

881325

3

2123
704



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
PLANTEL LOMAS VERDES

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO.
NUMERO DE INCORPORACION 8813-25

RELACION ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ACERCA
DEL SIDA EN ADOLESCENTES DE NIVEL MEDIO- SUPERIOR
DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N

LINDA IRIS CORTES ARIZPE
ROSALBA GEORGINA NOGUEIRA PARRODI

DIRECTOR DE TESIS: LIC. LEOPOLDO BERMUDEZ BUCIO

REVISOR DE TESIS: LIC. MARIA ANGELINA AGUILERA GOMEZ



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.

**A todas las personas que
colaboraron y apoyaron
la realización de este
trabajo.**

"Muchas gracias"

**Ya que sin ustedes no
hubiera sido posible.**

Rosalba y Linda

INDICE

INTRODUCCIÓN	I
--------------	---

CAPITULO I

SIDA. GENERALIDADES	1
1.1- Definición	1
1.2- Antecedentes	2
1.3- Investigaciones de laboratorio acerca del SIDA	5
1.4- Etiología	6
1.5- Evolución de la enfermedad	8
1.6- Mecanismos de transmisión	10
1.7- Epidemiología	13
1.8- Diagnóstico, pronóstico y tratamiento	20
1.8.1 El Diagnóstico de SIDA	20
1.8.2 El Pronóstico	21
1.8.3 El Tratamiento del SIDA	23

CAPITULO II

ADOLESCENCIA. GENERALIDADES	24
2.1- Definición	24
2.2- Puntos de referencia en el estudio de la Adolescencia	26
2.3- Teorías de la Adolescencia	28
2.3.1 Sigmund Freud	28
2.3.2 Alfred Adler	31
2.3.3 Erik Erikson	33
2.3.4 Jan Piaget	36
2.4- Desarrollo sexual en el Adolescente	41
2.4.1 Cambios físicos	42
2.4.2 Cambios psicológicos	44
2.5- Comportamiento sexual en el Adolescente	48

CAPITULO III

ACTITUDES	52
3.1- Definiciones de actitud	53
3.2- Actitudes hacia el sexo	55
3.3- Ambiente, cambio y conflictos	56
3.4- Actitudes del Adolescente, ante el SIDA	61
3.5- Efectos de la conducta sobre la actitud	64
3.6- Teoría de la disonancia cognoscitiva	65

CAPITULO IV

METODOLOGÍA	67
4.1- Planteamiento del problema	67
4.2- Hipótesis	67
4.3- Variables	68
4.4- Diseño	69
4.5- Sujetos	70
4.6- Escenario	70
4.7- Material	70
4.8- Cuestionario	72
4.9- Plantilla de respuestas	79
4.10- Procedimiento	80

ANEXO A

PRUEBA PILOTO DE ESCALA DE MEDICION

1.- Estructura de la prueba	81
2.- Muestra y aplicación	81
3.- Reactivos de conocimientos	82
4.- Reactivos de actitud	83
5.- Comportamiento de la muestra	84
6.- Gráficas	85

RESULTADOS	90
1.- Gráficas	93

CONCLUSIONES	113
---------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA	117
---------------------	------------

INTRODUCCION

A partir de 1981 se ha venido estudiando una nueva enfermedad que ataca al sistema inmunológico humano, provocada por el virus VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), llamada SIDA. Su propagación en los últimos años ha ido aumentando de manera crítica, por lo que se puede afirmar que se ha convertido en una pandemia. Dicha enfermedad no produce una sintomatología obvia en su etapa inicial, por lo cual la única forma de evitar el contagio es modificando el comportamiento de la población por medio de programas de prevención hasta que no se encuentre una cura o vacuna.

En todo el mundo el SIDA se ha convertido en un problema de salud, y en México las perspectivas de transmisión de la enfermedad presenta también un panorama oscuro.

Los medios de transmisión de esta enfermedad son muy variables, puede pasar de un ser humano a otro cuando existen intercambios de líquidos corporales tales como la sangre, el semen, secreciones vaginales y la leche materna a partir de un individuo infectado. Por lo tanto, la educación sexual ocupa un punto determinante para evitar la transmisión de esta enfermedad, en donde los adolescentes son considerados como un público clave, ya que se encuentran en un período en el cual la tensión sexual se ubica en niveles muy altos debido a la gran cantidad de hormonas que se liberan.

Por la falta de educación sobre los procesos de desarrollo y crecimiento, se crea una ignorancia por la poca comprensión que tienen los adolescentes de su propia impulsividad, muchas veces dejándose guiar por la orientación que reciben de otros miembros de su comunidad, amigos, familiares y estímulos medio ambientales como el cine la televisión y algunas publicaciones.

INTRODUCCION

El proceso educativo requiere conocimientos que permitan la modificación de actitudes y prácticas; el objetivo de modificar los hábitos sexuales, que disminuyan la transmisión del VIH es una tarea compleja.

Este trabajo justificará la creación de una campaña preventiva contra el SIDA, haciendo el análisis a un grupo de adolescentes, estudiantes de preparatoria, considerando que durante esta etapa se inicia generalmente la actividad sexual; por lo que consideramos importante darles información a este respecto.

SIDA. GENERALIDADES

1.1.- DEFINICIÓN

El Dr. Stanislawo Stanislawski, 1989, menciona que el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es una enfermedad infecto-contagiosa, debido a un retrovirus conocido como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual ataca y destruye diversas células provocando con ello una amplia gama de problemas clínicos que van desde una afección asintomática hasta el SIDA mismo. El SIDA puede presentarse años y probablemente decenios después de la infección inicial por el VIH. La enfermedad presenta una amplia gama de manifestaciones clínicas, lo que permite su clasificación en :

- 1) transmisión por el VIH,
- 2) seroconversión, infectado e infectante,
- 3) infección aguda,
- 4) linfadenopatía generalizada persistente,
- 5) enfermedad constitucional o complejo relacionado con el SIDA (ARC).
- 6) inmunodeficiencia con infección y/o neoplasia secundaria.

A todas las infecciones que se encuentran relacionadas con el SIDA se les clasifica de oportunistas, es decir, que aprovechan la disminución de las defensas para manifestarse. También puede tratarse de ciertos gérmenes que, en condiciones normales, no engendran sino enfermedades benignas pero que, en combinación con el SIDA, provocan una enfermedad más grave o más prolongada.

1.2.- ANTECEDENTES

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es la más reciente de las enfermedades infecciosas descritas y a partir de los primeros casos reportados, ha adquirido mundialmente el carácter de epidemia.

En el año de 1975 se descubrieron los primeros casos de asociación entre la enfermedad de Kaposi y un cáncer de los glóbulos blancos llamado linfoma. Se sabe que estos linfomas producen déficit del sistema de inmunidad debido al daño que causan a ciertos glóbulos blancos.

En Estados Unidos, la aparición del sarcoma de Kaposi en un joven homosexual fue sorprendente, ya que este solo había aparecido en sujetos de más de sesenta años de edad, originarios de Europa Central.

A partir de finales de 1980 el censo de los casos del Sarcoma de Kaposi mostró un aumento en hombres jóvenes homosexuales.

Durante un breve lapso se bautizó con el nombre de "Síndrome Gay" a las manifestaciones clínicas del Sarcoma de Kaposi y de la neumocistosis. Dichas manifestaciones hicieron pensar a los médicos que en el fondo de estos casos hubiese una deficiencia de la inmunidad. Los primeros enfermos mostraron un daño causado a ciertos glóbulos blancos, los linfocitos T, que son el soporte de la inmunidad celular. Entonces la enfermedad adquirió un nuevo nombre durante algún tiempo, el de GRID (Gay related immuno-deficiency): inmunodeficiencia relacionada con los Gay. (CONASIDA, 1989)

Inicialmente se pensó que esta enfermedad se debía al efecto de ciertos estimulantes (poppers), utilizados comúnmente por los homosexuales, los cuales poseen ciertas propiedades de relajamiento de las fibras musculares lisas y, por consiguiente, permite ciertas prácticas homosexuales -en particular anales- que de otra manera resultarían imposibles.

A partir del verano de 1981 se observó que si bien los homosexuales seguían siendo la "población" mayoritaria, también había otros individuos afectados: toxicómanos y una mujer. El calificativo Gay se retiró en ese momento de la denominación de todas estas patologías, a las cuales se les asignó el nombre de AIDS (Acquired Immuno-Deficiency Syndrome), en español SIDA.

En el mismo año se empezó a sospechar la presencia del SIDA en Europa, entre los enfermos de origen africano, encontrándose la mayor proporción en Bélgica, en donde sobre todo se trata de enfermos procedentes de Zaire. Fue así como se descubrió uno de los focos mundiales del SIDA, África Central, gracias a los

trabajos del Profesor J. Sonnet, médico especializado en SIDA en el hospital Saint Luc en Bruselas, junto con N. Clumeck.

El virus del VIH se aisló a partir de enfermos de origen africano hospitalizados en Portugal y París a causa del SIDA, en los cuales se encontraron propiedades inmunológicas semejantes a las del mono verde. El SIV es el virus de la Inmunodeficiencia del Simio que infecta a los monos verdes de África sin provocar en ellos la enfermedad, descubierto en 1985 por Essex y Kanki. (Encinas, 1989). Los grupos de investigación han seguido posibles rutas desde estos monos hacia el humano, surgiendo las siguientes hipótesis:

- 1) Se ha llegado a pensar que el hombre llegó a exponerse a las mordeduras del mono verde en África durante la tala de los bosques y a partir de esos lugares pudo diseminarse siguiendo movimientos migratorios.
- 2) Los nativos comen carne de mono: al destazar la carne, podría tener lugar una contaminación a través de la sangre y el virus podría infectar al hombre.
- 3) Se ha manejado también que el hombre pudo haberse infectado a partir de una práctica sexual con el mono considerándolo como otro de los mecanismos de infección.

El SIDA en África se caracteriza por un adelgazamiento extremado, una pérdida de mas del 10% del peso corporal normal acompañado de diarreas crónicas, de fiebre y de fatiga.

Los grupos de riesgo censados en Estados Unidos o Europa son diferentes a los de África, siendo los primeros homosexuales o bisexuales del sexo masculino, drogadictos que se inyectan por vía intravenosa, hemofílicos, mujeres que son parejas sexuales de individuos con antecedentes y los hijos de estos. Entre los enfermos africanos hay tantas mujeres como hombres con una edad promedio de 34 años.

1.3.- INVESTIGACIONES DE LABORATORIO ACERCA DEL SIDA.

Gallo del Instituto Nacional del Cáncer (INC) de Estados Unidos, en 1980, señaló que el SIDA podría deberse a un agente infeccioso viral relacionado con los HTLV. Esta era infecciosa por ser transmisible por la sangre y sugirió que estaba emparentado con los HTLV dado que el agente causal del SIDA dañaba a la misma población celular que los HTLV. Posteriormente un grupo de investigadores franceses dirigidos por el Dr. Luc Montagnier del Instituto Pasteur de París, demostró que el agente causal del SIDA era un virus.

En 1982, Gallo y su grupo descubrieron el segundo retrovirus que, al igual que el primero, también produce leucemia. En consecuencia debieron identificar los retrovirus de la siguiente forma: HTLV-I y HTLV-II.

En 1983, el Dr. Luc Montagnier y su grupo de colaboradores señalaron haber identificado un retrovirus en el ganglio de un paciente con cuadro clínico previo al SIDA, al cual denominaron LAV, pero sin poder determinar su relación con el agente causal del SIDA.

