deben realizar campañas educativas que además de enfatizar el uso del condón logren modificar las conductas sexuales de los adolescentes que los ponen en riesgo de adquirir la infección por VIH; para ésto es necesario tomar en cuenta las actitudes, valores y patrones socioculturales que tienen de sexualidad, ya que sólo así se lograran realizar programas educacionales que realmente controlen y prevengan la enfermedad.

Debido a lo anterior resalta la importancia de los resultados obtenidos en la correlación entre las variables de sexualidad y SIDA; encontrándose primeramente que a mayor conocimiento sobre sexualidad, existe un mayor conocimiento sobre SIDA; ésto muestra la importancia de la educación sexual entre los adolescentes, ya que es esencial que los jóvenes conozcan todos

los aspectos relacionados con la sexualidad, para que así comprendan y se interesen más por todos los aspectos relacionados con el SIDA. Además también se observó que los conocimientos sobre sexualidad influyen de manera directa en algunas actitudes sexuales que son importantes para prevenir el SIDA, puesto que a mayor conocimiento sobre sexualidad, existe una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales, los diferentes tipos de práctica sexual, anticonceptivos y embarazo; lo cual probablemente indica que cuando hay más conocimientos sobre sexualidad, los adolescentes comienzan a tener actitudes más responsables hacia su sexualidad y esto es esencial para prevenir el contagio del VIH.

En cuanto a los conocimientos sobre SIDA, se encontró que entre mayor sea el conocimiento sobre SIDA en los adolescentes, éstos tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro y el apoyo a los enfermos de SIDA, lo cual indica la importancia de los resultados que han tenido las campañas de prevención de la enfermedad; observándose que se han logrado disminuir mitos y prejuicios del padecimiento, así como hacer conciencia de lo importante que es el sexo seguro para evitar el contagio del VIH, también se observó que a mayor conocimiento sobre SIDA, existe una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales, aborto, los diferentes tipos de prácticas sexuales y embarazo, lo cual posiblemente se debe a que los jóvenes que tienen más libertad en sus relaciones y prácticas sexuales, se interesan en obtener mayor información sobre el SIDA.

Por lo que se refiere a la actitud hacia la libertad en las relaciones sexuales, se encontró que los adolescentes que tienen una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales, tienen una actitud más favorable hacia el aborto, los diferentes tipos de práctica sexual, anticonceptivos y embarazo; tal vez por que éstos tipos de actitudes sexuales demuestran libertad en las relaciones sexuales, además se encontró que entre más favorable sea la actitud hacia la libertad en las relaciones sexuales, es más favorable la actitud hacia el apoyo a los enfermos de SIDA, los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA y el sexo seguro; posiblemente el tener una actitud positiva hacia la libertad en las relaciones sexuales implique tener más riesgo para adquirir el VIH, por lo que los adolescentes toman actitudes favorables hacia las actitudes que los puedan prevenir de un posible contagio del virus del SIDA.

En lo que respecta al aborto, se obtuvo que entre más favorable sea la actitud hacia éste, existe una actitud más favorable hacia los diferentes tipos de práctica sexual, quizá el estar de acuerdo con el aborto es una actitud que posiblemente tienen los adolescentes que se sienten con más libertad en las relaciones sexuales y por lo tanto tienen una actitud más favorable hacia los diferentes tipos de prácticas sexuales.

En los diferentes tipos de práctica sexual, se encontró que los adolescentes que tienen una actitud más favorable hacia éstos

tienen una actitud más favorable hacia los anticonceptivos, el embarazo, cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA y existe más temor al contagio del VIH, lo anterior probablemente se debe a que los diversos tipos de práctica sexual como la oral, vaginal y anal implican riesgo de contraer el VIH, por lo que los adolescentes tienen más temor al contagio del virus del SIDA, tomando así actitudes favorables para los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA y por lo tanto a los métodos anticonceptivos.

Por lo que respecta a la actitud hacia los anticonceptivos, se observó que entre más favorable sea la actitud hacia los anticonceptivos, más favorable es la actitud hacia el embarazo, si éste es deseado y hacia el sexo seguro; los adolescentes manifiestan así actitudes más responsables hacia la sexualidad; ya que probablemente la actitud favorable hacia los anticonceptivos indica que prefieren evitar un embarazo si éste no es deseado y protegerse contra posibles enfermedades venéreas sobre todo del SIDA.

En la actitud hacia el embarazo, se encontró que entre más favorable sea la actitud hacia éste, existe una actitud más favorable hacia el apoyo a enfermos de SIDA, los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA y el sexo seguro, probablemente por que el tener una actitud favorable para un embarazo deseado indique una actitud responsable hacia la sexualidad y por lo tanto por eso existe una actitud más responsable y favo-

rable para el apoyo a enfermos de SIDA, para los cambios en la conducta sexual y el sexo seguro para evitar el SIDA.

En lo que se refiere a la actitud para apoyar a los enfermos de SIDA, se encontró que los adolescentes que tienen una actitud más positiva para apoyar a los enfermos de SIDA, tienen una actitud más favorable para los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA y hacia el sexo seguro, teniendo más miedo de tener SIDA; posiblemente éstos adolescentes no tienen prejuicios de la enfermedad, tomando así una actitud más positiva hacia los enfermos de SIDA y por lo mismo están más conscientes de la gravedad del problema, teniendo más temor de tener SIDA y por lo tanto actitudes más favorables hacia el sexo seguro y hacia los cambios en la conducta sexual para evitar un contagio del VIH.

Por lo que se refiere a la actitud temor al contagio del VIH, se encontró que entre más temor al contagio del VIH exista, hay una actitud más favorable hacia los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA y hacia el sexo seguro, posiblemente por que los adolescentes que tienen más temor al contagio del VIH, se ven más en riesgo de contraer el SIDA, por lo que tienen actitudes más favorables hacia el sexo seguro y para los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA

Finalmente se encontró que entre más favorable sea la actitud hacia los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA, existe una actitud más favorable hacia el sexo seguro, lo cual

probablemente se debe a que ambos factores estén muy relacionados entre sí, ya que si los adolescentes tienen una actitud favorable para cambiar su conducta sexual para evitar un posible contagio del VIH, es comprensible que tengan una actitud positiva hacia el sexo seguro.

Extensiones, Limitaciones y Sugerencias

El SIDA como se ha comentado a lo largo del estudio, no sólo se debe abordar desde la perspectiva médica, sino desde diversas áreas como la psicología, pedagogía, sociología etc.; puesto que en una sociedad el SIDA es un fenómeno complejo que tiene repercusiones en diferentes niveles sobre todo por las diferencias individuales de las personas. Además se trata de un padecimiento letal para el cual no existe cura ni tratamiento efectivo o vacunas para su prevención por lo cual la modificación de conducta a través de la educación sea el único elemento para evitar una mayor difusión.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se puede afirmar la necesidad de incrementar el nivel de conocimientos sobre el SIDA en los adolescentes sobre todo respecto a las causas, mecanismos de transmisión, grupos con prácticas de riesgo y las medidas de prevención, pues todavía se observa que existen mitos y apreciaciones erróneas de la enfermedad, además para que las campañas de educación para prevenir el SIDA, tengan buenos resultados en los adolescentes, es necesari-

rio que se imparta educación sexual con personal capacitado, ya que como se observó los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes juegan un papel relevante en los conocimientos y actitudes que toman hacia el SIDA; por lo cual los adolescentes no sólo necesitan información en torno a la sexualidad, sino una educación más amplia que les permita modificar sus actitudes sexuales, en primer lugar, para posteriormente lograr un cambio en sus prácticas y técnicas sexuales que sean de alto riesgo para el contagio del VIH.

Así la educación sexual se convierte en el medio principal para reducir la propagación del SIDA; pero no debe olvidarse, que para que funcionen y se logren los objetivos, dependerá en gran medida de que se satisfagan demandas sociales, pues la forma en como se concibe la sexualidad difiere de un individuo a otro y por consiguiente, el tipo de medidas y la manera como se difunda la educación sexual deberá responder a los marcos socio-económicos, culturales e ideológicos de los distintos grupos sociales, ya que ésto permitirá que se puedan reforzar ciertas actitudes o cambiar ideas incorrectas o conductas inadecuadas con respecto a la sexualidad. De aquí la importancia que tiene el estudio sobre las actitudes y conocimientos que tienen los adolescentes del SIDA; pues los resultados se pueden tomar como base para elaborar programas educacionales sobre sexualidad y SIDA, que realmente tengan un efecto para la prevención de la enfermedad, sobre todo en los adolescentes los cuales son una de las poblaciones de alto riesgo en contraer el VIH, por su

misma actividad y práctica sexual, por lo que se sugiere que este tipo de investigación se haga extensiva a otros grupos de adolescentes de otro nivel económico, educativo y social, ya que el presente estudio se limitó a sólo un pequeño subgrupo de esta población; además se recomienda que para futuras investigaciones se aumente la confiabilidad en la escala de actitudes hacia el SIDA, incluyendo más reactivos en los factores de miedo de tener SIDA y en el sexo seguro, ya que su consistencia interna fue baja.

A través de los resultados de esta investigación, se desprenden una serie de sugerencias:

-Desarrollar e implementar programas de educación sexual en escuelas a nivel bachillerato, que no sólo comprendan los aspectos biológicos, sino también los aspectos culturales y psicológicos de la sexualidad, haciendo énfasis en los diferentes tipos de prácticas y técnicas sexuales, métodos anticonceptivos y los aspectos relacionados con la libertad en las relaciones sexuales, por considerarse como relevantes para evitar un posible contagio de enfermedades venereas, en especial del SIDA; además al incluir dentro de los programas de educación sexual todos los aspectos relacionados con el SIDA, sería conveniente, ya que la difusión de la enfermedad se relaciona directamente con la conducta sexual.

-También sería conveniente que si son implementados los programas de educación sexual, evaluarlos a través de estudios de

conocimientos y actitudes, ya que a través de sus resultados se puede observar si realmente se han cumplido sus objetivos y si han tenido algún efecto en los adolescentes.

- Además es importante que los encargados de impartir estos programas de educación sexual, estén realmente capacitados.
- En lo que respecta a otro tipo de poblaciones como padres de familia y maestros es importante realizar este tipo de investigaciones para conocer los conocimientos y actitudes que tienen hacia la sexualidad y el SIDA; ya que éstos ejercen gran influencia en las actitudes que se van adquiriendo desde la niñez; el hacer extensiva la educación sexual a estas poblaciones sería conveniente para eliminar prejuicios y valores que impide que se hable abiertamente de la sexualidad en la familia y en la escuela, formándose así mitos y apreciaciones erróneas acerca de la sexualidad; por lo que la conducta sexual se vuelve una conducta de riesgo para adquirir el VIH.
- Debido a lo anterior sería conveniente no sólo desarrollar e implementar programas de educación sexual a nivel bachillerato; sino implementarlos desde la primaria y secundaria; para que así se puedan formar actitudes y conductas responsables hacia la sexualidad y evitar con ésto la propagación del SIDA.
- Finalmente a nivel general es importante que se continúe con las campañas de prevención del SIDA, donde se enfatizan los aspectos sexuales importantes para evitar que la enfermedad continúe en expansión.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury A. (1978); La adolescencia normal; Buenos Aires, Paidós.
- Alvarez L. (1983); Evaluación a la educación de la sexualidad en un grupo de alumnos de nuevo ingreso a preparatoria; Tesis de Licenciatura, UNAM, Fac. de Psicología.
- Bustos R; Badolla M; López R. (1986); Curso de Prácticas de 3er Nivel; México, Fac. de Psicología.
- Castro L. (1977); Diseño Experimental sin estadística; México Trillas.
- Comfort A. (1980); El Adolescente, Sexualidad, vida y crecimiento; España, Blume.
- Comfort A. (1966); La Sexualidad en la Sociedad Actual; Buenos Aires, Horme.
- CONAPO (1982); "Sociedad y Sexualidad"; Colección de la Educación de la Sexualidad Humana, Vol 1.
- Corona B. (1987); Estudio comparativo de conocimientos y actitudes sobre sexualidad humana en dos grupos de primer ingreso al nivel medio superior; Tesis de Licenciatura; UNAM, Fac. de Psicología.

Chagoya L. (1980); El crecer de nuestros hijos "Interacciones Familiares que podrían promover una adolescencia menos difícil" Asociación Mexicana de Pediatría, IMSS.

Díaz Guerrero R. (1982); Psicología del Mexicano; México Trillas.

Diccionario de las Ciencias de la Educación; México, 1985.

Diccionario Enciclopédico Larousse; México, 1984.

Dryfoos J. (1984); "A new strategy for preventing unintended teenage childbearing" Family Planning Perspectives, 16, 193-195.

Gagnon J. (1980); Sexualidad y Cultura; México, Pax.

González Acosta, Gutierrez Sola (1988); "Cambio de actitud hacia la sexualidad, a través de un programa de orientación sexual y planificación familiar en una comunidad marginada urbana" Memorias del 2º Congreso de Psicología Social en México.

Gotwald W.H. (1983); Sexualidad; México, Manual Moderno.

Gutierrez; Sánchez S. (1977); Biología, Segundo Curso para las escuelas de Educación Media; México, Herrero.

Henry P.D. (1988) "Conducta Sexual y Anticonceptiva en adolescentes, aspectos psicosociales y servicios de orientación" Revista de Psicología Social Vol 4 Num 1.

- Horrocks J. (1974); Problemas de la juventud; México Trillas
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1981); "Fertilidad y uso de métodos anticonceptivos en México"; IMSS.
- Josselin (1973); El adolescente y su mundo; Buenos Aires, Paidós.
- Katchadourian H.A. (1978); La sexualidad Humana; México, Fondo de Cultura Económica.
- Le Shan E. (1986); Los adolescentes y la revolución sexual; México, Pax.
- Mc. Kary J. (1976); La Sexualidad Humana; México, Manual Moderno.
- Montoya P. (1980); Actitudes y Conducta Sexual en una muestra de estudiantes de preparatorias oficiales; Tesis de Licenciatura, UNAM, Fac. de Psicología.
- Papalia D. (1985); Desarrollo Humano; México, Mc. Graw Hill.
- Pick de Weiss; Díaz Loving y Andrade Palos (1988) "Características psicosociales de las adolescentes de 16-17 años, que han y no han tenido su debut sexual " Memorias del 2º Congreso de Psicología Social en México.
- Pick de Weiss; Díaz Loving y Andrade Palos (1988), "Estudio comparativo de adolescentes que han y no han tenido relaciones sexuales" Memorias del 2º Congreso de Psicología Social en México

- Pick de Weiss; Díaz Loving; y Andrade Palos; (1988) "Obediencia, aserividad y planeación al futuro como precursores de comportamiento sexual y anticonceptivo en adolescentes" Memorias del 2º Congreso de Psicología Social en México.
- Ramírez S. (1977); El Mexicano. Psicología de sus motivaciones; México, Grijalbo.
- Rocheblave A.M. (1978); El adolescente y su mundo; Barcelona Herder.
- Sepúlveda J. (1989); SIDA, ciencia y sociedad en México; México Fondo de Cultura Económica.
- Sorensen (1973) "Prácticas sexuales y uso de anticonceptivos en adolescentes" en Gotwalo; (1983).
- Towsend J. Mondragón, Izezola, Valdespino (1989); "Las prácticas sexuales en estudiantes universitarios, justifican la promoción del uso del condón" CONASIDA, Boletín Mensual Vol 3, Num. 3
- Valdespino, García, Izazola (1989) "Patrones y tendencias epidemiológicas del VIH en México" CONASIDA, Boletín Mensual Vol. 3, Num. 3.
- Villagrán Vázquez, Cubas Carlín, Díaz Loving, Camacho Villadares (1990) "Prácticas Sexuales, Conductas Preventivas y Percepción de Riesgo de contraer SIDA en estudiantes" Memorias del 3er Congreso de Psicología Social en México.

Watson E. (1971); Crecimiento y desarrollo del niño; México Trillas.

Young Kimball (1973); Psicología de las actitudes; Argentina Paidós.

Zelnik y Kanter (1977); "Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes" en Papalia (1985).

REVISTAS:

CONASIDA; Gaceta, Nov/Dic; Año 1 Num. 4 (1990)

CONACIDA; Gaceta, Mayo/Junio; Año 1, Num. 1 (1988)

CONASIDA; Gaceta, Julio/Agosto; Año 1, Num 2 (1988)

CONASIDA; Gaceta, Sep/Oct; Año 1, Num 3 (1988)

CONASIDA; Gaceta, Nov/Dic; Año 1, Num 4 (1988)

CONASIDA; Boletín Mensual, Vol 3 Num. 6 (1989)

Liberation; Special SIDA; Nov. No. 3 (1989)

O.M.S.; SIDA Información básica para el estudiante; Dirección General de Servicios Médicos, UNAM (1989).

Population Reports; Temas sobre salud mundial "El SIDA; una crisis de salud pública" Serie L. Num. 6 Abril (1987).

CDAC

SEX () Masculino () Femenino

"El presente cuestionario está formado por una serie de preguntas y una serie de afirmaciones acerca de la sexualidad y del SIDA; contestale sinceramente los datos obtenidos en él serán utilizados únicamente para fines estadísticos y en forma confidencial".

Marca con una (X) la respuesta correcta:

1.- Los cambios glandulares que se producen en la adolescencia se deben:

- () a la lactancia
- () al Páncreas
- () al Tírmus
- () al Hipotálamo

2.- Las glándulas epididimas que producen las células reproductoras tanto en el hombre como en la mujer se denominan gónadas.

- () Cierto
- () Falso

3.- Las hormonas sexuales femeninas son:

- () Los andrógenos y progesterona
- () La progesterina y testosterona
- () Los estrógenos y progesterona
- () La progesterina y andrógenos

4.- Las hormonas sexuales masculinas son:

- () Los andrógenos y testosterona
- () La progesterina y testosterona
- () Los estrógenos y progesterona
- () Los estrógenos y testosterona

5.- El óvulo es el óvulo sexual que produce hormonas femeninas

- () Cierto
- () Falso

6.- Los testículos son los órganos sexuales que producen hormonas masculinas

- () Cierto
- () Falso

7.- Los ovarios se encuentran en el interior de la matriz y contienen células ovulas.

- () Cierto
- () Falso

8.- Los espermatozoides son pequeñas células nadadoras con largas colas que se producen en los testículos.

- () Cierto
- () Falso

9.- Los óvulos son de menor tamaño que los espermatozoides, generalmente son esféricas, inmóviles y carecen de sustancia de reserva.

- () Cierto
- () Falso

10.- Los testículos están formados por cientos de canales espermáticos en cuyo interior se producen los espermatozoides.

- () Cierto
- () Falso

11.- Las células intersticiales que se encuentran intercaladas entre los canales espermáticos son las encargadas de producir hormonas masculinas

- () Cierto
- () Falso

12.- Al proceso biológico durante el cual los ovarios producen gametos femeninos se le llama:

- () Meiosis
- () Ovulación
- () Gametogénesis
- () Ovogénesis

13.- Al proceso biológico durante el cual los testículos producen gametos masculinos se le llama:

- () Meiosis
- () Gametogénesis
- () Spermatogénesis
- () Ninguna de las anteriores

14.- La vesícula seminal sirve para:

- () Producir el semen
- () Excretar el semen
- () Almacenar el semen
- () Ninguna de las anteriores

15.- La ovogénesis se realiza dentro de los folículos de VON LHAFF

- () Cierto
- () Falso

16.- La espermatogénesis se inicia a los 14 años y se continúa durante toda la vida del hombre.

- () Cierto
- () Falso

17.- La ovogénesis comienza entre los 11 y 13 años y se prolonga durante toda la vida de la mujer.

- () Cierto
- () Falso

18.- La evolución de un óvulo hasta su desprendimiento que dura 28 días se conoce como menstruación.

- () Cierto
- () Falso

19.- Las trompas de Falopio son los encargados de recoger el óvulo mediante la acción de las vellosidades del oviducto

- () Cierto
- () Falso

- 20.- El periodo de fijación es cuando comienza el ciclo menstrual, donde el folículo madura entre los 10 y 14 días.
 Cierto Falso
- 21.- La etapa de ovulación es en el 14o. día donde el folículo crece al máximo, se rompe liberando el óvulo que cae por la cavidad peritoneal y es recogido por los pebellones de las trompas por las cuales desciende.
 Cierto Falso
- 22.- El óvulo tarda en llegar al útero más o menos 5 días, conociéndose esta fase como periodo de receptividad, ya que durante él, puede efectuarse la fecundación.
 Cierto Falso
- 23.- A partir del momento en el que el óvulo se desprende del folículo se comienzan a formar en éstas:
 La Progesterona
 La Testosterona
 El Cuerpo Amarillo
 El Cuerpo Intersticial
- 24.- Cuando el óvulo no es fecundado se desintegra y el útero ya no recibe las hormonas del embarazo, produciéndose la contracción de vasos sanguíneos, cuando esta contracción cede, la sangre es expulsada, por lo que se inicia:
 El ciclo mensual
 El ciclo menstrual
 La menstruación
 El ciclo hormonal

A continuación se te presentan dos figuras del aparato reproductor masculino y femenino, identifique en cada una de ellas la parte que está señalada, con las opciones que se te dan.