En 1983-1984, el Dr. Gallo y col. hacen el descubrimiento del agente causal del SIDA, el HTLV-III; logrando esto debido a que desarrollaron una línea de células que era capaz de ser infectada por el virus sin ser destruida y que permitía la replicación viral durante mucho tiempo. Este hallazgo ha permitido obtener grandes cantidades del virus para su estudio y para la fabricación de la prueba de laboratorio que permite detectar a los individuos afectados por dicho virus.

En San Francisco en 1984, Levy y col. aislaron al agente causal del SIDA, al cual denominaron virus asociado al SIDA.

En mayo de 1986 el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus, recomendó que el agente causal del SIDA se le denominara Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), señalando con ello la acción del virus y su huésped específico.

1.4.-ETIOLOGÍA.

El signo característico del SIDA es un deterioro profundo en la inmunidad celular que ocasiona infecciones graves oportunistas (enfermedades causadas por microorganismos habitualmente presentes en los individuos y que producen enfermedad grave ó mortalidad en aquellos que cursan con deficiencia inmunológica) y el Sarcoma de Kaposi (tumor maligno formado por células que semejan tejido conjuntivo embrionario; afecta principalmente a la piel). La causa del deterioro inmunitario es específico.

No se sabe cuales mecanismos son los que intervienen en la génesis del Sarcoma de Kaposi, en algunos sujetos con SIDA. La neoplasia aparece con frecuencia mucho mayor en homosexuales con SIDA que en heterosexuales y otros grupos de riesgo.

Neoplasia: Se refiere a un tumor nuevo, que se forma en una parte cualquiera del cuerpo y cuyos elementos substituyen a los tejidos normales, destruyéndolos; tienen vida independiente y no realiza ninguna función orgánica (Robert Gallo, 1991).

El virus, independientemente del mecanismo de transmisión entre humanos, una vez en el organismo puede tener comportamientos variables pero se sabe que finalmente afecta destruyendo los linfocitos T.

El subgrupo T4 de los linfocitos es el encargado de la inducción o concentración de casi toda la respuesta inmunitaria, y por ello, el deterioro selectivo en sus células ocasiona defectos globales en diversos componentes de la inmunidad.

El virus VIH ocasiona muy diversas enfermedades clínicas por lo que los enfermos pueden tener una o más complicaciones por el deterioro de la inmunidad.

5.- EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

1) **Transmisión del VIH:** La enfermedad se transmite por las siguientes vías: sexual, sanguínea y perinatal (seroconversión, infectado e infectante). En la actualidad la detección de anticuerpos es la forma más práctica de detectar cuando un sujeto ha tenido contacto con el virus.

2) El tiempo que transcurre para la formación de anticuerpos se considera que oscila entre 6 y 8 semanas, aunque puede ser variable. Los sujetos con anticuerpos se consideran infectados o infectantes, sin que hayan manifestado ninguna enfermedad y son llamados "Seropositivos".

3) **Infección Aguda:** Poco tiempo después que se ha tenido contacto con el VIH es posible que se presente un síndrome inespecífico similar al de la mononucleosis infecciosa que corresponde a la infección primaria y que requiere que se demuestre que el sujeto se ha seroconvertido para considerarlo en este grupo. Se caracteriza por:

- a) **Fiebre.**-Aumento de la frecuencia del pulso del calor en todo el cuerpo.
- b) **Escalofrío.**- Indisposición genreal del cuerpo que a un tiempo se siente calor y frío.
- c) **Mialgias.**- Dolor localizado en los músculos.
- d) **Erupción.**- Aparición en la piel de granos, manchas o vesículas.
- e) **Urticaria.**- Enfermedad eruptiva de la piel.
- f) **Cólicos abdominales.**- Enfermedad de los intestinos caracterizada por dolor agudo exacerbante.

g) **Diarrea.-**Síntoma morbosos que consiste en evacuaciones de vientres líquidas y frecuentes.

4) **Linfadenopatía generalizada persistente:** Las personas en este grupo presentan crecimientos ganglionares mayores de 1 cm, en dos o más sitios, excluyendo las regiones inguinales, con duración mayor de 3 meses.

5) **La enfermedad constitucional o Complejo relacionado con el SIDA (ARC):** aquellos enfermos que presentan sintomatología inespecífica: fiebre y/o diarreas persistentes por más de un mes, pérdida de peso involuntaria mayor del 10%, en ausencia de algún otro padecimiento que lo explique, sudores nocturnos y anomalías inmunológicas. Se calcula que en promedio, el 25% de los sujetos con ARC mostraron enfermedad totalmente desarrollada en término de 3 años. Sin embargo, el propio complejo puede ser muy grave, un gran número de personas ha muerto por presentar el complejo, sin haber evolucionado al cuadro florido del SIDA, propiamente dicho.

6) **Inmunodeficiencia con infección y/o neoplasia secundaria:** Este grupo es el que tradicionalmente se ha considerado como enfermo de SIDA.

La manifestación principal es un padecimiento infeccioso o neoplasia que indica que hay inmunodeficiencia celular en ausencia de alguna otra enfermedad que la justifique (como desnutrición, neoplasia, tuberculosis).

Las personas con el síndrome totalmente desarrollado, muestran alguno de los cuadros patológicos que existen y que son varios. Generalmente son atacadas por enfermedades oportunistas como el Sarcoma de Kaposi o la Pneumocystis Carinni. Pero no es raro que un sujeto muestre simultáneamente infección por varios oportunistas y causar otros trastornos. (Barrera Gabriel, 1990).

1.6.- MECANISMOS DE TRANSMISIÓN.

El agente causal del SIDA, el VIH, se encuentra prácticamente en todos los líquidos corporales, desde la sangre hasta las secreciones y excreciones: leche materna, semen, sudor, saliva, flujo vaginal, lágrimas, líquido cefalorraquídeo, orina y materia fecal.

El blanco del virus son los linfocitos cooperadores, de manera que por ser infeccioso, el virus debe franquear la barrera sanguínea. En consecuencia, el SIDA puede transmitirse de múltiples maneras:

La vía sanguínea:

Se han reconocido incontables casos de SIDA entre las personas que han recibido transfusiones de sangre contaminada. Esta causa ha desaparecido por completo desde la detección de los donadores de sangre y eliminación de las donaciones infectadas por el virus VIH.

Otra demostración del paso del virus por la vía sanguínea es el incremento en el porcentaje de toxicómanos seropositivos, debido al abuso de drogas inyectables por vía intravenosa. El intercambio de agujas contaminadas por el uso entre los grupos de drogadictos asegura la transmisión del virus.

La transmisión accidental del virus después de una inyección con sangre contaminada entre el personal hospitalario es sumamente raro. Esto quizá se explica por el hecho de que el virus necesita franquear la barrera vascular y adentrarse en la circulación sanguínea para ser infeccioso, o bien, a que no había una cantidad suficiente de virus.

La vía sexual:

Puede transmitirse el VIH por medio del semen o las secreciones vaginales contaminadas en presencia de cualquier escoriación en las mucosas, reciente o antigua.

Se ha demostrado transmisión del virus, por contacto sexual de hombre a hombre, de hombre a mujer y de mujer a hombre, aunque existen prácticas con mayor riesgo que otras:

- Coito rectal: Las relaciones sexuales con mayor riesgo de transmisión del VIH, son aquellas en donde el pene penetra en el recto del compañero (a).

- Coito vaginal: La transmisión del VIH es menos efectiva que en la rectal. Diversos estudios parecen indicar que existe mayor riesgo de transmisión de hombre a mujer que de mujer a hombre, posiblemente a que el semen es más rico en partículas virales que las secreciones vaginales y cervicales.

- Sexo oral: Es difícil de determinar el contagio del VIH por esta vía, ya que generalmente, el contacto físico culmina en el coito vaginal o rectal.

La frecuencia de las relaciones sexuales con una persona contaminada, o con numerosas parejas sexuales, es un factor que favorece la transmisión del virus.

Transmisión por vía placentaria:

La mayoría de los niños nacidos de una madre seropositiva presentan, en el momento del nacimiento, ciertos anticuerpos dirigidos contra el virus, y también el virus mismo. Una gran mayoría de esos recién nacidos desarrollarán un SIDA. Se piensa que esta transmisión del virus tiene lugar en el momento del parto mediante una transmisión sanguínea. También es posible que esta transmisión se de en el útero, sobre todo durante los últimos meses del embarazo. Sin embargo, no es posible excluir la posibilidad de una contaminación de esos embriones a través de hemorragias maternas intraplacentarias, que también pueden contaminar al niño.

Transmisión por ingestión de leche materna contaminada:

La leche materna debe considerarse como uno de los medios de contaminación del VIH del recién nacido, ya que el virus puede encontrarse en esta, el bebé al ingerirla puede quedar contaminado. Por lo tanto, se recomienda a las madres seropositivas no alimentar al bebé con su leche contaminada.

No hay posibilidad de una transmisión por otra vía que no sea la sexual o la sanguínea. Por lo tanto el trato con los seropositivos debe ser como el que se tiene con una persona normal.

1.7.- EPIDEMIOLOGÍA.

Es un hecho indiscutible que el número real de los pacientes infectados con el VIH es muy difícil de conocer y mucho mayor es la dificultad para establecer cuantos pacientes padecen del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debido, fundamentalmente, a que esta enfermedad es comúnmente conocida como venérea, propia de los homosexuales y, por lo tanto, vergonzante. Estas razones impiden que los pacientes se presenten a los servicios de salud y, en consecuencia, se descubran cuando el mal ha avanzado o bien cuando ha fallecido, dejando una estela de contaminación, por ignorancia. (Encinas, 1989). Además la pobre información o divulgación favorece la falta en la recopilación de la casuística sobre el SIDA, así como su diseminación.

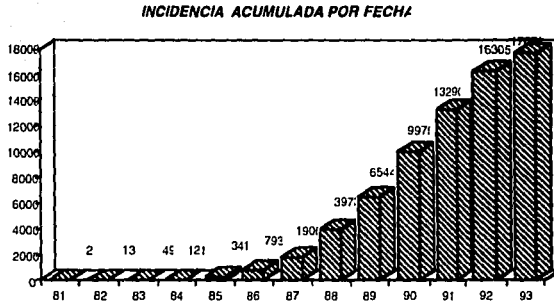
Los siguientes datos demuestran la situación y evolución alarmante de este padecimiento tomándose en cuenta que se esta cumpliendo apenas una década del conocimiento del problema desde la información de los primeros casos (CONASIDA, 1994).

Para 1993 se reportaron más de 158 países en todo el mundo con casos de SIDA y que provenían de cualquiera de los cinco continentes en el siguiente orden de frecuencia:

- 1o.- América con 435,978 casos
- 2o.- África con 301,861 casos
- 3o.- Europa con 103,402 casos
- 4o.- Asia con 5,559 casos
- 4o.- Oceanía con 4,828 casos

Hasta el 31 de diciembre de 1993 habían registrados 851,628 casos de SIDA en todo el mundo.

Ocupando Estados Unidos el primer lugar en América con 339,250 casos, seguido de Brasil con 43,455, mientras que Tanzania ocupa el tercer lugar en el mundo con 38,719. México ocupa el noveno lugar (World Health Organization, Geneva 1994).