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO



(A) Utero (B) Ovarios (C) Trompas de Falopio (D) Foliculos de VON GRAFF (E) Vagina

APARATO REPRODUCTOR MASCULINO



(A) Testículo (B) Escroto (C) Pene (D) Próstata (E) Vesícula seminal (F) Conducto Eyaculador (G) Glándula de Cowper (H) Epidídimo (I) Vaso deferente

- 39.- El acto de expulsión del semen se le denomina coito
 Cierto Falso
- 40.- Entre los 13 y 20 años aproximadamente los hombres producen eyaculaciones durante el sueño, a esto se le llama:
 eyaculaciones nocturnas
 eyaculación precoz
 emisiones nocturnas
 emisiones de líquido seminal
- 41.- Para que exista el coito en una pareja el pene del hombre debe estar erecto
 Cierto Falso
- 42.- El orgasmo es cuando se obtiene el máximo placer en una relación sexual
 Cierto Falso
- 43.- El himen es una membrana que cubre la matriz de la mujer cuando es virgen
 Cierto Falso
- 44.- La masturbación es la forma usual de conducta autosexual
 Cierto Falso
- 45.- Una relación heterosexual es cuando una persona sostiene relaciones sexuales con otra persona del mismo sexo
 Cierto Falso
- 46.- Cuando un individuo sostiene relaciones sexuales con personas de ambos sexos es una relación:
 Bisexual
 Heterosexual
 Homosexual
 Autosexual

- 1.- La masturbación es una conducta que se debe manifestar abiertamente
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 2.- La virginidad es un valor muy importante en nuestra sociedad
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 3.- Tener relaciones sexuales entre del matrimonio es una conducta inaceptable
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 4.- Es sano que el adolescente tenga relaciones sexuales
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 5.- Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 6.- Una mujer si lo desea puede quedar embarazada aún siendo soltera
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 7.- Usar anticonceptivos en las relaciones sexuales quitan el romance
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 8.- Si una pareja del mismo sexo está de acuerdo puede tener relaciones sexuales.
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 9.- Tener relaciones sexuales prematrimoniales es una actitud irresponsable
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 10.- Las relaciones sexuales con uno obtienen placer
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 11.- La masturbación es una conducta que debe manifestarse en secreto
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 12.- Es necesario que los adolescentes tengan relaciones sexuales
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 13.- Los métodos anticonceptivos deben ser parte de la rutina sexual
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 14.- Tener relaciones sexuales con una pareja del mismo sexo es una falta a la moral
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 15.- El aborto se debe de legalizar en México
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 16.- Los jóvenes deben tener relaciones sexuales con parejas ocasionales
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 17.- Las relaciones sexuales son para divertirse
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 18.- Las mujeres tienen el derecho de perder su virginidad cuando lo decidan
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 19.- Es inaceptable que un individuo sostenga relaciones sexuales con personas de ambos sexos
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 20.- El uso de anticonceptivos previene el libertinaje en los jóvenes
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 21.- Los jóvenes deben tener relaciones sexuales con la misma pareja
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 22.- El ser virgen ha perdido importancia en la actualidad
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 23.- Obtener placer de las relaciones sexuales es algo que debe evitarse
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 24.- Se debe evitar usar anticonceptivos en la rutina sexual
()TA ()A ()I ()U ()TU
- 25.- Las relaciones sexuales prematrimoniales se deben llevar con responsabilidad
()TA ()A ()I ()U ()TU

- 26.-Masturbarse es algo natural en los jóvenes
 () JA () JA () JI () JD () JD
- 27.-Las mujeres deben de permanecer vírgenes hasta el matrimonio
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 28.-Divertirse durante las relaciones sexuales es algo inadmissible
 () JA () JA () JI () JD () JD
- 29.-Usar anticonceptivos es una forma responsable para llevar a cabo las relaciones sexuales
 () JA () JA () JI () JD () JD
- 30.-Una pareja del mismo sexo debe evitar tener relaciones sexuales
 () JA () JA () JI () JD () JD
- 31.-Las relaciones sexuales deben ser vaginales únicamente
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 32.-Se debe evitar que se legalice el aborto en México
 () JA () JA () JI () JD () JD
- 33.-Querer embarazada siendo soltera es algo vergonzoso
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 34.-Las relaciones sexuales no sexuales deben ser vistas como algo normal
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 35.-Usar anticonceptivos en las relaciones sexuales disminuye el placer
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 36.-Los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que desean sexualmente
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 37.-Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 38.-Los jóvenes deben evitar la masturbación
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 39.-Si la pareja está de acuerdo puede tener relaciones sexuales orales
 () JA () JA () JI () JD () JD
- 40.-El romance que se da en las relaciones sexuales es independiente del uso de anticonceptivos
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 41.-Se debe evitar la libertad sexual en los jóvenes
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 42.-Es perjudicial para los adolescentes tener relaciones sexuales
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 43.-Masturbarse es perjudicial para los adolescentes
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 44.-La pareja debe evitar las relaciones sexuales orales
 () JA () JA () JI () JD () JD
- 45.-Los métodos anticonceptivos son perjudiciales para la salud
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 46.-Es inaceptable que un individuo sostenga relaciones sexuales con personas de ambos sexos
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 47.-Es saludable que los adolescentes se masturben
 () JA () JA () JI () JD () JD
- 48.-Los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 49.-Una pareja puede tener relaciones sexuales anales si así lo decide
 () JA () JA () JI () JU () JD
- 50.-El uso de anticonceptivos es saludable en las relaciones sexuales
 () JA () JA () JI () JD () JD
- 51.-Es preferible abortar que tener un hijo no deseado
 () JA () JA () JI () JU () JD

- 52.-Los jóvenes deben tener libertad en sus relaciones sexuales premaritales
 SI A I D TD
- 53.-Se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usan anticonceptivos
 SI A I D TD
- 54.-Las relaciones bisexuales deben ser vistas como algo normal
 SI A I D TD
- 55.-Es inaceptable que una pareja tenga relaciones sexuales antes
 SI A I D TD
- 56.-Los jóvenes deben mantener en secreto sus relaciones sexuales premaritales
 SI A I D TD
- 57.-El aborto es un crimen
 SI A I D TD
- 58.-Las relaciones sexuales bisexuales son una falta a la moral
 SI A I D TD
- 59.-Una pareja debe casarse para poder tener relaciones sexuales
 SI A I D TD
- 60.-Las relaciones sexuales antes del matrimonio es una actitud vergonzosa
 SI A I D TD
- 61.- Si la pareja está de acuerdo puede tener relaciones sexuales aún antes del matrimonio
 SI A I D TD
- 62.- Las relaciones sexuales premaritales se deben expresar abiertamente
 SI A I D TD
- 63.- ¿Has tenido relaciones sexuales?
 SI NU

(Pasa a las siguientes preguntas sólo si responde afirmativamente)

- 64.-¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?

- 65.-En las relaciones sexuales que has tenido ¿utilizas métodos anticonceptivos?
 SI NU A VECES

- 66.-¿Qué método anticonceptivo utilizas con mayor frecuencia?

*a continuación se te presenta una serie de afirmaciones acerca del SIDA

Marca con una (X) la respuesta correcta:

- 1.- Los primeros casos reportados de SIDA datan de:
 - () 1971
 - () 1985
 - () 1981
 - () 1975
- 2.- El agente causal del SIDA es:
 - () ADN Virus
 - () VIH Virus
 - () Retrovirus (HTLV-1)
 - () Retrovirus (VIH)
- 3.- El virus de la inmunodeficiencia humana tiene especial predilección para invadir:
 - () Glóbulos rojos
 - () Glóbulos blancos
 - () Macrófagos
 - () Células del Sistema Nervioso Central
- 4.- Cuando el VIH se introduce en las células de los linfocitos T-4 ayuda a cumplir su función electadora e inductora de todo el sistema de defensa.
 - () Cierto
 - () Falso
- 5.- El VIH tiene un método singular de reproducción denominado:
 - () Inversión
 - () Linfadenopatía
 - () Seroconversión
 - () Replicación
- 6.- El SIDA empieza desde el momento en que se contrae la infección por el VIH
 - () Cierto
 - () Falso
- 7.- A medida que progresa la infección por VIH van apareciendo en la sangre del individuo infectado los linfocitos T-4, por lo que la deficiencia se torna permanente y progresiva.
 - () Cierto
 - () Falso
- 8.- Al estado que precede al SIDA donde el individuo presenta anticuerpos contra el VIH, se le conoce como Complejo sintomático relacionado.
 - () Cierto
 - () Falso
- 9.- El SIDA constituye sólo la etapa final de la infección con el VIH
 - () Cierto
 - () Falso
- 10.- El SIDA se caracteriza por el gran ataque al estado general del individuo, presentando diversas infecciones oportunistas y variadas que ponen en peligro la vida.
 - () Cierto
 - () Falso
- 11.- La causa directa de muerte de los enfermos de SIDA es el mismo padecimiento
 - () Cierto
 - () Falso
- 12.- Los llamados "seropositivos" son los portadores sanos del VIH y son permanentemente infectados.
 - () Cierto
 - () Falso
- 13.- La mayor concentración del VIH puede estar en la sangre, semen y líquido cefalorraquídeo.
 - () Cierto
 - () Falso
- 14.- La persona recién infectada con el VIH presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad.
 - () Cierto
 - () Falso
- 15.- El VIH se puede transmitir por el contacto casual con personas infectadas
 - () Cierto
 - () Falso
- 16.- Una vía de contagio del VIH es el piquete de insectos
 - () Cierto
 - () Falso
- 17.- El VIH se puede transmitir por el trasplante de tejido y órganos pertenecientes a personas infectadas.
 - () Cierto
 - () Falso
- 18.- El Virus del SIDA se puede transmitir en las albricias
 - () Cierto
 - () Falso
- 19.- Un mecanismo importante para la transmisión del VIH es por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión o por agujas contaminadas.
 - () Cierto
 - () Falso
- 20.- La infección por el Virus del SIDA se puede contraer en baños públicos
 - () Cierto
 - () Falso
- 21.- Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA.
 - () Cierto
 - () Falso
- 22.- Existen pruebas concluyentes que el VIH se transmite con:
 - () La sangre y las lágrimas
 - () La sangre y el semen
 - () El semen y la orina
 - () La saliva y las lágrimas
- 23.- La vía de contagio más importante del VIH en relación con el número de casos es:
 - () Por las transfusiones sanguíneas con sangre contaminada
 - () A través del contacto casual con personas infectadas
 - () A través del contacto sexual con personas infectadas
 - () Mediante el trasplante de órganos infectados

- 24.-El período de incubación del VIH varía de:
- () 12 a 8 semanas
 - () 11 mes a 2 años
 - () 14 meses a 10 años
 - () 12 meses a 3 años
- 25.-La detección del VIH se hace a través de:
- () Un análisis de orina
 - () Una prueba de sangre
 - () Medio, rraffes
 - () Ninguna de las anteriores
- 26.-Según los reportes de varios países, la mayor parte e incidencia de casos de SIDA queda comprendida entre:
- () 30 a 39 años
 - () 15 a 30 años
 - () 140 a 59 años
 - () 145 a 60 años
- 27.-Los grupos de mayor riesgo para contraer la infección por el VIH son:
- () Los Homosexuales
 - () Los Drogadictos
 - () Los adolescentes
 - () Los Prostitutas
- 28.-El origen del SIDA fue en:
- () América
 - () Africa
 - () Europa
 - () Se desconoce
- 29.-En México hasta 1989 se habían reportado
- () 20 000 casos de SIDA
 - () 12 683 casos de SIDA
 - () 8 300 casos de SIDA
 - () 110 750 casos de SIDA
- 30.-Los grupos que deben someterse a la prueba de detección del VIH, para evitar la diseminación del virus del SIDA son:
- () La población en general incluyendo niños, homosexuales y bisexuales
 - () Las mujeres embarazadas, homosexuales que tengan varios compañeros sexuales y personas que donan sangre
 - () Homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tengan múltiples compañeros sexuales, Prostitutas, Drogadictos, quienes hayan recibido transfusiones de sangre e hijos de personas pertenecientes a los grupos anteriores.
 - () Los hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales, así como los ancianos y las personas que donan sangre.
- 31.-El SIDA puede afectar a todos los individuos no importando edad o sexo
- () Cierto
 - () Falso
- 32.-El VIH es un virus muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente.
- () Cierto
 - () Falso
- 33.-Un síntoma en las personas de SIDA es el aumento de peso
- () Cierto
 - () Falso
- 34.-Las personas con SIDA padecen de fiebre continua
- () Cierto
 - () Falso
- 35.-La diarrea continua es un signo asociado al SIDA
- () Cierto
 - () Falso
- 36.-El VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección
- () Cierto
 - () Falso
- 37.-Las personas que donan sangre corren el riesgo de contraer el VIH, aún con medidas preventivas.
- () Cierto
 - () Falso
- 38.-Una persona "seropositiva" puede continuar con las mismas actividades que ha venido realizando en su vida, siempre y cuando tome las precauciones necesarias.
- () Cierto
 - () Falso
- 39.-Los condones son efectivos para prevenir el SIDA
- () Cierto
 - () Falso
- 40.-Las jeringas desechables y esterilizadas reducen la probabilidad de contagio del VIH.
- () Cierto
 - () Falso
- 41.-Tener relación sexual con la misma pareja una evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.
- () Cierto
 - () Falso
- 42.-Los preservativos y espermaticidas garantizan totalmente que no ocurre la infección por VIH durante las relaciones sexuales
- () Cierto
 - () Falso
- 43.-Limitar el número de compañeros (as) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH.
- () Cierto
 - () Falso
- 44.-Tener relaciones sexuales con persona que tienen una vida sexual promiscua, aumenta la probabilidad de contagio del VIH
- () Cierto
 - () Falso

- 45.- Le debe evitar el coito con prostitutas (ps) o con desconocidos para disminuir el riesgo de infectarse con el VIH
)Cierta)Falso
- 46.- Tener relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuye la probabilidad de contagio del VIH
)Cierta)Falso

"Para finalizar encontrarás una serie de afirmaciones acerca del SIDA; lee cuidadosamente cada afirmación y marca con una (X) sólo una de las opciones como anteriormente lo hiciste".

- 1.- Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA
)A)B)C)D
- 2.- Se debe evitar correr el riesgo de infectarse con el VIH, usando siempre condón en las relaciones sexuales
)A)B)C)D
- 3.- La información que tengo sobre el SIDA ha cambiado mi conducta sexual
)A)B)C)D
- 4.- La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH
)A)B)C)D
- 5.- Si un amigo mio tuviera SIDA lo mantendría en secreto
)A)B)C)D
- 6.- La información que tengo sobre el SIDA en mi país ha cambiado mi conducta sexual
)A)B)C)D
- 7.- Tengo miedo de contraer el SIDA
)A)B)C)D
- 8.- Los jóvenes tienen contagiarase del SIDA cuando tienen relaciones sexuales
)A)B)C)D
- 9.- La homosexualidad debe manifestarse con responsabilidad para evitar que se difunda el SIDA
)A)B)C)D
- 10.- Soy una persona que no está en riesgo de contraer el virus del SIDA
)A)B)C)D
- 11.- Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se quiere prevenir el contagio del VIH
)A)B)C)D
- 12.- Si un amigo mio tuviera SIDA le urinaría apoyo
)A)B)C)D
- 13.- Los adolescentes deberían evitar utilizar preservativos y espumáticas en sus relaciones sexuales
)A)B)C)D
- 14.- No tengo temor de contraer el SIDA
)A)B)C)D
- 15.- Si tuviera la oportunidad daría mi apoyo a los enfermos de SIDA
)A)B)C)D
- 17.- Si un familiar mio tuviera SIDA lo apoyaría
)A)B)C)D
- 18.- Si un familiar mio tuviera SIDA me abstendría de ir
)A)B)C)D

- 27.-Aunque tuviera la oportunidad evitaría dar el apoyo a los enfermos de SIDA
 () JA () A () I () D () TD
- 28.-La homosexualidad debe manifestarse con responsabilidad para evitar que se transmita el SIDA
 () JA () A () I () D () TD
- 29.-Las prostitutas ayudan a que se disminuya el SIDA
 () JA () A () I () D () TD
- 30.-Los jóvenes deben interesarse en los artículos sobre el SIDA para aprender a prevenirse de la enfermedad
 () JA () A () I () D () TD
- 31.-La información que tengo sobre el SIDA en nada ha cambiado mi conducta sexual
 () JA () A () I () D () TD
- 32.-Es preferible correr el riesgo de infectarse con el VIH que usar siempre condón en las relaciones sexuales
 () JA () A () I () D () TD
- 33.-Tengo miedo de contraer el SIDA
 () JA () A () I () D () TD
- 34.-Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales
 () JA () A () I () D () TD
- 35.-Si mi novia que mi novio (o) está infectado (a) por el VIH se apartaría de mí (ella)
 () JA () A () I () D () TD
- 36.-La homosexualidad debe manifestarse libremente
 () JA () A () I () D () TD
- 37.-Soy una persona que no está en riesgo de contraer el virus del SIDA
 () JA () A () I () D () TD
- 38.-La información que de la TV es insuficiente para aprender a protegerse de la infección por VIH
 () JA () A () I () D () TD
- 39.-Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se tiene SIDA
 () JA () A () I () D () TD
- 40.-Si un amigo mio tuviera SIDA le brindaría apoyo
 () JA () A () I () D () TD
- 41.-Los homosexuales nada tienen que ver en la difusión del SIDA
 () JA () A () I () D () TD
- 42.-La homosexualidad debe mantenerse en secreto
 () JA () A () I () D () TD
- 43.-Los adolescentes deberían evitar utilizar preservativos y espermaticidas en sus relaciones sexuales
 () JA () A () I () D () TD
- 44.-No tengo temor de contraer el SIDA
 () JA () A () I () D () TD
- 45.-Al mantener aislado a los enfermos de SIDA de nada sirve para evitar que se difunda la enfermedad
 () JA () A () I () D () TD
- 46.-He recibido información sobre el SIDA sin buscarla
 () JA () A () I () D () TD
- 47.-De nada sirven los artículos sobre el SIDA para aprender a prevenirse de de la enfermedad
 () JA () A () I () D () TD
- 48.-La homosexualidad es una práctica sexual irresponsable
 () JA () A () I () D () TD
- 49.-Las prostitutas nada tienen que ver en la discriminación del VIH
 () JA () A () I () D () TD
- 50.-La mayoría de las personas se alejan de los enfermos de SIDA
 () JA () A () I () D () TD
- 51.-Si un amigo mio tuviera SIDA acudiría a una autoridad
 () JA () A () I () D () TD
- 52.-Tengo temor de realizarme la prueba de infección del VIH
 () JA () A () I () D () TD
- 53.-Tendría amigos aunque estuvieran enfermos de SIDA
 () JA () A () I () D () TD
- 54.-Al tener la oportunidad daría mi apoyo a los enfermos de SIDA
 () JA () A () I () D () TD
- 55.-Al mi pareja sexual estuviera contagiada con el VIH la rechazaría
 () JA () A () I () D () TD
- 56.-La mayoría de las personas apoyan a los enfermos de SIDA
 () JA () A () I () D () TD
- 57.-Al un familiar mio tuviera SIDA lo apoyaría
 () JA () A () I () D () TD
- 58.-Los jóvenes tienen su primera experiencia sexual con parejas ocasionales
 () JA () A () I () D () TD
- 59.-Si el novio estuviera contagiado con el VIH evitaría tener relaciones sexuales.
 () JA () A () I () D () TD
- 60.-Al un familiar mio tuviera SIDA me apartaría de él
 () JA () A () I () D () TD

ED40

SEXU ()Masculino ()Femenino

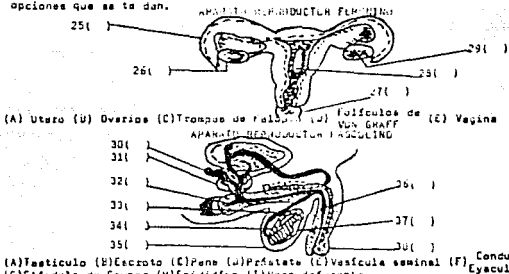
"El presente instrumento está formado por una serie de preguntas y una serie de afirmaciones acerca de la sexualidad y del BHA; confítalo sinceramente los datos obtenidos en él serán utilizados únicamente para fines estadísticos y en forma confidencial".