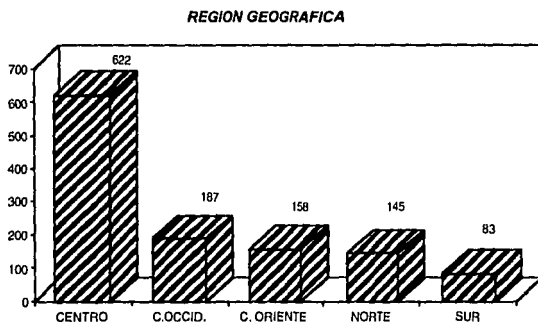
En México hasta esta fecha se habían registrado 16,091 casos, ocupando el Distrito Federal el primer lugar (CONASIDA, 1994).

Durante el mes de enero, el Distrito Federal y los Estados de Nuevo León, Jalisco, Puebla y Veracruz notificaron en conjunto el 65.6% de los casos. Al comparar los casos en enero de 1992 y 1994, se aprecia que en diez y seis estados el número de casos notificados en 1994 es mayor al notificado en 1992, en once estados es menor y cinco entidades permanecieron sin cambio.

Del total de casos, 9,955 (56.3%) se acumulan en el Distrito Federal, México y Jalisco.

Las mayores tasas de incidencia por millón de habitantes se encuentran en el Distrito Federal (622 casos); Jalisco (392 casos) y Morelos (345 casos). Las entidades con menor incidencia son: Chiapas, Zacatecas, Hidalgo, Tabasco y Guanajuato.

Las entidades con mayor razón de tasas por habitante son: el Distrito Federal en donde uno de cada 1,607 habitantes tienen SIDA o ha fallecido por este padecimiento, en el estado de Jalisco uno de cada 2,552 habitantes y en el estado de Morelos uno de cada 2,889. En estados fronterizos con Estados Unidos se supone una incidencia alta.

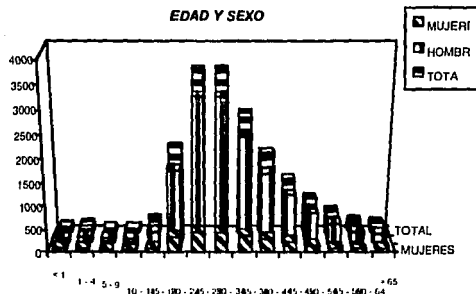


* TASA POR 1 000,000 HABITANTES

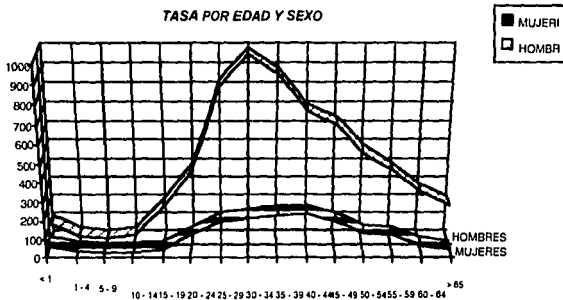
Durante los meses de enero de 1992, 1993 y 1994 la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 44 años, de ellos el 77.1% y el 85.9% de los casos correspondió a hombres. De los casos acumulados la mayor proporción se ubica de 25 a 34 años con 40.2%, en el 35 a 39 años 14.9%; en el de 20 a 24 años 10.7%; en el de 40 a 44 años 10.0% y el 24.2% restante se distribuye en los otros grupos etáreos.

Los hombres son seis veces más afectados que las mujeres, uno de cada 1,040 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad en comparación a una de cada 7,600 mujeres de este mismo grupo; en el grupo de 35 a 39 años uno de cada 1,150 hombres se ha visto afectado en comparación con una de cada 7,470 mujeres; en el grupo de 25 a 29 años uno de cada 1,270 hombres en comparación con una de cada 9,740 mujeres.

La razón de hombre/mujer es diferente según los grupos de edad, para los grupos más afectados (25 a 39 años) esta razón varía entre 6 y 7 hombres por cada mujer afectada, mientras que esta relación es de 2:1 en el grupo de menores de 10 años. (CONASIDA 1994).



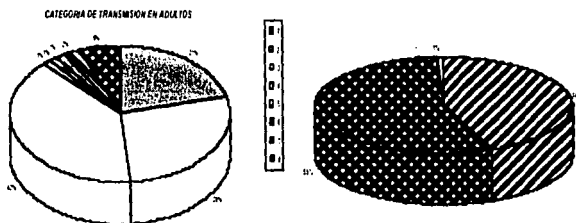
De acuerdo a la distribución por rama de ocupación y sexo, la tasa más alta por millón de habitantes se presenta en los trabajadores de los servicios públicos con 1,872, para este rubro de ocupación existen 20 casos de SIDA en hombres por cada caso en mujeres.



Tasa por 1 000,000 de habitantes

La segunda tasa de incidencia corresponde a los trabajadores del arte y los espectáculos con 1,846 casos por millón de habitantes, con una razón hombre/mujer de 92:1; los profesionales ocupan el tercer lugar con 1,730 casos por millón de habitantes, en este grupo la relación por sexo es de una mujer afectada por cada 54 hombres.

CATEGORIA DE TRANSMISION EN ADULTOS



- 1- Transmisión sanguínea
- 2.- Homosexuales
- 3.- Bisexuales
- 4.- Heterosexuales
- 5.- Otras causas

Se calcula que por cada caso conocido hay por lo menos de 28 a 80 infectados que se desconocen y que pueden ignorar encontrarse en esta situación, hecho que representa un riesgo para la transmisión potencial.

Siguiendo el mecanismo de transmisión se observa que la relación sexual ocupa el primer lugar, seguida de la debida a la transfusión y al uso de drogas intravenosas.

1.8.- DIAGNOSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.

1.8.1 El DIAGNOSTICO de SIDA totalmente desarrollado se basa en la presencia de complicaciones secundarias, definidas en forma empírica, del efecto inmunitario. Se cuenta con una técnica de inmunosorbente acoplada a enzimas, muy sensible y de fácil práctica llamada prueba de ELISA, para detectar anticuerpos contra el VIH.

La presencia de anticuerpos al virus no indica que una persona tenga SIDA, simplemente indica que ha estado expuesto, infectado, o ambas cosas, al virus del SIDA.

Existen otras pruebas que se pueden efectuar para detectar el virus del SIDA en el organismo como son:

- 1) Prueba de Wester Blot
- 2) Prueba de antígenos circulantes virales
- 3) Cultivo del virus VIH

Cuando la prueba de ELISA resulta positiva entonces se realiza la de Wester Blot para confirmar el diagnóstico. Estas dos pruebas son las más utilizadas.

Es importante mencionar que la prueba puede ser positiva y por lo tanto indicar infección por el virus VIH aún en individuos que no han desarrollado síntomas.

También debe señalarse la importancia de que una prueba negativa en el momento del examen no descarta la infección en vista de que la positividad a la prueba puede ocurrir más tarde. Por ello se indica a aquellas personas que se han considerado en riesgo de haberse infectado, someterse a revisiones médicas frecuentes y realizar la prueba cada 6 meses, aún cuando no presente ningún síntoma de enfermedad.

1.8.2 El PRONÓSTICO de los individuos infectados puede depender especialmente de sus hábitos, de la responsabilidad que tengan consigo mismos en el cuidado general, de que sean atendidos oportunamente para su asesoramiento y tratamiento que es del todo multidisciplinario.(CONASIDA, 1990).

La aumento de las personas infectadas es variable ya que puede evolucionar rápidamente a la fase de enfermedades oportunistas y/o al SIDA, sobre todo si se agregan factores coadyuvantes. Cabe hacer notar que la depresión y el abandono o las conductas incluso suicidas al saberse infectados ensombrecen aún más el pronóstico.

El alcoholismo también lo agrava, se calcula que de la infección al desarrollo del SIDA pueden pasar en promedio tres años, pero también se sabe que hay evoluciones letales en períodos muy cortos como es el caso del SIDA perinatal, del recién nacido o del lactante así como el llamado síndrome retroviral agudo que se adquiere con la inoculación del virus en objeto punzo cortantes altamente contaminados con evolución grave en días o semanas.

En el embarazo también se puede desencadenar SIDA. Sin embargo hay personas que se mantienen seropositivas por varios años al extremo de 10 años o más que aún no han desarrollado el cuadro florido de SIDA. Todavía no se sabe porque algunas personas con resultados positivos en las pruebas no han desarrollado la enfermedad. Tampoco se puede afirmar que ellas finalmente no la lleguen a desarrollar al paso del tiempo.

En base a algunas investigaciones epidemiológicas en San Francisco California, se ha podido analizar el periodo transcurrido entre la infección por el virus VIH y el inicio de la enfermedad en adultos.

Así se ha calculado lo siguiente: (Barrera Gabriel, 1990).

El 25% de los infectados desarrollan SIDA en los 2 primeros años

10% a los 5 años

23% a los 6 años

37% a los 8 años

5% después de los 10 años de infección

De esto se desprende que aproximadamente el 50% de individuos infectados desarrollan SIDA en los primeros 10 años.

En países desarrollados y a la luz de los conocimientos actuales, las diferentes casuísticas indican que después de 6 años, el 15% de los individuos seropositivos desarrollan SIDA, el 27% linfadenopatía (crecimiento ganglionar generalizado), el

24% alteraciones hematológicas y el 39% permanecerán sin datos anormales en un examen clínico, es decir, pueden parecer sanos.

Del total de los casos, 9,608 han fallecido y corresponden al 54.3%, continúan vivos 6,575 (37.2%) y se desconoce la evolución del 8.5% (1,495). (CONASIDA, 1994).

1.8.3 EL TRATAMIENTO del SIDA asume tres formas:

- 1) Combatir las complicaciones secundarias como serían las enfermedades oportunistas y las neoplasias.
- 2) Combatir la infección del VIH y
- 3) Mejorar o reconstruir el sistema deficiente de inmunidad.

Aún no existe algún tratamiento eficaz para la eliminación de la enfermedad, únicamente se trata de disminuir los síntomas de las enfermedades oportunistas que atacan al paciente terminal o con SIDA propiamente dicho. Por lo tanto, la única forma de tratamiento sería la prevención, porque no existe cura, educando a los sujetos a tener prácticas sexuales con precaución, utilizando el condón y con una sola pareja sexual.

CAPITULO II**ADOLESCENCIA. GENERALIDADES.**

Numerosos autores se han dedicado a lo largo de la historia a estudiar el tema de la adolescencia, ya que se trata de un tema sumamente complejo. Los registros escritos de este interés se remontan hasta los primeros días de la historia escrita y continúa hasta nuestros días. Antes de la última parte del siglo XIX los mejores estudios sistemáticos acerca de la adolescencia se encontraban principalmente entre los estudios de filósofos y educadores, entre los que destacan Platón, Francke, Froebel, Rousseau y Pestalozzi. Sin embargo, para los fines de este estudio, únicamente nos abocaremos a mencionar los trabajos del último siglo.

2.1.- DEFINICIÓN.

Desde el punto de vista de la biología, la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. Por lo general a esto se le conoce como el inicio de la pubertad, pero en realidad este período principia con la acción de las hormonas sexuales que producen la aparición de las características sexuales secundarias. (Horrocks, 1984).

De modo convencional se considera a la adolescencia como el período de transición de los seres humanos, de la niñez a la edad adulta. Se caracteriza por rápidos y diversos cambios que acuden en forma dinámica. Comprende cambios

físicos y emocionales fundamentales que crean las características de la vida adulta ulterior; es un período en el que se establecen los rasgos de personalidad.