Marce con una (X) la respuesta correcta:

- 1.- Los cambios glandulares que se producen en la adolescencia se deben:
 - () A) la Tiroidea
 - () B) Al Páncreas
 - () C) Al Tálamo
 - () D) Al Hipotálamo
- 2.- Las glándulas especiales que producen las células reproductoras tanto en el hombre como en la mujer se denominan gónadas.
 - () Cierta
 - () Falso
- 3.- Las hormonas sexuales femeninas son:
 - () Los andrógenos y progesterona
 - () La progesterina y testosterona
 - () Los estrógenos y progesterona
 - () La progesterina y andrógenos
- 4.- Las hormonas sexuales masculinas son:
 - () Los andrógenos y testosterona
 - () La progesterina y testosterona
 - () Los estrógenos y progesterona
 - () Los estrógenos y testosterona
- 5.- El útero es el órgano sexual que produce hormonas femeninas.
 - () Cierta
 - () Falso
- 6.- Los testículos son los órganos sexuales que producen hormonas masculinas.
 - () Cierta
 - () Falso
- 7.- Los ovarios se encuentran en el interior de la matriz y contienen células-óvulos.
 - () Cierta
 - () Falso
- 8.- Los espermatozoides son pequeñas células nadadoras con largas colas que se producen en los tubos seminíferos.
 - () Cierta
 - () Falso
- 9.- Los óvulos son de mayor tamaño que los cromosomatosomas, generalmente son esféricos, inmóviles y carecen de sustancia de reserva.
 - () Cierta
 - () Falso
- 10.- Los testículos están formados por cientos de canales espermáticos en cuyo interior se producen los espermatozoides.
 - () Cierta
 - () Falso
- 11.- Las células intersticiales que se encuentran intercaladas entre los canales espermáticos son las encargadas de producir hormonas masculinas.
 - () Cierta
 - () Falso
- 12.- El proceso biológico durante el cual los ovarios producen gametos femeninos se le llama:
 - () Meiosis
 - () Evolución
 - () Gametogénesis
 - () Ovogénesis
- 13.- El proceso biológico durante el cual los testículos producen gametos masculinos se le llama:
 - () Meiosis
 - () Gametogénesis
 - () Espermatoogénesis
 - () Ninguna de las anteriores
- 14.- La vesícula seminal sirve para:
 - () Producir el semen
 - () Secreter el semen
 - () Almacenar el semen
 - () Ninguna de las anteriores
- 15.- La ovogénesis se realiza dentro de los folículos de VHA (naff)
 - () Cierta
 - () Falso
- 16.- La espermatoogénesis se inicia a los 14 años y se continúa durante toda la vida del hombre.
 - () Cierta
 - () Falso
- 17.- La ovogénesis comienza entre los 11 y 13 años y se prolonga durante toda la vida de la mujer.
 - () Cierta
 - () Falso
- 18.- La evolución de un óvulo hasta su desprendimiento que dura 28 días se conoce como menstruación.
 - () Cierta
 - () Falso
- 19.- Las trompas de Falopio son las encargadas de recoger el óvulo mediante la acción de las vellosidades del oviducto.
 - () Cierta
 - () Falso

- 20.- El periodo de fijación es cuando comienza el ciclo menstrual, donde el folículo madura entre los 10 y 14 días.
 Cierta Falso
- 21.- La etapa de ovulación es en el 14o. día donde el folículo crece al máximo, se rompe liberando el óvulo que cae por la cavidad peritoneal y es recogido por los pabellones de las trompas por las cuales desciende.
 Cierta Falso
- 22.- El óvulo tarda en llegar al útero más o menos 5 días, conociéndose esta fase como periodo de receptividad, ya que durante él, puede efectuarse la fecundación.
 Cierta Falso
- 23.- A partir del momento en el que el óvulo se desprende del folículo se comienza a formar en éste:
 La Progesterona
 La Testosterona
 El Cuerpo Amarillo
 El Cuerpo Intersticial
- 24.- Cuando el óvulo no es fecundado se desintegra y el útero ya no recibe las hormonas del embarazo, produciéndose la contracción de los vasos sanguíneos, cuando esta contracción cesa, la sangre es expulsada, por lo que se inicia:
 El ciclo mensual
 El ciclo menstrual
 La menstruación
 El ciclo hormonal

A continuación se te presentan dos figuras del aparato reproductor masculino y femenino, identifica en cada una de ellas la parte que está señalada, con las opciones que se te dan.



- 29.- El acto de eyecución del semen se le denomina coito
 Cierta Falso
- 40.- Entre los 13 y 20 años aproximadamente los hombres producen eyeculaciones durante el sueño, a esto se le llama:
 eyeculaciones nocturnas
 eyeculación precoz
 eyeciones nocturnas
 eyeciones de líquido seminal
- 41.- Para que exista el coito en una pareja el pene del hombre debe estar erecto
 Cierta Falso
- 42.- El orgasmo es cuando se obtiene el máximo placer en una relación sexual
 Cierta Falso
- 43.- El hímen es una membrana que cubre la matriz de la mujer cuando es virgen
 Cierta Falso
- 44.- La masturbación es la forma usual de conducta autosexual
 Cierta Falso
- 45.- Una relación heterosexual es cuando una persona sostiene relaciones sexuales con otra persona del mismo sexo
 Cierta Falso
- 46.- Cuando un individuo sostiene relaciones sexuales con personas de ambos sexos es una relación:
 Bisexual
 Heterosexual
 Homosexual
 Autosexual

- 47.- Cuando un individuo sostiene relaciones sexuales con personas del mismo sexo es una relación:
- Bisexual
 Heterosexual
 Homosexual
 Autosexual
- 48.- Cuando el hombre eyacula fuera de la vagina de la mujer para evitar embarazarla, se le denomina a este método anticonceptivo como:
- Eyacuación precoz
 D.I.U
 Coitos interrumpidos
 Eyacuación interrumpida
- 49.- El método anticonceptivo que puede utilizar el hombre durante una relación sexual se le conoce como:
- D.I.U
 Diafragma
 Preservativo
 Espermaticidas
- 50.- Una espuma especial que mata a los espermatozoides, es otro método anticonceptivos que pueden utilizar los hombres.
- Cierto Falso
- 51.- El condón es una delgada vaina de goma que se pone sobre el pene erecto y una vez que la pareja ha terminado el acto sexual, el hombre debe retirarse cuando su pene aún está erecto. Cierto Falso
- 52.- Un aparato de goma que tiene la forma de la piel de una naranja, que se introduce en la vagina antes del acto sexual y cubre la entrada del útero; es otro método anticonceptivo denominado:
- Ritmo
 Preservativo
 Diafragma
 D.I.U
- 53.- Otro método anticonceptivo, que es un pequeño artefacto de plástico recubierto de cobre que se coloca en el útero e impide que el óvulo se implante y se desarrolla se llama:
- Ritmo
 Preservativo
 Diafragma
 D.I.U
- 54.- El Ritmo es el método anticonceptivo más seguro, donde la mujer debe evitar tener relaciones sexuales durante su período de ovulación.
- Cierto Falso
- 55.- La píldora es otro método anticonceptivo, la cual debe tomarse con exactitud y bajo supervisión médica para que la mujer quede incapacitada para ovular, siendo así un anticonceptivo efectivo.
- Cierto Falso
- 56.- Un método anticonceptivo definitivo en la mujer, en donde éste se hace unir los conductos que llevan a los óvulos se le llama:
- Vasectomía
 D.I.U
 Diafragma
 Ligazón de trompas
- 57.- Un método anticonceptivo definitivo para el hombre, en donde éste se hace unir los conductos que transportan el espermatozoide se le denomina:
- Vasectomía
 D.I.U
 Diafragma
 Ligazón de trompas.

Enseguida encontraran una serie de afirmaciones acerca de la sexualidad, lee cuidadosamente cada afirmación y marca con una (X) solo una de las opciones

Las opciones son:

TA: Totalmente de Acuerdo

D: Desacuerdo

A: Acuerdo

TJ: Totalmente en Desacuerdo

I: Indeciso

Ejemplo:

El buen juez por su casa empieza

TA A I D TJ

Si se marca como en el ejemplo la opción "D", quiere decir que se está en desacuerdo con la afirmación.

- 1.- La virginidad es un valor muy importante en nuestra sociedad
()TA ()A ()I ()U ()TD
- 2.- Es sano que el adolescente tenga relaciones sexuales
()TA ()A ()I ()U ()TD
- 3.- Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 4.- Una mujer si lo desea puede quedar embarazada aún siendo soltera
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 5.- Es necesario que el adolescente tenga relaciones sexuales
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 6.- El aborto se debe de legalizar en México
()TA ()A ()I ()U ()TD
- 7.- Se debe evitar usar anticonceptivos en la rutina sexual
()TA ()A ()I ()U ()TD
- 8.- Se debe evitar que se legalice el aborto en México
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 9.- Quedar embarazada siendo soltera es algo vergonzoso
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 10.- Los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que desean sexualmente
()TA ()A ()I ()U ()TD
- 11.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables
()TA ()A ()I ()U ()TD
- 12.- Los jóvenes deben evitar la masturbación
()TA ()A ()I ()U ()TD
- 13.- Si la pareja está de acuerdo puede tener relaciones sexuales orales
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 14.- Es perjudicial para el adolescente tener relaciones sexuales
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 15.- Masturbarse es perjudicial para los adolescentes
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 16.- Es saludable que los adolescentes se masturben
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 17.- Los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 18.- Una pareja puede tener relaciones sexuales anales si así lo decide
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 19.- Los jóvenes deben tener libertad en sus relaciones sexuales premaritales
()TA ()A ()I ()U ()TD
- 20.- Se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales al usar anticonceptivos.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 21.- El aborto es un crimen
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 22.- Una pareja debe casarse para poder tener relaciones sexuales
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 23.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio es una actitud vergonzosa
()TA ()A ()I ()U ()TD
- 24.- ¿Has tenido relaciones sexuales? ()SI ()NO
- 25.- ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales? _____
- 26.- En las relaciones sexuales que has tenido ¿utilizas métodos anticonceptivos? ()SI ()NO () A VECES
- 27.- ¿Qué método anticonceptivo utilizas con mayor frecuencia? _____

*A continuación se le presenta una serie de afirmaciones acerca del SIDA.
Marque con una (X) la respuesta correcta:

- 1.- Los primeros casos reportados de SIDA datan de:
() 1971
() 1985
() 1981
() 1975
- 2.- El agente causal del SIDA es:
() ADN Virus
() VIH Virus
() Retrovirus (HTLV-1)
() Retrovirus (VIH)
- 3.- El virus de la inmunodeficiencia humana tiene especial predilección para invadir:
() Glóbulos rojos
() Glóbulos blancos
() Macrófagos
() Células del Sistema Nervioso Central
- 4.- Cuando el VIH se introduce en las células de los linfocitos T-4 ayuda a cumplir su función alertadora e inductora de todo el sistema de defensa.
() Cierto () Falso
- 5.- El VIH tiene un método singular de reproducción denominado:
() Inversión
() Linfadenopatía
() Serocurversión
() Multiplicación
- 6.- El SIDA empieza desde el momento en que se contrae la infección por el VIH
() Cierto () Falso
- 7.- A medida que progresa la infección por VIH van apareciendo en la sangre del individuo infectado los linfocitos T-4, por lo que la deficiencia se torna permanente y progresiva. () Cierto () Falso
- 8.- Al estado que precede al SIDA donde el individuo presenta anticuerpos contra el VIH, se le conoce como Complejo sintomático relacionado.
() Cierto () Falso
- 9.- El SIDA constituye sólo la etapa final de la infección con el VIH
() Cierto () Falso
- 10.- El SIDA se caracteriza por el gran ataque al estado general del individuo, presentando diversas infecciones oportunistas y variadas que ponen en peligro la vida.
() Cierto () Falso
- 11.- La causa directa de muerte de los enfermos de SIDA es el mismo padecimiento
() Cierto () Falso
- 12.- Los llamados "seropositivos" son los portadores sanos del VIH y son permanentemente infectados. () Cierto () Falso
- 13.- La mayor concentración del VIH puede estar en la sangre, semen y líquido cefalorraquídeo. () Cierto () Falso
- 14.- La persona recién infectada con el VIH presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad. () Cierto () Falso
- 15.- El VIH se puede transmitir por el contacto casual con personas infectadas
() Cierto () Falso
- 16.- Una vía de contagio del VIH es el picaje de insectos
() Cierto () Falso
- 17.- El VIH se puede transmitir por el trasplante de tejido y órganos pertenecientes a personas infectadas.
() Cierto () Falso
- 18.- El Virus del SIDA se puede transmitir en las alfileras
() Cierto () Falso
- 19.- Un mecanismo importante para la transmisión del VIH es por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión o por agujas contaminadas.
() Cierto () Falso
- 20.- La infección por el virus del SIDA se puede contraer en baños públicos
() Cierto () Falso
- 21.- Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA. () Cierto () Falso
- 22.- Existen pruebas concluyentes que el VIH se transmite con:
() La sangre y las lágrimas
() La sangre y el semen
() El semen y la orina
() La saliva y las lágrimas
- 23.- La vía de contagio más importante del VIH en relación con el número de casos es:
() Por la transfusiones sanguíneas con sangre contaminada
() A través del contacto casual con personas infectadas
() A través del contacto sexual con personas infectadas
() Mediante el trasplante de órganos infectados

- 24.-El período de incubación del VIH varía de:
- () 12 a 8 semanas
 - () 11 meses a 2 años
 - () 4 meses a 10 años
 - () 2 meses a 3 años
- 25.-La detección del VIH se hace a través de:
- () Un análisis de orina
 - () Una prueba de sangre
 - () Mediografías
 - () Ninguna de las anteriores
- 26.-Según los reportes de varios países, la mayor parte e incidencia de casos de SIDA queda comprendida entre:
- () 130 a 39 años
 - () 115 a 30 años
 - () 140 a 59 años
 - () 145 a 60 años
- 27.-Los grupos de mayor riesgo para contraer la infección por el VIH son:
- () Los Homosexuales
 - () Los Drogadictos
 - () Los Adolescentes
 - () Las Prostitutas
- 28.-El origen del SIDA fue en:
- () América
 - () África
 - () Europa
 - () Se desconoce
- 29.-En México hasta 1989 se habían reportado:
- () 120 000 casos de SIDA
 - () 17 603 casos de SIDA
 - () 13 300 casos de SIDA
 - () 110 750 casos de SIDA
- 30.-Los grupos que deben someterse a la prueba de detección del VIH, para evitar la diseminación del virus del SIDA son:
- () La población en general incluyendo niños, homosexuales y bisexuales
 - () Las mujeres embarazadas, homosexuales que tengan varios compañeros sexuales y personas que donan sangre
 - () Homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tengan múltiples compañeros sexuales, Prostitutas, Drogadictos, quienes hayan recibido transfusiones de sangre a hijos de personas pertenecientes a los grupos anteriores.
 - () Los hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales así como los ancianos y las personas que donan sangre.
- 31.-El SIDA puede afectar a todos los individuos no importando edad o sexo
- () Cierto () Falso
- 32.-El VIH es un virus muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente.
- () Cierto () Falso
- 33.-Un síntoma en las personas de SIDA es el aumento de peso
- () Cierto () Falso
- 34.-Las personas con SIDA padecen de fatiga continua
- () Cierto () Falso
- 35.-La diarrea continua es un signo asociado al SIDA
- () Cierto () Falso
- 36.-El VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección
- () Cierto () Falso
- 37.-Las personas que donan sangre corren el riesgo de contraer el VIH, aún con medidas preventivas.
- () Cierto () Falso
- 38.-Una persona "seropositiva" puede continuar con las mismas actividades que ha venido realizando en su vida, siempre y cuando tenga las precauciones necesarias.
- () Cierto () Falso
- 39.-Los condones son efectivos para prevenir el SIDA
- () Cierto () Falso
- 40.-Las jeringas desechables y esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH.
- () Cierto () Falso
- 41.-Tener relación sexual con la misma pareja para evitar y disminuir el riesgo de infectarse con el VIH.
- () Cierto () Falso
- 42.-Las preservativos y espermaticidas garantizan totalmente que no ocurra la infección por VIH durante las relaciones sexuales
- () Cierto () Falso
- 43.-Limitar el número de compañeros (as) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH.
- () Cierto () Falso
- 44.-Tener relaciones sexuales con personas que tienen una vida sexual promiscua, aumenta la probabilidad de contagio del VIH
- () Cierto () Falso

43.-Se debe evitar el coito con prostitutas(as) o con desconocidos para disminuir el riesgo de infectarse con el VIH.

()Cierto ()Falso

44.- Tener relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuye la probabilidad de contagio del VIH. ()Cierto ()Falso

Para finalizar encuentran una serie de afirmaciones acerca del SIDA; lee cuidadosamente cada afirmación y marca con una (X) solo una de las opciones, como anteriormente lo hiciste.

1.- Los jóvenes pueden disfrutar las relaciones sexuales sin tener el contagio del SIDA. ()A ()B ()C ()D ()E

2.- Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA

()A ()B ()C ()D ()E

3.- Se debe evitar correr el riesgo de infectarse con el VIH usando siempre condón en las relaciones sexuales.

()A ()B ()C ()D ()E

4.- Si un pareja sexual estuviera contagiada con el VIH le apoyaría sin temor de contraer la enfermedad

()A ()B ()C ()D ()E

5.- La información que tengo sobre el SIDA ha cambiado mi conducta sexual

()A ()B ()C ()D ()E

6.- Si se enterara que un amigo mio tuviera SIDA lo rechazaría

()A ()B ()C ()D ()E

7.- La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH.

()A ()B ()C ()D ()E

8.- Si un amigo mio tuviera SIDA lo mantendría en secreto

()A ()B ()C ()D ()E

9.- Los homosexuales deben desaparecer para evitar que se difunda el SIDA

()A ()B ()C ()D ()E

10.-La información que tengo sobre el SIDA en nada a cambiado mi conducta sexual

()A ()B ()C ()D ()E

11.-Tengo miedo de contraer el SIDA

()A ()B ()C ()D ()E

12.- Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales

()A ()B ()C ()D ()E

13.-La homosexualidad debe manifestarse con responsabilidad para evitar que se transmita el SIDA.

()A ()B ()C ()D ()E

14.-Soy una persona que no está en riesgo de contraer el virus del SIDA

()A ()B ()C ()D ()E

15.-Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piensa que se quiere prevenir del contagio del SIDA

()A ()B ()C ()D ()E

16.-Si un amigo mio tuviera el SIDA le brindaría apoyo

()A ()B ()C ()D ()E

17.-Los adolescentes deberían evitar utilizar preservativos y espermicidas en sus relaciones sexuales.

()A ()B ()C ()D ()E

18.-No tengo temor de contraer el SIDA

()A ()B ()C ()D ()E

19.-De nada sirven los artículos sobre el SIDA para aprender a prevenirse de la enfermedad.

()A ()B ()C ()D ()E

20.-Si tuviera la oportunidad daría mi apoyo a los enfermos de SIDA

()A ()B ()C ()D ()E

21.- La mayoría de las personas apoyan a los enfermos de SIDA

()A ()B ()C ()D ()E

22.- Si un familiar mio tuviera SIDA lo apoyaría

()A ()B ()C ()D ()E

23.- He intentado buscar información sobre el SIDA

()A ()B ()C ()D ()E

24.-Si un familiar mio tuviera SIDA no hablaría de él

()A ()B ()C ()D ()E

GRACIAS POR TU COLABORACION

EDAD

SEXO () Masculino () Femenino

"El presente instrumento está formado por una serie de preguntas y una serie de afirmaciones acerca de la sexualidad y del SIDA; contestala sinceramente los datos contenidos en él serán utilizados únicamente para fines estadísticos y en forma confidencial".

Marca con una (X) la respuesta correcta:

1.- Los cambios glandulares que se producen en la adolescencia se deben:

- () A) la Tiroidea
- () B) Al Páncreas
- () C) Al Tálamo
- () D) Al hipotálamo

2.- Las glándulas especiales que producen las células reproductoras tanto en el hombre como en la mujer se denominan glándulas.