Etimológicamente, la palabra adolescencia viene del latín *adolescere*, que significa crecer; pubertad tiene su origen del también latín *pubertas*, que quiere decir apto para la reproducción. La pubertad está comprendida dentro de la adolescencia que engloba lo biológico, lo psicológico y lo social. (Horrocks, 1984).

Así pues, podemos definir a la adolescencia como el período de la vida que se inicia con la pubertad y se extiende hacia los 18-20 años, cuando el desarrollo llega a su término.

Desde el punto de vista psicosocial, lo que caracteriza a la adolescencia, en contraste con otras épocas aquiescentes de la vida, es el cambio, la transformación de la personalidad en su núcleo profundo. Este cambio ocurre en respuesta a nuevas urgencias biológicas y nuevas demandas sociales. (de la fuente, R 1986).

Hay quien opina que se sabe cuando empieza la adolescencia pero no cuando termina. Esto en parte es razonable, pues debemos tomar en cuenta que la adolescencia no solo comprende la pubertad que incluye los cambios genitales y otros caracteres biológicos, sino que abarca transformaciones psicológicas y sociales.

Con objeto de lograr un mayor entendimiento de esta etapa, dividiremos los eventos que ocurren en la adolescencia; sin embargo no hay que olvidar que todos aparecen al mismo tiempo, se mezclan entre sí, se estimulan o se inhiben entre sí.

La adolescencia debe ser considerada en función de su estructura y en términos de la conducta bajo condiciones culturales y tiempos históricos que están en constante cambio. El impacto de la adolescencia y los efectos del mismo varían de una persona a otra, de una familia a otra, de un país a otro, de una cultura a otra, y de una generación a otra. Los adolescentes son producto de su época y su cultura, así como de su pasado y su presente psicológico y su ambiente físico. (Grinder, 1976).

2.2. - PUNTOS DE REFERENCIA EN EL ESTUDIO DE LA ADOLESCENCIA.

En general, son seis los puntos de referencia más importantes desde los cuales se considera el crecimiento y desarrollo del adolescente. (Horrocks, 1984).

2.2.1.- La adolescencia es una época en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos ramificados del yo en comparación con la realidad y trabaja gradualmente hacia la autoestabilización que caracteriza su vida adulta. Durante este período, el joven aprende el rol personal y social que con más probabilidad se ajustará a su concepto de sí mismo, así como a su concepto de los demás.

2.2.2.- Es una época de búsqueda de estatus como individuo; la sumisión infantil tiende a emanciparse de la autoridad paterna y, por lo general, existe una tendencia a luchar contra aquellas relaciones en las que el adolescente queda subordinado debido a su inferioridad en edad, experiencia y habilidades. Es el período en el que surgen y se desarrollan los intereses vocacionales y se lucha por la independencia económica.

2.2.3.- Es una etapa en la que las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia. En general, el adolescente está muy ansioso por lograr un estatus entre los de su edad y el reconocimiento de ellos; desea conformar sus acciones y estándares a los de sus iguales. También es la época en la que surgen los intereses heterosexuales que pueden hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades.

2.2.4.- La adolescencia es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero también es idiosincrasia del individuo. En esta etapa se producen rápidos cambios corporales, se revisan los patrones motores habituales y la imagen del cuerpo. Durante este tiempo se alcanza la madurez física.

2.2.5.- La adolescencia es una época de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencia académica. La persona encuentra que debe ajustarse a un creciente número de requisitos académicos e intelectuales. Se le pide que adquiera muchas habilidades y conceptos que le serán útiles en el futuro, pero que a menudo carecen de interés inmediato. Es una época en la que el individuo adquiere

experiencia y conocimiento en muchas áreas, e interpreta su ambiente a la luz de esa experiencia.

2.2.6.- Tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores. La búsqueda de valores de control, en torno a los cuales la persona puede integrar su vida, acompañada del desarrollo de los ideales propios y la aceptación de su persona en concordancia con dichos ideales. Es un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad.

2.3.- TEORIAS DE LA ADOLESCENCIA

Durante el transcurso de último siglo se han venido desarrollando varias teorías en relación a la evolución de la adolescencia. De las cuales a continuación retomaremos los puntos principales de las que consideramos más importantes:

2.3.1. Sigmund Freud:

Fases de desarrollo de la sexualidad.

De acuerdo a José Cueli y Lucy Reidl, Freud considera al nacimiento como una experiencia traumática, ya que se da un shock de nacer por los estímulos y tensiones que se presentan. El recién nacido es completamente narcisista, siendo incapaz de distinguir entre deseo y realidad, entre sí mismo y el mundo exterior.

Fase Oral: En esta fase las primeras excitaciones sexuales del niño se relacionan con el proceso de la alimentación, siendo el pecho de la madre su primer objeto de amor. Uno de los primeros vínculos emocionales con el mundo exterior de esta fase es la identificación primaria; la que se realiza mediante la introyección en la cual el niño introduce cosas en su boca e incorpora todo lo que ama.

Los pezones del pecho de la madre o biberón constituyen la primera zona erógena del niño. Así pues, tras el nacimiento, se inicia la fase oral del desarrollo.

Fase Anal: Segunda fase del desarrollo de la libido, alrededor del segundo y tercer año de vida; el niño experimenta considerable placer en la excreción y aprende a aumentarlo reteniendo las heces y estimulando las membranas mucosas del ano. El mundo exterior implica un obstáculo, como una fuerza hostil opuesta al deseo del placer del niño.

En esta fase, la masculinidad y la feminidad se distinguen por la actividad y la pasividad respectivamente.

Fase Uretral: Es un período introductorio a la fase fálica; en la que los órganos genitales se convierten en el punto focal de gratificación de la libido.

El erotismo uretral es principalmente erótico, pues el propio cuerpo se convierte en el objeto amoroso. Este erotismo se dirige hacia otros objetos mediante fantasías concernientes a orinarse sobre ellos o a ser orinados por ellos.

Con frecuencia los niños que se orinan en la cama realizan ambiciosos esfuerzos en la lucha contra esta vergüenza.

Fase Fálica: Alrededor de los 4 y 5 años se desarrolla. En esta edad las sensaciones placenteras en los órganos genitales procuradas por la estimulación manual asumen un papel dominante.

Se desarrolla el Complejo de Edipo, deseo de poseer a la madre físicamente, intenta ocupar el lugar de su padre, considerando a éste como un competidor y experimenta hacia él, sentimientos de ambivalencia.

El Complejo de Electra, corresponde a las niñas, experimentando una envidia del pene que la empuja a amar a su padre.

En esta fase la masturbación de los genitales es característica.

Fase de Latencia: Entre los 6 y 11 años de edad. En donde los sentimientos edípicos incestuosos y agresivos son reprimidos y olvidados. Las prohibiciones paternas "interiorizadas" constituyen el superyo, y amenazan al niño con severos castigos y mantienen bajo un fuerte control sus anhelos edípicos reprimidos. Los elementos sensual-sexuales se conservan en el inconsciente, y el niño experimenta hacia su padre sentimientos más bien tiernos que apasionados.

Fase Genital: Durante la pubertad, la libido queda completamente separada de su primitiva relación con los padres; dirigiéndola hacia un objeto amoroso exterior.

En el período del rápido crecimiento físico y de los cambios glandulares, los genitales se convierten en la primera zona erógena y el deseo de contactos heterosexuales se hace dominante.

Ahora el adolescente se esfuerza por llevar a cabo una acción regulada por los actos del padre del mismo sexo.

El adolescente aprende a combinar las exigencias sexuales libres y violentas con los sentimientos profundamente inhibidos de cuidado, ternura y consideración hacia su objeto amoroso.

Si no se unifican estos elementos, el adolescente y el adulto posterior, reservan sus sentimientos de ternura y su admiración para las mujeres que no le excitan sexualmente y se siente excitado y potente ante las mujeres por las que no siente ningún respeto ni sentimiento de ternura. (Horrocks, 1989).

2.3.2. *Alfred Adler:*

Según José Cueli y Lucy Reidl, Adler creía en una sociabilidad innata, la cual puede ser inculcada, mejorada y estimulada. Adler fue seguidor de Freud en lo que respecta al desarrollo de la personalidad en la primera infancia, en donde todas las actitudes significativas de un hombre podrían referirse a la primera infancia y que los años de la crianza son los constitutivos de las actitudes futuras de todos los hombres. Desaprobó la teoría de las fases del desarrollo y el Complejo de Edipo de

Freud y afirmó que la principal fuerza que mueve al hombre es el impulso de auto-confirmación desde recién nacido, el bebé busca procurarse satisfacción para el organismo; es una lucha por está satisfacción llamada "impulso agresivo".

Las acciones del hombre están relacionadas con las causas, pero se hayan dictadas por los fines "sólo la meta final puede explicar la conducta del hombre" (Adler, cit. pos. Woolman Benjamin, 1968).

Para Adler el hombre nace sintiéndose incompleto e irrealizado, este Complejo de Inferioridad se va desarrollando del primero al cuarto año de vida, percibiendo su papel inferior dentro de la sociedad, está inferioridad implica el esfuerzo por nuevos logros, un nuevo nivel, el reconocimiento de una cima nueva y más alta.

Pensó que el hombre nace con un órgano potencialmente débil en su cuerpo, el cual determina con frecuencia el estilo de vida y la manera en la que el individuo va a luchar por la superioridad, tópicamente llamado Complejo de Superioridad, determinando que el deseo de ser superior es una propiedad universal e intemporal de la personalidad humana.

Para llegar a dicha superioridad el hombre necesita conducir su vida, es decir, su estilo de vida determinada por el pasado hereditario del individuo y el ambiente oscilante, en donde cada persona tiene las mismas metas que desea alcanzar a través de su "poder creativo". Éste poder creativo individual constituía el motor principal para superar obstáculos y solucionar problemas.

Considera al hombre un ser interesado en la sociedad, lo cual se da por el proceso de Socialización reforzado en los 4 ó 5 primeros años de vida., esté proceso enriquecerá sus sentimientos de superioridad y fortalece el interés social que se desarrolla en el individuo.

En el desarrollo del hombre, alrededor de la adolescencia, el sujeto interpreta la vida, creando una estructura de si mismo a partir de su pasado hereditario, interpreta las impresiones que recibe durante el transcurso de su vida, busca nuevas experiencias para realizar sus deseos de superioridad y reúne todo esto para crear su identidad personal que describe su propio y particular estilo de vida.

Adler (1969), señala que la mayoría de los jóvenes crecen con una perspectiva respecto del pasado y del porvenir.

2.3.3. Erik Erikson.

Para Erikson (1963) cada etapa del desarrollo del individuo tiene una relación especial con uno de los elementos básicos de la Sociedad.

Describió la secuencia del desarrollo como formada de ocho etapas, cada una de las cuales le presenta al individuo un conflicto que se puede manejar en una o dos formas.

Una de estas dos maneras es benigna y representa la buena resolución de dicho conflicto; la otra es dañina y representa un fracaso.

A medida que se va pasando por las diferentes etapas se adquiere una identidad de su ego y cada etapa aporta influencias positivas o negativas según el éxito en la resolución del conflicto que le presentó dicha etapa.

Erikson propone dos postulados:

1.- Cuando aumenta la edad de un individuo, el ego se desarrolla sistemáticamente en una serie secuencial de etapas, caracterizadas por el desarrollo de actitudes psicosociales que se relacionan con los procesos de la libido.

2.- A medida que se desarrolla el ego, se enfrenta a crisis psicosociales ocasionadas por las actitudes que surgen en cada etapa.

Etapas:

1. El logro de la confianza (confianza básica contra desconfianza básica)
2. Logro de autonomía (autonomía contra vergüenza y duda)
3. Logro de iniciativa (iniciativa contra sentimiento de culpa)
4. Logro de laboriosidad (laboriosidad contra inferioridad)
5. Logro de identidad (identidad contra difusión de la identidad)
6. Logro de intimidad (intimidad contra aislamiento)
7. Logro de creatividad (creatividad contra estancamiento)
8. Logro de la integridad del ego (integridad del ego contra desesperanza)

Las primeras tres etapas corresponden a la niñez, la cuarta a la latencia, la quinta a la pubertad y la adolescencia, la sexta a la edad del joven adulto, y las dos restantes a la edad adulta y los últimos años.

Dentro de la quinta etapa, el logro de la identidad se inicia con la pubertad. El foco de atención es él mismo y se interesa en la forma como él cree ser. Busca una nueva seguridad de uniformidad y continuidad. La principal actividad de esta etapa es la indetidad del ego, tratando de adaptarse así mismo y de elaborar un concepto de su yo con el que pueda vivir. Representa una integración de la experiencia social y de la aceptación de papeles sociales. Aunque en dicha etapa el adolescente manifiesta una confusión de roles y una tendencia a sobreidentificarse con los de su misma edad y con figuras ideales.

Un medio para proyectar la identidad es el enamorarse, en donde se proyecta la propia identidad difusa del ego sobre otra persona. En este lapso los adolescentes pueden ser demasiado intolerantes al hacer juicios libres sobre lo correcto y lo equivocado, así como sobre lo bueno y lo malo.

En la sexta etapa, que es el tiempo de lograr la intimidad, el individuo ansía fundir la identidad que ha elaborado, con la identidad de otros. El aspecto genital de una clase de búsqueda de la identidad puede intercambiarse por una "verdadera genitalidad".

Para Erikson la "difusión de la identidad" se refiere a la incapacidad que tienen muchos adolescentes para comprometerse, aún en la adolescencia tardía, con alguna posición ocupacional o ideológica, o ni siquiera asumir un estado identificable en la vida.

Existen varios conflictos aunados a la difusión de la identidad, como es la seguridad de sí mismo contra la conciencia de la identidad, la perspectiva del tiempo contra la difusión del tiempo, la previsión de un logro contra la parálisis, y la identidad sexual contra la difusión bisexual.

2.3.4. JEAN PIAGET

Formula una teoría secuencial de cuatro etapas para el desarrollo cognoscitivo, agregando nuevas dimensiones al entendimiento de la función cognoscitiva y su desarrollo a través de los años de la niñez y en los primeros años de la adolescencia.

Piaget (1950) afirma que "la inteligencia es sólo un término genérico para iniciar formas superiores de organización de las estructuras cognoscitivas...el comportamiento se hace más inteligente a medida que las sendas entre el sujeto y el objeto sobre el que actúa, dejan de ser simples y se vuelven progresivamente más complejas". Más aún la "inteligencia constituye el estado de equilibrio hacia el que tiende todas las adaptaciones sucesivas de origen sensoriomotor y cognoscitivo, así como todas las interacciones de asimilación y acomodación entre el organismo y su ambiente".

Piaget postula una secuencia de cuatro etapas principales en el desarrollo cognoscitivo que cada niño atraviesa íntegramente en su avance hacia la madurez.

1. Etapa Sensomotriz (desde el nacimiento hasta los 2 años), el niño comienza con algunos esquemas hereditarios de tipo reflejo y, a medida que lo requiere el ambiente desarrolla respuestas y hábitos más complejos. El funcionamiento cognoscitivo se encuentra restringido, aún no se han interiorizado las acciones de manera que se puedan formar representaciones de ellas o pensamientos.

2. Pensamiento Preoperacional (desde los 2 años hasta los 7 años), comienzan a aparecer las funciones de pensamiento o funciones simbólicas, agregándose al espacio sensomotriz la complejidad de acciones lejanas en el tiempo y el espacio. Esta etapa se subdivide en: la preconceptual (de los 2 a los 4 años) período de transición durante el cual el niño adquiere un concepto más general de los sucesos aislados percibidos.

La segunda subetapa, la del pensamiento intuitivo (de los 4 a los 7 años), se caracteriza cuando las relaciones inmediatas entre los eventos hacia una percepción de hechos y relaciones incluyen generalidad y reversibilidad.

3. Operaciones Concretas: (de los 7 años a los 11 años), el niño desarrolla operaciones que se basan implícitamente en la lógica de clases y relaciones, aunque tales operaciones carecen de las características de posibles combinaciones que hay en la siguiente etapa.

Se caracteriza por relaciones concretas, es decir, relacionadas con la realidad en sí, ilustrada por objetos reales que pueden manipularse y ser "sometidos a acciones reales". Representan una extensión de la realidad experimentada personalmente. Aún el niño no puede manejar el dominio verbal con razonamientos que impliquen hipótesis simples, tiene que depender de la intuición prelógica de la etapa anterior.

4. La Proposicional o de Operaciones formales: (de los 11 ó 12 años a los 14 ó 15 años), el niño ya es capaz de manejar la información más allá de las barreras espaciales y temporales en términos probabilísticos y, si lo desea, puede reconstruir la realidad. Se da cuenta de que lo posible contiene lo real y ya posee la capacidad para razonar de manera hipotética-deductiva. Puede interrelacionar proposiciones.

El adolescente debe ser capaz de aplicar operaciones en objetos en medio de la ejecución de diversas acciones mentales sobre ellos y también debe ser capaz "de reflejar" estas operaciones en proposiciones puras que reemplazarán a los objetos. Piaget (1967), afirma que el "pensamiento concreto es una representación de una acción posible" y, en este sentido, es el "pensamiento elevado a la segunda potencia". Por lo tanto, las operaciones formales se aplican a hipótesis o proposiciones mientras que las operaciones concretas son aplicadas a objetos tangibles.

Piaget (1967) estipula "las operaciones formales generan una lógica de proposiciones en comparación con la lógica de relaciones, clases y números, generada por las operaciones concretas". Los procesos de las operaciones

formales constituyen la esencia de la lógica que poseen los adultos instruidos y es la base del pensamiento científico elemental.

Las operaciones formales tienen cuatro características: a) la relación de lo real con lo posible; b) la capacidad para hacer análisis combinatorios, c) la capacidad para el razonamiento Proposicional; d) la capacidad para el pensamiento hipotético.

El adolescente en la cuarta etapa tiene ya la posibilidad de manejar con éxito problemas y situaciones en las que varios factores operan simultáneamente, no se conforma con el origen de las cosas, busca causas necesarias para él; como resultado, percibe mejor las relaciones que el niño que se encuentra en la etapa de las operaciones concretas.

El adolescente puede elaborar símbolos, es decir, maneja la metáfora. Se vuelve idealista, lo cual le ocasiona dificultades en su ajuste personal y en la aceptación personal al afrontar la realidad de la vida diaria.

Al irse transformando en multipotencial, a cada momento le resulta más difícil tomar decisiones, enfocándose a las alternativas de los adultos.

Piaget (1967) señala:

"El egocentrismo del adolescente se manifiesta en la creencia de que la reflexión es omnipotente, como si el mundo debiera someterse a los esquemas ideales en lugar de hacerlo a los sistemas de la realidad. Esta es la edad metafísica por excelencia

el yo tiene la suficiente fuerza para estructurar el universo y es lo bastante grande como para incorporarlo".

Cuando el adolescente aprende los primeros conceptos acerca de acción social, acción política u otros temas semejantes, por lo regular asume un punto de vista egocéntrico y narcisista.

Se habla de idealismo y su intolerancia, así como de su creencia intensamente expresada de que, de alguna manera, poseen la verdad eterna y que quienes se oponen a ello son o están (en los propios términos del adolescente) "de otro bando", "fuera de onda", tal vez mercenarios o quizá sólo contradictorios, o hasta "estúpidos".(Piaget, 1966).

Cuando menos este egocentrismo le imparte interés por la vida y los adultos deben ser lo más tolerantes y comprensivos que puedan.

Puede decirse que aparte de las diferencias individuales y las situaciones específicas especiales, a medida que avanza la adolescencia el mayor egocentrismo es desplazado por un mayor egoísmo, pero este progreso se produce de manera irregular hasta el momento de reducirse por el proceso de la madurez.

Los adolescentes desean estimulación intelectual y por lo común reaccionan de manera favorable a está cuando la reciben, por lo tanto, al enriquecer el ambiente se presenta una oportunidad para acelerar el desarrollo cognoscitivo del adolescente.

2.4.- DESARROLLO SEXUAL EN EL ADOLESCENTE

Como se mencionó anteriormente, la adolescencia se inicia cuando el individuo es capaz de reproducirse; por lo general a esto se le conoce como el inicio de la pubertad. Esta etapa es la época de la vida en la cual se da la máxima diferencia sexual, es el momento en el que la persona madura sexualmente.

Los cambios de la adolescencia están gobernados por el aumento de la actividad de la glándula pituitaria, órgano endócrino situado en la base del cerebro y que produce diversas hormonas. Regula las glándulas que afectan el crecimiento, entre ellas la tiroides, las suprarrenales y las gónadas - testículos y ovarios -. El comienzo de la maduración sexual va acompañado de una aceleración brusca del crecimiento, tanto de altura como de peso, el cual dura alrededor de dos años.

Los jóvenes y las jóvenes crecen en forma diferente, obteniendo una conformación corporal diferente. En general, los hombres son más grandes, sus hombros son más anchos, sus piernas más grandes en relación con su tronco. La pelvis de la mujer se ensancha y se forman capas de grasa debajo de la piel, dando a la mujer una apariencia más redondeada.

2.4.1. CAMBIOS FISICOS

Desarrollo sexual en los varones.- La primera indicación externa de maduración sexual en los varones consiste por lo común en el aumento de la tasa de crecimiento de los testículos y del escroto, así como del crecimiento del vello pubiano. Un año más tarde, se presenta una aceleración en el crecimiento del pene. El vello axilar y facial comúnmente hace su aparición unos dos años después del comienzo del vello pubiano.

La voz se hace patentemente más baja o grave; durante este proceso la laringe aumenta significativamente y las cuerdas vocales duplican aproximadamente su longitud. También se presenta el ensanchamiento de la espalda.

Erección, eyaculación y emisión nocturna.- Así como el comienzo de la menstruación puede ser causa de preocupaciones para la muchacha, la erección incontrolada y la eyaculación inicial pueden sorprender y preocupar a algunos varones púberes. Aún cuando la estimulación genital, así como otras formas de estimulación corporal, son agradables para el niño, la erección y la estimulación genital llevan consigo un mayor sentido de apremio sexual durante la pubertad. En este período el pene queda tumesciente con gran facilidad, ya sea espontáneamente o en respuesta a toda una variedad de estímulos psicosexuales; el adolescente varón habita un espacio vital libidinizado, en el que casi todo puede adquirir un significado sexual.

La eyaculación inicial del fluido seminal puede ser también motivo de preocupación. La primera eyaculación puede producirse a consecuencia de una masturbación o de una emisión nocturna debida a un "sueño erótico".