- () Cierta
- () Falso

3.- Las hormonas sexuales femeninas son:

- () A) Los andrógenos y progesterona
- () B) La progestina y testosterona
- () C) Los estrógenos y progesterona
- () D) La progestina y andrógenos

4.- Las hormonas sexuales masculinas son:

- () A) Los andrógenos y testosterona
- () B) La progestina y testosterona
- () C) Los estrógenos y progesterona
- () D) Los estrógenos y testosterona

5.- El útero es el órgano sexual que produce hormonas femeninas

- () Cierta
- () Falso

6.- Los testículos son los órganos sexuales que producen hormonas masculinas

- () Cierta
- () Falso

7.- Los ovarios se encuentran en el interior de la matriz y contienen células ovulo.

- () Cierta
- () Falso

8.- Los espermatozoides son pequeñas células nadadoras con largas colas que se producen en los tubos vas deferentes.

- () Cierta
- () Falso

9.- Los óvulos son la menor célula que los espermatozoides, generalmente son esféricas, inmóviles y carecen de estructura celular.

- () Cierta
- () Falso

10.- Los testículos están formados por cientos de canales espermáticos en cuyo interior se producen los espermatozoides.

- () Cierta
- () Falso

11.- Las células intersticiales que se encuentran intercaladas entre los canales espermáticos son las encargadas de producir hormonas masculinas

- () Cierta
- () Falso

12.- El proceso biológico durante el cual los ovarios producen gametos femeninos se le llama:

- () Meiosis
- () Ovulación
- () Gametogénesis
- () Oogénesis

13.- El proceso biológico durante el cual los testículos producen gametos masculinos se le llama:

- () Meiosis
- () Gametogénesis
- () Espermatogénesis
- () Ninguna de las anteriores

14.- La vesícula seminal sirve para:

- () Producir el semen
- () Secreter el semen
- () Almacenar el semen
- () Ninguna de las anteriores

15.- La ovogénesis se realiza dentro de los folículos de VGH UNAFF

- () Cierta
- () Falso

16.- La espermatogénesis se inicia a los 14 años y se continua durante toda la vida del hombre.

- () Cierta
- () Falso

17.- La ovogénesis comienza entre los 11 y 13 años y se prolonga durante toda la vida de la mujer.

- () Cierta
- () Falso

18.- La evolución de un óvulo hasta su desprendimiento que dura 28 días se conoce como menstruación.

- () Cierta
- () Falso

19.- Las tropas de felupio son las encargadas de recoger al óvulo mediante la acción de las vellosidades del oviducto

- () Cierta
- () Falso

- 20.- El periodo de fijación es cuando comienza el ciclo menstrual, donde el folículo madura entre los 12 y 14 días.
 Cierto Falso
- 21.- La etapa de ovulación es en el 14o. día donde el folículo crece al máximo, se rompe liberando el óvulo que cae por la cavidad peritoneal y es recogido por las pebellanas de las trompas por las cuales desciende.
 Cierto Falso
- 22.- El óvulo tarda en llegar al útero más o menos 5 días, conociéndose este fase como periodo de receptividad, ya que durante él, puede efectuarse la fecundación.
 Cierto Falso
- 23.- A partir del momento en el que el óvulo se desprende del folículo se comienza a formar en éste:
 La Progesterona
 La Testosterona
 El Cuerpo Amarillo
 El Cuerpo Intersticial
- 24.- Cuando el óvulo no es fecundado se desintegra y el útero ya no recibe las hormonas del embarazo, produciéndose la contracción de vasos sanguíneos, cuando esta contracción cede, la sangre es expulsada, por lo que se inicia:
 El ciclo menstrual
 El ciclo ovariano
 La menstruación
 El ciclo hormonal
- A continuación se te presenten dos figuras del aparato reproductor masculino y femenino, identifica en cada una de ellas la parte que está señalada, con las opciones que se te dan.



- (A) Útero (B) Ovarios (C) Trompas de Falopio (D) Vagina



- (A) Testículo (B) Escrota (C) Pene (D) Próstata (E) Vesícula seminal (F) Conducto Eyectador

- 39.- El acto de expulsión del semen se le denomina coito
 Cierto Falso
- 40.- Entre los 13 y 20 años aproximadamente los hombres producen eyaculaciones durante el sueño, a esto se le llama:
 eyaculaciones nocturnas
 eyaculación precoz
 emisiones nocturnas
 emisiones de líquido seminal
- 41.- Para que exista el coito en una pareja el pene del hombre debe estar erecto
 Cierto Falso
- 42.- El orgasmo es cuando se obtiene el máximo placer en una relación sexual
 Cierto Falso
- 43.- El himen es una membrana que cubre la entrada de la mujer cuando es virgen
 Cierto Falso
- 44.- La masturbación es la forma usual de conducta autosexual
 Cierto Falso
- 45.- Una relación heterosexual es cuando una persona sostiene relaciones sexuales con otra persona del mismo sexo
 Cierto Falso
- 46.- Cuando un individuo sostiene relaciones sexuales con personas de ambos sexos se le llama:
 bisexual
 heterosexual
 homosexual
 autosexual

- 47.- Cuando un individuo sostiene relaciones sexuales con personas del mismo sexo es una relación:
- Bisexual
 - Heterosexual
 - Homosexual
 - Autosexual
- 48.- Cuando el hombre eyacula fuera de la vagina de la mujer para evitar embarazarla, se le denomina a este método anticonceptivo como:
- Eyectación precoz
 - D.I.U
 - Coitos interrumpidos
 - Eyectación interrumpida
- 49.- El método anticonceptivo que puede utilizar el hombre durante una relación sexual es la conoce como:
- D.I.U
 - Diafragma
 - Preservativo
 - Espermaticidas
- 50.- Una especie especial que mata a los espermatozoides, se otro método anticonceptivo que pueden utilizar los hombres.
- Cierto falso
- 51.- El condón es una delgada vaina de goma que se pone sobre al pene erecto y una vez que la pareja ha terminado el acto sexual, el hombre debe retirarse cuando su pene aún está erecto. Cierto falso
- 52.- Un aparato de goma que tiene la forma de la piel de media naranja, que se introduce en la vagina antes del acto sexual y cubre la entrada del útero; es otro método anticonceptivo denominado:
- Ritmo
 - Preservativo
 - Diafragma
 - D.I.U
- 53.- Otro método anticonceptivo, que es un pequeño artefacto de plástico recubierto de cobre que se coloca en el útero e impide que el óvulo se implante y se desarrolle se llama:
- Ritmo
 - Preservativo
 - Diafragma
 - D.I.U
- 54.- El método es el método anticonceptivo más seguro, donde la mujer debe evitar tener relaciones sexuales durante su período de ovulación.
- Cierto falso
- 55.- La píldora es otro método anticonceptivo, la cual debe tomarse con exactitud y bajo supervisión médica para que la mujer quede incapacitada para ovular, siendo así un anticonceptivo efectivo.
- Cierto falso
- 56.- Un método anticonceptivo definitivo en la mujer, en donde éste se hace unir los conductos que llevan a los óvulos se le llama:
- Vasectomía
 - D.I.U
 - Diafragma
 - Ligazón de trompas
- 57.- Un método anticonceptivo definitivo para el hombre, en donde éste se hace unir los conductos que transportan el esperma se le denomina:
- Vasectomía
 - D.I.U
 - Diafragma
 - Ligazón de trompas.

Enseñada encontraras una serie de afirmaciones acerca de la sexualidad, lee cuidadosamente cada afirmación y marca con una (X) solo una de las opciones

Las opciones son:

TA: Totalmente de Acuerdo

D: Desacuerdo

A: Acuerdo

TD: Totalmente en Desacuerdo

I: Indeciso

Ejemplo:

El buen juez por su casa empieza

TA A I D TD

Si se marca como en el ejemplo la opción "D", quiere decir que se está en desacuerdo con la afirmación.

- 1.- La virginidad es un valor muy importante en nuestra sociedad
() YA () A () SI () D () TD
- 2.- Es como que el adolescente tenga relaciones sexuales
() YA () A () SI () D () TD
- 3.- Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo
() YA () A () SI () D () TD
- 4.- Una mujer si lo desea puede quedar embarazada aún siendo soltera
() YA () A () SI () D () TD
- 5.- Las relaciones sexuales son para obtener placer
() YA () A () SI () D () TD
- 6.- Es necesario que los adolescentes tengan relaciones sexuales
() YA () A () SI () D () TD
- 7.- El aborto se debe de legalizar en México
() YA () A () SI () D () TD
- 8.- El uso de anticonceptivos propicia el libertinaje en los jóvenes
() YA () A () SI () D () TD
- 9.- Obtener placer de las relaciones sexuales es algo que debe evitarse
() YA () A () SI () D () TD
- 10.- Se debe evitar usar anticonceptivos en la rutina sexual
() YA () A () SI () D () TD
- 11.- Masturbarse es algo natural en los jóvenes
() YA () A () SI () D () TD
- 12.- Las mujeres deben de permanecer vírgenes hasta el matrimonio
() YA () A () SI () D () TD
- 13.- Divertirse durante las relaciones sexuales es algo inadmisibile
() YA () A () SI () D () TD
- 14.- Se debe evitar que se legalice el aborto en México
() YA () A () SI () D () TD
- 15.- Quedar embarazada siendo soltera es algo vergonzoso
() YA () A () SI () D () TD
- 16.- Los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que deseen sexualmente
() YA () A () SI () D () TD
- 17.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables
() YA () A () SI () D () TD
- 18.- Los jóvenes deben evitar la masturbación
() YA () A () SI () D () TD
- 19.- Si la pareja está de acuerdo puede tener relaciones sexuales orales
() YA () A () SI () D () TD
- 20.- Es perjudicial para los adolescentes tener relaciones sexuales
() YA () A () SI () D () TD
- 21.- Masturbarse es perjudicial para los adolescentes
() YA () A () SI () D () TD
- 22.- La pareja debe evitar las relaciones sexuales orales
() YA () A () SI () D () TD
- 23.- Es inaceptable que un individuo tenga relaciones sexuales con personas de ambos sexos.
() YA () A () SI () D () TD
- 24.- Es saludable que los adolescentes se masturben
() YA () A () SI () D () TD
- 25.- Los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales
() YA () A () SI () D () TD
- 26.- Una pareja puede tener relaciones sexuales antes de si lo decide
() YA () A () SI () D () TD
- 27.- Los jóvenes deben tener libertad en sus relaciones sexuales premaritales
() YA () A () SI () D () TD
- 28.- Se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usan anticonceptivos
() YA () A () SI () D () TD
- 29.- Los jóvenes deben de mantener en secreto sus relaciones sexuales premaritales
() YA () A () SI () D () TD
- 30.- El aborto es un crimen
() YA () A () SI () D () TD
- 31.- Una pareja debe casarse para poder tener relaciones sexuales
() YA () A () SI () D () TD
- 32.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio es una actitud vergonzosa
() YA () A () SI () D () TD
- 33.- ¿Has tenido relaciones sexuales? () SI () NO
- 34.- ¿Con que frecuencia tienes relaciones sexuales? _____
- 35.- ¿En las relaciones sexuales que has tenido ¿utilizas anticonceptivos? _____
- 36.- ¿Qué método anticonceptivo has utilizado con mayor frecuencia? _____

*A continuación se te presenta una serie de afirmaciones acerca del SIDA. Marca con una (X) la respuesta correcta;

- 1.- Los primeros casos reportados de SIDA datan de:
() 1971
() 1985
() 1981
() 1975
- 2.- El agente causal del SIDA es:
() JADN Virus
() VIH Virus
() Retrovirus (HTLV-1)
() Retrovirus (VIH)
- 3.- El virus de la inmunodeficiencia humana tiene especial predilección para invadir:
() Glóbulos rojos
() Glóbulos blancos
() Macrófagos
() Células del Sistema Nervioso Central
- 4.- Cuando el VIH se introduce en las células de los linfocitos T-4 ayuda a cumplir su función alertadora e inductora de todo el sistema de defensas.
() Cierto
() Falso
- 5.- El VIH tiene un método singular de reproducción denominado:
() Inversión
() Linfadenopatía
() Ser-conversión
() Replicación
- 6.- El SIDA empieza desde el momento en que se contrae la infección por el VIH.
() Cierto
() Falso
- 7.- A medida que progresa la infección por VIH van apareciendo en la sangre del individuo infectado los linfocitos T-4, por lo que la deficiencia se torna permanente y progresiva.
() Cierto
() Falso
- 8.- Al estado que precede al SIDA donde el individuo presenta anticuerpos contra el VIH, se le conoce como Complejo sintomático relacionado.
() Cierto
() Falso
- 9.- El SIDA constituye sólo la etapa final de la infección con el VIH.
() Cierto
() Falso
- 10.-El SIDA se caracteriza por el gran ataque al estado general del individuo, presentando diversas infecciones oportunistas y variadas que ponen en peligro la vida.
() Cierto
() Falso
- 11.-La causa directa de muerte de los enfermos de SIDA es el mismo padecimiento.
() Cierto
() Falso
- 12.-Los llamados "seropositivos" son los portadores sanos del VIH y son permanentemente infectantes.
() Cierto
() Falso
- 13.-La mayor concentración del VIH puede estar en la sangre, semen y líquido cefalorraquídeo.
() Cierto
() Falso
- 14.-La persona recién infectada con el VIH presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad.
() Cierto
() Falso
- 15.-El VIH se puede transmitir por el contacto casual con personas infectadas.
() Cierto
() Falso
- 16.-Una vía de contagio del VIH es el picado de insectos.
() Cierto
() Falso
- 17.-El VIH se puede transmitir por el trasplante de tejido y órganos postestantes a personas infectadas.
() Cierto
() Falso
- 18.- El Virus del SIDA se puede transmitir en las alfileras.
() Cierto
() Falso
- 19.-Un mecanismo importante para la transmisión del VIH es por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión o por agujas contaminadas.
() Cierto
() Falso
- 20.-La infección por el virus del SIDA se puede contraer en baños públicos.
() Cierto
() Falso
- 21.-Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA.
() Cierto
() Falso
- 22.-Existen pruebas concluyentes que el VIH se transmite con:
() La sangre y las lágrimas
() La sangre y el semen
() El semen y la orina
() La saliva y las lágrimas
- 23.-La vía de contagio más importante del VIH en relación con el número de casos es:
() Por las transfusiones sanguíneas con sangre contaminada
() A través del contacto casual con personas infectadas
() A través del contacto sexual con personas infectadas
() Mediante el trasplante de órganos infectados

- 24.-El período de incubación del VIH varía de:
- () 12 a 8 semanas
 - () 1 mes a 2 años
 - () 14 meses a 10 años
 - () 12 meses a 1 año
- 25.-La detección del VIH se hace a través de:
- () Un análisis de orina
 - () Una prueba de sangre
 - () Mediante orfías
 - () Ninguna de las anteriores
- 26.-Según los reportes de varios países, la mayor parte e incidencia de casos de SIDA queda comprendida entre:
- () 30 a 39 años
 - () 15 a 30 años
 - () 40 a 59 años
 - () 145 a 60 años
- 27.-Los grupos de mayor riesgo para contraer la infección por el VIH son:
- () Los Homosexuales
 - () Los Drogadictos
 - () Los Adolescentes
 - () Las Prostitutas
- 28.-El origen del SIDA fue en:
- () América
 - () África
 - () Europa
 - () Se desconoce
- 29.-En México hasta 1989 se habían reportado
- () 20 000 casos de SIDA
 - () 12 603 casos de SIDA
 - () 18 300 casos de SIDA
 - () 110 750 casos de SIDA
- 30.-Los grupos que deben someterse a la prueba de detección del VIH, para evitar la discriminación del virus del SIDA son:
- () La población en general incluyendo niños, homo,exclusiva y bisexuales
 - () Las mujeres embarazadas, homosexuales que tengan varios compañeros sexuales y personas que donen sangre
 - () Homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tengan múltiples compañeros sexuales, Prostitutas, Drogadictos, quienes hayan recibido transfusiones de sangre e hijos de personas pertenecientes a los grupos anteriores.
 - () Los hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales; así como los ancianos y las personas que donen sangre.
- 31.-El SIDA puede afectar a todos los individuos sin importar la edad o sexo
- () Cierto
 - () Falso
- 32.-El VIH es un virus muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente.
- () Cierto
 - () Falso
- 33.-Un síntoma en las personas de SIDA es el aumento de peso
- () Cierto
 - () Falso
- 34.-Las personas con SIDA padecen de fiebre continua
- () Cierto
 - () Falso
- 35.-La diarrea continua es un signo asociado al SIDA
- () Cierto
 - () Falso
- 36.-El VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección
- () Cierto
 - () Falso
- 37.-Las personas que donen sangre corren el riesgo de contraer el VIH, aún con medidas preventivas.
- () Cierto
 - () Falso
- 38.-Una persona "seropositiva" puede continuar con las mismas actividades que ha venido realizando en su vida, siempre y cuando tome las precauciones necesarias.
- () Cierto
 - () Falso
- 39.-Los condones son efectivos para prevenir el SIDA
- () Cierto
 - () Falso
- 40.-Las jeringas desechables y esterilizadas reducen la probabilidad de contagio del VIH.
- () Cierto
 - () Falso
- 41.-Tener relación sexual con la misma pareja una sola vez y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.
- () Cierto
 - () Falso
- 42.-Los preservativos y espermaticidas garantizan totalmente que no ocurra la infección por VIH durante las relaciones sexuales
- () Cierto
 - () Falso
- 43.-Limitar el número de compañeros (as) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH.
- () Cierto
 - () Falso
- 44.-Tener relaciones sexuales con personas que tienen una vida sexual promiscua, aumenta la probabilidad de contagio del VIH
- () Cierto
 - () Falso

- 45.- Se debe evitar el coito con prostitutas (os) o con desconocidos para disminuir el riesgo de infectarse con el VIH.
()Cierto ()Falso
- 46.- Tener relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuye la probabilidad de contagio del VIH.
()Cierto ()Falso
- *Para finalizar encontrarás una serie de afirmaciones acerca del SIDA; lee cuidadosamente cada afirmación y marca con una (X) sólo una de las opciones como anteriormente lo hiciste*.
- Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin temor al contagio del SIDA
()A ()B ()C ()D ()E
 - Una persona puede aprender a protegerse de la infección del VIH con la información proporcionada por la TV.
()A ()B ()C ()D ()E
 - Si tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH
()A ()B ()C ()D ()E
 - Si supiera que mi novio (a) está infectado (a) por el VIH lo apoyaría
()A ()B ()C ()D ()E
 - Hay una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA
()A ()B ()C ()D ()E
 - La Prostitución debe desaparecer para evitar que se difunda el VIH
()A ()B ()C ()D ()E
 - Es necesario que se realicen más campañas de información sobre SIDA para prevenir la enfermedad
()A ()B ()C ()D ()E
 - Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo de contraer la enfermedad
()A ()B ()C ()D ()E
 - Se debe evitar correr el riesgo de infectarse con el VIH usando siempre condón en las relaciones sexuales
()A ()B ()C ()D ()E
 - Si mi pareja sexual estuviera contagiada con el VIH lo apoyaría sin temor de contraer la enfermedad
()A ()B ()C ()D ()E
 - La homosexualidad es una conducta irresponsable que ayuda a que se transmita el SIDA
()A ()B ()C ()D ()E
 - La información que tengo sobre SIDA ha cambiado mi conducta sexual
()A ()B ()C ()D ()E
 - Si me enterara que un amigo mio tuviera SIDA lo rechazaría
()A ()B ()C ()D ()E
 - Todos los adolescentes deberían utilizar preservativos y espermatocidas en sus relaciones sexuales
()A ()B ()C ()D ()E
 - La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH
()A ()B ()C ()D ()E
 - Si un amigo mio tuviera SIDA lo preguntaría en secreto
()A ()B ()C ()D ()E
 - Los homosexuales deben desaparecer para evitar que se difunda el SIDA
()A ()B ()C ()D ()E
 - Me interesa buscar información sobre el SIDA
()A ()B ()C ()D ()E
 - La bisexualidad es una práctica sexual que si se lleva con responsabilidad evita que se difunda el SIDA
()A ()B ()C ()D ()E
 - En general los jóvenes tienen su primera experiencia sexual con parejas ocasionales
()A ()B ()C ()D ()E
 - Si mi novio (a) estuviera infectado (a) con el VIH, tendría relaciones sexuales con ella (él), con las precauciones necesarias
()A ()B ()C ()D ()E
 - Se deben mantener aliados a los enfermos de SIDA para evitar que se difunda la enfermedad
()A ()B ()C ()D ()E
 - De nada sirven las campañas de información sobre el SIDA
()A ()B ()C ()D ()E
 - La Prostitución debe llevarse con libertad para evitar que se difunda el VIH
()A ()B ()C ()D ()E
 - Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se quiere prevenir del contagio del SIDA
()A ()B ()C ()D ()E
 - La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del VIH
()A ()B ()C ()D ()E