Desarrollo sexual en las mujeres.- En las muchachas, el comienzo de la elevación del seno suele ser la primera señal de madurez sexual; los pezones se agrandan y sobresalen las aureolas y áreas pigmentadas alrededor de los pezones, también se agrandan y los senos primero toman una forma cónica y luego adquieren una forma redondeada. Por lo general, se logra el máximo crecimiento del útero y de la vagina simultáneamente con el desarrollo del seno y también se agrandan los labios y el clítoris. La menarquia se produce relativamente tarde en la serie del desarrollo; frecuentemente puede haber un período que dura de un año a un año y medio después del comienzo de la menstruación, durante el cual la chica no es capaz fisiológicamente de concebir. De manera semejante, los chicos son capaces de tener relaciones sexuales mucho antes de la aparición de espermatozoides vivos.

Menstruación. Para la muchacha adolescente, la menstruación es más que un simple reajuste fisiológico. Es un símbolo de madurez sexual, de su estatus futuro como mujer. Una mayoría de chicas que ya menstrúan informan también que experimentan una mayor irritabilidad y sentimientos "negativos" durante las fases premenstrual y postmenstrual del período, tales fluctuaciones están relacionadas con niveles cambiantes de diversas hormonas femeninas en diferentes etapas del ciclo menstrual.

El hombre y la mujer al vivir estos cambios biológicos experimentan vivencias que tienen mucho que ver desde la perspectiva de la propia respuesta sexual. De aquí la importancia de estudiar todos estos cambios que se producen en el adolescente y tomar en cuenta que despertar a la sexualidad los lleva a experimentar el sexo de muy diversas formas, muchas veces sin medir las consecuencias.

2.4.2. CAMBIOS PSICOLÓGICOS.

La esfera mental del adolescente también incluye una gran ambivalencia, y por lo tanto, angustias y satisfacciones importantes. Quizá la mayor satisfacción intrapsíquica del joven sea su nueva capacidad para pensar en forma abstracta. El adolescente descubre que ahora ya puede razonar deductiva e inductivamente, lo cual le da nuevas técnicas adaptativas y defensivas, puede ahora ya enfrentarse a problemas por medio de ejercicios mentales, considerando posibilidades y planes antes de actuar. Aparecen en el intereses y habilidades en las artes, las ciencias, las humanidades y la filosofía. Naturalmente, esta capacidad varía de un adolescente a otro, y el principal obstáculo al que se enfrenta es la angustia. (Grinder, 1976).

La adolescencia es un proceso de búsqueda de una nueva identidad que hace posible liberarse del pasado infantil y de enfrentar con éxito las tareas del crecimiento humano. El mayor predicamento del adolescente es confrontar su futuro incierto; encontrar un camino y aprender a vivir en un mundo que ya no lo acepta como niño y aún no lo acepta como adulto.

Lo que caracteriza a la etapa prepuberal del desarrollo es la dependencia de los padres, el pensamiento sincrético y el interno dirigido hacia el mundo exterior. En contraste, la pubertad se caracteriza por la emergencia de nuevos impulsos, capacidades e intereses como el erotismo, el anhelo de poder, la necesidad de auto afirmación, el enriquecimiento del pensamiento abstracto, el incremento de la capacidad crítica, la imaginación y la fantasía y con ello las tendencias introspectivas y la preocupación por el futuro.

Ante la transformación de su propio cuerpo y de su psiquismo, el niño experimenta la vaga necesidad de gestar una identidad propia. La identidad implica el sentimiento de ser un individuo y resulta de la integración de múltiples elementos: sensaciones corporales, la imagen del cuerpo humano, el sonido del nombre, la continuidad de las memorias, sentimientos y valoraciones acerca de uno mismo y del lugar que ocupa en la familia, el grupo, la comunidad y los juicios sociales, es decir expresados por otros. La identidad es en parte consciente y en parte inconsciente. (Univ. Pedagógica Nacional, 1984).

En la adolescencia, la identidad infantil ya no es suficiente y el niño intenta suplirla con una nueva identidad. lo intenta a través de sus propios reconocimientos de sus necesidades e intereses y de su identificación con otros. Dos consecuencias son aparentes: el adolescente se hace más crítico de sí mismo y también más dependiente de los juicios de su grupo de edad, eventualmente los juicios propios llegan a pesar más que los ajenos y el sentimiento de autoestimación descansa más en ellos. El joven emerge en el mundo de los adultos con una identidad que se fija gradualmente; las identificaciones infantiles se subordinan a esta nueva identidad.

Erikson llama identidad negativa a la búsqueda de identidad que se observa en algunos jóvenes que rechazan violentamente las identificaciones éticas, religiosas, familiares, etc. que los vinculan con el pasado. El joven se liga con gente de su edad en cuanto a valores que es diametralmente distinta. También puede ocurrir una "oclusión prematura" de la identidad, cuando hay una rendición excesiva a las expectativas ajenas. En todo caso, el establecimiento de la identidad, es una de las principales tareas del adolescente y en torno a este núcleo de desarrollo se comprenden mejor algunos de sus problemas. (De la Fuente R. 1980).

El problema de la vocación en el adolescente se sitúa en la necesidad de tomar la decisión de que quiere llegar a ser y encontrar en la sociedad un lugar y una ocupación que le permitan tener seguridad, independencia económica y prestigio ante esta sociedad. Lo difícil es que tiene que tomar estas decisiones, aún cuando no sabe a ciencia cierta que clase de persona quiere llegar a ser.

Otro punto importante durante este período es que el joven se da cuenta de que necesita separarse de sus padres, de incursionar más allá del círculo familiar. Sin embargo, quisiera permanecer niño, ligado y protegido. Empieza a entender que sus padres no son las figuras omnipotentes y perfectas que él percibió o había querido percibir en su infancia.

Visto desde afuera, las actitudes contradictorias de una persona joven revelan sus deseos de seguir dependiendo y seguir protegido y sin responsabilidad de resolver situaciones y tomar decisiones vitales; al mismo tiempo, se ve el adolescente con una convicción de que los adultos, tal como los empieza a ver, no serán jamás quienes les den soluciones que él busca. Entonces aparecen las reacciones de

enojo aparentemente sin motivo, de resentimiento hacia los padres y maestros; el joven combate con rabia cualquier símbolo de sumisión ante dichos adultos y rehusa, por ejemplo, adherirse a reglas familiares, horarios, etc.

Las nuevas identificaciones del adolescente (principalmente los amigos de su grupo) se sobrepone sobre las antiguas reglas parentales y comienza a influir en las funciones yoicas y superyoicas en forma episódica o duradera. Poco a poco empieza a automatizarse el proceso de controlar impulsos y regular su expresión.

La marcada preferencia por los amigos del mismo sexo en los primeros años de la adolescencia revela la búsqueda inicial de identidad sexual de seres del mismo género y la dificultad para definir la relación del sexo opuesto. Con el desarrollo progresivo, la identidad sexual se va estableciendo y las reglas de la relación heterosexual, tanto en la esfera de amistad como en la esfera genital, se van definiendo de acuerdo con el contexto social.

La razón intrapsíquica de que el grupo de compañeros sea tan importante en el adolescente radica en que es ahí donde encuentra estimulación, una sensación de pertenecer, lealtad, devoción, simpatía y resonancia; es decir, todo lo que han aprendido al abandonar la idea de los padres como omnipotentes. El grupo también alivia los sentimientos de culpa individual que el joven experimenta al emanciparse de las prohibiciones, las lealtades y las dependencias infantiles.

2.5.- COMPORTAMIENTO SEXUAL EN EL ADOLESCENTE

La sexualidad de los adolescentes no es un tema simple y fácil de abordar, debido a que cada persona reacciona de manera diferente ante este fenómeno. La confusión suele ser la principal causa de renuencia a enfrentar la sexualidad del adolescente.

El comportamiento sexual es el resultado de múltiples factores y éste se va a expresar dentro del ámbito cultural. Es decir, cada cultura genera sus propios patrones de comportamiento, sin embargo, dentro de la cultura occidental se dan grandes similitudes en lo que le sucede al adolescente cuando percibe que se han producido en ellos diversos cambios y comienzan a tener sentimientos desconocidos. Sienten atracción por el otro sexo, notan una curiosidad distinta por el cuerpo de los otros. El muchacho empieza a darle importancia al ver el cuerpo de una mujer con poca ropa, le llama la atención cuando ve en una película un beso u otra manifestación afectiva, y le turba e inquieta la sensación de enamoramiento y le avergüenza percibir estas sensaciones.

Estos sentimientos les turban, porque hasta entonces los vivían en forma controlada y teórica, pero ahora sienten que ellos mismos se han descontrolado.

Durante el inicio de la adolescencia, entendida como fenómeno psico - socio - cultural, aparece un incremento de los impulsos sexuales y agresivos. El joven busca la descarga de este impulso sexual en la masturbación, que es obtener placer sexual a través de la autoestimulación de los órganos genitales. La masturbación es parte del proceso de maduración sexual y de la experiencia, que

no solo es normal sino necesaria y hasta saludable, pues es una forma válida de la búsqueda de la identidad personal.

Cuando el adolescente va aceptando su genitalidad inicia la búsqueda de la pareja. El primer paso que da consiste en las miradas que dirige a las personas del sexo opuesto; a cierta edad el muchacho se complace simplemente con encontrar respuesta a su mirada. Pero llega un momento en que no le bastará con verla solamente, empezarán las caricias furtivas de aproximación, con el paso del tiempo se irá introduciendo el elemento erótico y se iniciarán los primeros besos, en la mejilla o en la mano. Esta relación continuará con una aproximación física de los cuerpos a través de los abrazos. Con el paso de los días, meses o años - dependiendo de la evolución individual de cada joven - empezarán los besos en los labios y, posteriormente, los que se denominan "besos de amor". Las caricias se vuelven unidimensionales, con una dirección más erotizada y sexualizada, hasta finalizar en el coito, que es la unión completa de ambos cuerpos.

Para Aberastury (1978), las relaciones sexuales de los adolescentes tienen un carácter exploratorio, de aprendizaje de la genitalidad, más que de un verdadero ejercicio sexual adulto.

Para Erikson (en Montoya 1980), las relaciones heterosexuales en la adolescencia se caracterizan por la experimentación más que por genuina vinculación afectiva, frecuentemente el enamoramiento a esta edad no es una vivencia sexual, sino una tentativa para definir su identidad.

Como se mencionó en el inicio de este capítulo, el comportamiento sexual esta influido por la cultura. A este respecto podemos mencionar varios aspectos relacionados a la cultura mexicana. (Barcenas, Gress, 1989)

- La necesidad sexual esta altamente intensificada en el mexicano, probablemente porque es una especie de compensación por otras cosas que no tiene.

- El mexicano tiene una tendencia a la exageración viril.

- El mexicano parece no tener una sensación de necesidad de preservación de su propia vida, así como tampoco una gran necesidad de seguridad personal.

- Un área de sensibilidad en el mexicano es lo tocante a que si se le indica como hacer las cosas, es fácil que se sienta insultado.

- Los dos principios fundamentales de la familia mexicana son (Barcenas, 1989): la incuestionable y absoluta supremacía del padre, y el necesario y completo autosacrificio de la madre, lo cual lleva a la desfloración de los elementos femeninos (machismo).

Por otra parte, los adolescentes tienden con mayor facilidad a romper las restricciones impuestas por la familia y la sociedad en sus ambiente particulares, especialmente en los países en donde se están dando cambios sociales debido a la rápida urbanización y modernización, siendo este el caso de nuestro país.

Al respecto, no puede dejar de mencionarse que los medios masivos de comunicación promueven las modificaciones de los valores y las costumbres de los adolescentes, quienes son ávidos consumidores de la publicidad, por lo tanto, fácilmente influenciados. En algunos de estos medios se transmite una visión irreal del mundo y de las relaciones interpersonales, en las que el sexo se vive sin responsabilidad y no se reflejan sus consecuencias reales y habitualmente desfavorables para el bienestar del adolescente, convirtiéndose en la industrialización del comportamiento sexual.

Las alternativas con que cuenta un adolescente para satisfacer el impulso sexual dependen de varios factores interactuantes del medio ambiente, tales como normas familiares, información, educación, religión e incluso restricciones de tipo social y legal. Entre dichas opciones para expresar su conducta sexual mientras pueden casarse, se encuentran cuatro, dos de ellas aplicables a ambos sexos: la masturbación y la relación premarital; la tercera, acudir a prostitutas como forma de obtener la descarga sexual, es exclusiva del hombre; mientras que la cuarta opción, mantener la castidad, generalmente es opción de la mujer. (Barcenas, 1989).

La vida sexual premarital es la conducta que más conflicto crea, ya que la masculinidad, especialmente en el adolescente, se refuerza con conquistas físicas sin compromiso afectivo, en cambio, la feminidad es reforzada por las conquistas amorosas sin compromiso sexual, por lo que las relaciones premaritales son la causa de muchos problemas asociados a la sexualidad como los hijos ilegítimos, los abortos ilegales y la alta frecuencia de enfermedades venéreas y de SIDA.

CAPITULO III

ACTITUDES

El estudio sobre las actitudes es de sumo interés para la Psicología General. La Psicología Clínica por su parte se vale de éstas para conocer porqué el individuo responde de determinada manera ante una situación en particular, buscando su origen en lo reprimido u oculto de éste , como son sus temores, fantasías, sentimientos, emociones, etc.

Las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas emitidas por los individuos dentro de un contexto social.

Las actitudes son base de una serie de importantes situaciones sociales, como las relaciones de amistad y de conflicto. Todo el esfuerzo realizado por los sociólogos con el objeto de promover el bienestar humano, exige concentración sobre el papel desempeñado por las actitudes en la conducta humana.

La actitud social se refiere a un sentimiento en favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social o cualquier producto de la actividad humana.

3.1.- DEFINICIONES DE ACTITUD

En el transcurso de los años se han formulado muchos conceptos de actitud, conforme la Psicología se ha desarrollado, estas definiciones se han ido rechazando por imprecisas e inadecuadas. Aquí destacaremos algunas de las desarrolladas durante los últimos 10 años.

1.- Un sistema duradero de evaluaciones positivas y negativas, sentimientos emocionales y tendencias en favor o en contra en relación con un objeto social (Krench, Crutchfield y Ballacher, 1962, cit. pos. Rodríguez A 1987).

2.- "Ciertas regularidades en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente." (Secord y Backman, 1964, cit. pos. Rodríguez A. 1987)

3.- "Una disposición a actuar cuando aparecen las circunstancias." (Brown, 1965; cit. pos. Rodríguez A. 1987)

4.- "Se refieren a las posiciones que la persona adopta y aprueba acerca de los objetos, controversias, personas, grupos o instituciones". (Sheriff y Sheriff, 1965, cit. pos. Rodríguez A. 1987).

5.- " Desde el punto de vista cognoscitivo, la actitud representa una organización de cogniciones poseedoras de valencias. Desde el punto de vista de la motivación, la actitud representa un estado de atención a la presentación de un motivo" (Newcomb, Turner y Converse, 1965, cit. pos. Rodríguez A 1987).

6.- " Es el resultado de la combinación, en un silogismo, de una premisa constituida por una creencia y de otra constituida por un valor. Las actitudes son, esencialmente, valores derivados de otros valores que son más básicos o que fueron internalizados con anterioridad en el proceso de desarrollo" (Jones y Gerard, 1967, cit. pos. Rodríguez A 1987).

7.- " Es una organización relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación que predisponen a la persona para responder de una determinada forma" (Rokeach, 1969, cit. pos. Rodríguez A. 1987).

8.- " Una colección de cogniciones, creencias, opiniones y hechos (conocimiento), incluyendo las evaluaciones (sentimientos) positivas y negativas, todos relacionándose y describiendo a un tema u objeto central" (Freedman, Carlsmith y Sears, 1970, cit. pos. Rodríguez A. 1987).

9.- " Una orientación relativamente duradera en relación con algún objeto de la experiencia" (Schellenberg, 1970, cit. pos. Rodríguez A. 1987).

10.- " El término actitud indica la organización que tiene un individuo en cuanto a sus sentimientos, creencias y predisposiciones a comportarse del modo en que lo hace" (Rosnow y Robinson, 1967, adoptada por Mann, 1970, cit. pos. Rodríguez 1987).

11.- " Es una idea cargada de emoción que predispone un conjunto de acciones a un conjunto particular de situaciones sociales" (Triandis, 1971, cit. pos. Rodríguez A. 1987).

3.2.- ACTITUDES HACIA EL SEXO.

Las actitudes y comportamientos sexuales de las personas, están influidos considerablemente por nuestras creencias, pensamientos y percepciones acerca del sexo. En algunos casos puede haber discrepancias entre nuestras actitudes y nuestro comportamiento debido a la existencia de una especie de retraso en nuestros cambios de actitud y creencias con respecto a nuestro comportamiento.

Es importante señalar que las demandas y requerimientos de una cultura en particular y las diferencias dentro de éstas, también produce una amplia gama de actitudes hacia los temas sexuales.

Todas las culturas imponen una restricción específica sobre la manifestación de la sexualidad. No obstante, si las necesidades sexuales no son expresadas en alguna forma lo serán de otra. Mucho del comportamiento normal de un individuo ajustado se halla influido por la inhibición y el desplazamiento consecuente de las necesidades sexuales hacia otras canalizaciones. Las tensiones acumuladas por el rechazo de las propias necesidades sexuales, generalmente, son liberadas a través del interés desmedido, la risa y la burla. Ciertamente, ninguna persona sensible a este hecho ha sugerido que sean innecesarios el control y la expresión apropiadas de nuestras necesidades sexuales de acuerdo al momento y al lugar.

Pero el establecimiento de prohibiciones irreales e irrazonables, ya sea directamente o a través de mecanismos de culpa, es establecer la base para problemas actuales o futuros. (Mc. Cary, 1978).

3.3.- AMBIENTE CAMBIO Y CONFLICTOS

Solo en forma gradual ocurren cambios importantes en las costumbres humanas, en la conducta, en las leyes y en las instituciones sociales. Los cambios en que una cultura considera una conducta sexual aceptable, son especialmente lentos debido a que la orientación y las experiencias de la niñez imponen limitaciones muy fuertes sobre la libertad de la conducta erótica en la vida adulta.

Es importante mencionar que no deben confundirse las actitudes (y/o la facilidad para discutir las), con el comportamiento. Hay que entender que el hablar y las acciones no son necesariamente lo mismo cuando se trata de tópicos sexuales. Tampoco debe olvidarse que alguna decisión en el aspecto de ética sexual es muy pertinente - la gente joven de la actualidad- se hallan desconcertados por la dicotomía entre las actitudes sexuales y la conducta sexual prevalecientes.

En un estudio realizado por Reiss (1960), los resultados demostraron que la aprobación de la implicación sexual disminuye a medida que el nivel de involucración emocional en la relación disminuye, por lo que concluyó que surge la permisividad cuando existe afección, en ambos sexos.

Aunque en la actualidad, la actitud hacia el coito premarital ha cambiado con respecto a décadas pasadas, aún es un punto condenable para algunos grupos de personas. En 1970 una campaña de estudiantes preuniversitarios (Frede) del sexo femenino, enumeró los preceptos religiosos o morales como la razón principal para la restricción del coito premarital, mientras que los hombres enumeraron los principios morales como la tercera razón más importante. Otras razones dadas fueron la pérdida del autorespeto, temor de poner en peligro las relaciones maritales futuras, miedo al embarazo y temor de la pérdida del respeto del cónyuge.

Otra investigación fue hecha con estudiantes (hombres y mujeres) solteros de la UNAM y de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED) por García, H (1981), encontrándose en resumen que el 84% de los hombres y el 21% de las mujeres de esas universidades tenían experiencia sexual. Concluyéndose que los jóvenes solteros en el medio estudiantil, están teniendo vida sexual activa, especialmente los varones. De éstos más de la mitad no está tomando precauciones anticonceptivas.

Las actitudes y el comportamiento sexual de los hombres y de las mujeres está convergiendo actualmente. Las mujeres desean la misma libertad sexual que tradicionalmente se les ha concedido a los hombres. Los hombres, por otra parte, en vez de desplazarse en la dirección de mayor promiscuidad están movilizándose hacia la norma femenina tradicional (Mc Cary 1978).

Es interesante notar que a medida que las actitudes y la conducta se vuelven menos divergentes, menos hombres y mujeres informan de reacciones negativas ante la primera experiencia no marital de la relación sexual íntima.

La interrogante planteada por los jóvenes estudiantes preuniversitarios en la actualidad no es tanto si la relación sexual deberá realizarse.

Uno de los cambios sociales más significativos que ha ocurrido en los últimos años ha sido la aparición de la igualdad de la mujer en la sociedad.(Sepúlveda Amor, 1991). La libertad y la paridad que las mujeres están solicitando y gozando cada vez más, ha tenido un profundo efecto sobre las actitudes sexuales. Ellas esperan que los placeres recibidos de las actividades sexuales al igual que los sometimientos y restricciones sean igualmente aplicables a ambos sexos. Sin embargo, continúan existiendo ciertas diferencias entre las actitudes sexuales de ambos sexos, que se funden mediante factores tales como la educación durante la niñez, los anhelos sociales y ciertas fuerzas fisiológicas.

Cuando los jóvenes se revelan contra los valores de los grupos de mayor edad de la población, generalmente las generaciones viejas tienen que mirar retrospectivamente su comportamiento para hallar ahí, cuando menos una parte de la respuesta.

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. convirtiéndose en una persona potencialmente sexual; por lo tanto, debe ser considerada y tratada de manera distinta y con diferentes expectativas.

En las sociedades actuales, la mayoría de las personas llega a la pubertad ignorando en gran parte la sexualidad del adulto, por lo tanto el período de la adolescencia se utiliza para adquirir destreza en la conducta sexual (Gagnon, 1980, cit. pos.)

Las actitudes hacia la sexualidad se ven influenciadas por el momento histórico y la cultura en que se viva, en un principio con los primeros contactos del niño con su familia, a medida que crece los modelos son los grupos de amigos y las instituciones sociales como la escuela y/o la iglesia.

A menudo los principios inculcados por los padres, son predominantes para la formación de actitudes, ya que aunque la mayoría de éstos 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 constituyen formas de información. Al no manejarse abiertamente el tema se producen mensajes contradictorios, que confunden a sus hijos respecto a las actitudes que deben adoptar frente a la sexualidad. (Horrocks, 1974, cit. pos.).

Los adultos se limitan a restringir la información y hacer que los niños y los adolescentes se ajusten al comportamiento social aceptado, por lo cual se ven obligados a satisfacer sus inquietudes por otros medios, haciéndose más importante para el adolescente los amigos, aunque la información sea errónea o incompleta. Las escuelas tienen un papel fundamental en la formación de las actitudes, sin embargo se limitan a los aspectos relacionados con la fisiología. Los medios de comunicación estimulan la sexualidad pero no de manera abierta, ni con bases

científicas. 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, cit. pos.)

En base a los estudios realizados se ha encontrado que las relaciones sexuales antes del matrimonio son una práctica común. En su mayoría las mujeres las realizaban con su novio, en lo que respecta a los hombres la mayor parte tenían relaciones sexuales con parejas ocasionales siendo mínimo el número de adolescentes que sostenían regularmente relaciones en forma estable con una misma pareja.

Así mismo se observa que cada vez existen menos adolescentes "vírgenes", es decir, que no han tenido su debut sexual, los muchachos no dan 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 le hará una mujer aceptada y en caso contrario sufrirá devaluación como ser humano (Corona, 1978 cit. pos.)

La actividad sexual entre los adolescentes ha ido en aumento, lo que ha ocasionado altos niveles de embarazos no deseados. El tener hijos no deseados ha incrementado el nivel de abortos. Las personas jóvenes rara vez buscan ayuda anticonceptiva hasta que han sido sexualmente activas durante un año o más.

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.

Además de ser considerado el rechazo a asistir a un centro médico, en el que deban identificarse y admitir ante otros su actividad sexual.

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, practicándose en los contactos sexuales de experimentación ocasional, este tipo de relación es utilizado por los homosexuales y bisexuales masculinos, éstas prácticas sexuales son cada vez más visibles. (Sorensen en Papalia, 1985, cit. pos.).

3.4.- ACTITUDES DEL ADOLESCENTE ANTE EL SIDA

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.

La infección por VIH ha provocado diversas actitudes, desde discriminación, prejuicios, miedo, temor exagerado en la población, por lo tanto, la persona que ejerce su sexualidad independientemente de su preferencia sexual (heterosexual, bisexual y homosexual), se han visto acorralados por personas que los consideran gente con prácticas de alto riesgo. Por otro lado las campañas de información han tratado de disminuir estas reacciones e instar a actitudes más positivas y racionales hacia esta enfermedad.

El evaluar e investigar 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 las investigaciones acerca de las actitudes 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% únicamente presentan miedo ante el contacto con personas infectadas las reacciones eran las siguientes, el 93% de las personas ayudarían en dado caso de que se tratara de un amigo, 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 pudiera 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.

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 (Cruz Pérez, 1991), 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 éste, para así tener medidas de prevención y control que realmente sean efectivas.

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 así 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 cit. pos.).

Díaz y Rivera (1992), realizaron un estudio en donde participaron 3,064 estudiantes de 25 carreras de la UNAM acerca de la percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio de VIH en estudiantes universitarios. Los resultados muestran que el estudiante percibe más riesgo en quienes tienen más de una pareja sexual. También se encontró una diferencia significativa entre lo que percibe en otros grupos y la evaluación personal (autopercepción de riesgo), observando con ello que el sujeto se siente en menor riesgo ante el contagio de VIH. Con respecto al sexo se observa que casi siempre la mujer percibe mayor riesgo que el hombre; no

obstante, en los grupos de hombre y mujer homosexuales es el hombre el que percibe mayor riesgo.

En cuanto a su autopercepción, se sigue encontrando que los estudiantes no se perciben en riesgo; sin embargo, de acuerdo a los datos, la mujer se percibe con menos riesgo que el hombre.

Se realizó un análisis para obtener diferencias en la autopercepción por conducta sexual, uso de condón y número de parejas sexuales. Con respecto al número de parejas sexuales, se observó que hay una percepción de riesgo baja, sin importar el número de parejas y el sexo del sujeto; sin embargo existe una tendencia, en donde la percepción de riesgo se incrementa a medida que se incrementa el número de parejas sexuales. En cuanto al uso del condón, se encontró un patrón similar a los anteriores, ya que, independientemente del uso frecuente o no del preservativo, la autopercepción de riesgo fue baja.

3.5.- EFECTOS DE LA CONDUCTA SOBRE LA ACTITUD.

Una de las principales funciones del intelecto consiste en organizar en forma ordenada lo que conocemos, lo que sentimos y lo que hacemos. Desde luego que muchas veces vivimos en medio de contradicciones, pero es raro porque sucede en pocas ocasiones. Muchas veces, a pesar de que sabemos que determinada conducta es dañina, no podemos dejar de realizarla, como es el caso de los fumadores, y buscamos justificaciones "lógicas" para no dejar de hacerla.

Tal vez la aportación más importante de la Psicología moderna es el conocimiento de que las actitudes no siempre preceden a la conducta "moral" o socialmente aceptable. Por el contrario, la conducta puede preceder a la actitud correspondiente.

3.6.- *TEORIA DE LA DISONANCIA CONGNOSCITIVA.*

En su teoría de la disonancia cognoscitiva, Festinger (1957) afirma que la realización e incluso el deseo de efectuar conductas carentes de sus actitudes correspondientes provocan tensión motivacional. La tensión disminuye al aminorar la disonancia entre lo que uno cree y lo que uno ha hecho (o se propone llevar a cabo). Una forma de reducir la tensión consiste en lograr que nuestras actitudes no estén en contradicción con nuestra conducta. De igual manera considera a los conocimientos como los únicos elementos que intervienen en relaciones de coherencia o de incoherencia.

La disonancia y la consonancia propuestas por Festinger se refieren a conexiones entre "elementos, los cuales consisten no tanto en lo que uno sabe cuanto en lo que uno cree, en lo que uno siente, en lo que a uno le agrada o disgusta; pueden relacionarse con nosotros, con los demás o con ciertos aspectos del mundo. Las hipótesis fundamentales de Festinger son sencillas y seductoras: 1) "Por ser psicológicamente molesta, la disonancia nos obliga a disminuirla y a lograr la consonancia". 2) "Cuando se presenta disonancia, la persona procura evitar situaciones e información que la intensifiquen y a la vez procura atenuarla". (1957).

"Aunque las afirmaciones que forman el aspecto intelectual o la porción de creencias de una actitud tengan fundamentos sólidos o débiles, no por eso los elementos de la creencia dejan de reaccionar ante la realidad". "La realidad a la que se enfrenta una persona ejerce presión para que los elementos cognoscitivos apropiados correspondan a ella".

Festinger sostiene que existe una forma de tensión antes y después de tomar una decisión o de emprender una acción. Dice que la tensión es de dos tipos: conflicto y disonancia; la primera comprende fuerzas opuestas que oprimen al individuo al analizar imparcialmente las alternativas, y finalmente toma su decisión. Cuanto más semejantes en su atractivo sean las alternativas que se le presentan en ese momento, más información se busca.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Qué relación existe entre los conocimientos y las actitudes acerca del SIDA en adolescentes de nivel medio superior de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas Verdes?

4.2.- HIPÓTESIS.

Hipótesis alternativa: El nivel de conocimientos determina las actitudes sobre el SIDA en adolescentes de nivel medio superior de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas Verdes.

Hipótesis nula: Los conocimientos no afectan en forma significativa en la actitudes acerca del SIDA en adolescentes de nivel medio superior de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas Verdes.

HIPÓTESIS ALTERNATIVAS:

H₁: Los altos conocimientos acerca del SIDA determinan una actitud positiva frente a éste en adolescentes de nivel medio superior de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas Verdes.

H₂: Los altos conocimientos acerca del SIDA determinan una actitud negativa frente a éste en adolescentes de nivel medio superior de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas Verdes.

4.3.- VARIABLES:

Variable independiente: Conocimientos generales acerca del SIDA, como son: mecanismos de transmisión, epidemiología, etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, y métodos de prevención, así como las actitudes frente a éste problema, en adolescentes de nivel medio superior de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas Verdes.

Variable dependiente: Información acerca del SIDA en relación a los conocimientos que manejan los adolescentes de nivel medio superior de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas Verdes.

Adicionalmente a éstas, se manejaron otras variables independientes como son:

1.- Edad: es el período de tiempo que consta entre los 15 y los 18 años de la vida humana (Manual Sopena, 1976).

2.- Sexo: es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer (Manual Sopena, 1976).

3.- Si mantienen una relación de noviazgo: el que mantiene relaciones amorosas con una persona del sexo opuesto, en expectativa del futuro (Diccionario de la Lengua Española, 1984).

4.- Si han tenido relaciones sexuales: llamamos relación sexual al acto mediante el cual el pene del hombre penetra la vagina de la mujer (Enciclopedia de la Vida Sexual, 1980).

4.4.- DISEÑO.

Se utilizó un diseño cuasiexperimental descriptivo de una sola medición, con el cual únicamente se analizaron los conocimientos y las actitudes frente al SIDA en un grupo de adolescentes.

4.5- SUJETOS.

Adolescentes entre 15 y 18 años, estudiantes de nivel medio superior (bachillerato) de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas Verdes, de cualquier sexo, pertenecientes al nivel socio-económico medio.

El muestreo fue aleatorio simple, no probabilístico, no accidental, ya que se seleccionó de acuerdo a la variable de edad.

4.6.- ESCENARIO.

El estudio se llevó a cabo en un salón de clases de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas Verdes, acondicionado con pupitres distribuidos en filas, con clima e iluminación artificial, con ruido natural de los salones de clase aledaños.

4.7.- MATERIAL.

- Cuestionario con preguntas generales acerca del SIDA, con el propósito de recabar información sobre los conocimientos y actitudes que manejan los adolescentes en relación al tema.

Este cuestionario fue elaborado para el desarrollo del proceso experimental en base a la información del marco teórico.

Para calificar el instrumento se elaboró una plantilla de respuestas, que en el caso de los reactivos de conocimientos, representó un punto para cada respuesta correcta y cero puntos para respuestas incorrectas, en tanto que en los reactivos de evaluación de actitudes, se asignó un punto positivo a la respuesta de atracción o comprensión lógica (actitud positiva) y un punto negativo, en el caso de que la respuesta elegida fuera de rechazo, incomprensión irracional o de falta de identificación con el grupo de riesgo (actitud negativa).

-Descripción de la Prueba piloto (Anexo A)

4.8

CUESTIONARIO

EDAD: _____

SEXO: M () F ()

TIENES NOVIO (A): SI () NO ()

HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES: SI () NO ()

LA INFORMACION QUE AQUI PROPORCIONES SERA CONFIDENCIAL ELIGE LA OPCION CORRECTA.

1.- El agente causal del SIDA es:

- a) () ADN virus
- b) () VIH virus
- c) () Retrovirus (HTLV-I)
- d) () Retrovirus VIH

2.- El virus de la inmunodeficiencia humana tiene especial predilección para invadir:

- a) () Glóbulos rojos
- b) () Glóbulos blancos
- c) () Macrófagos
- d) () Células del Sistema Nervioso Central

3.- El SIDA empieza desde el momento en que se contrae la infección:

() CIERTO () FALSO

4.- El SIDA sólo constituye la etapa final de la infección por el VIH:

() CIERTO () FALSO

5.- Los llamados "seropositivos" son los portadores sanos del VIH:

() CIERTO () FALSO

6.- La mayor concentración del VIH puede estar en la sangre, semen y líquido cefalorraquídeo

CIERTO FALSO

7.- El VIH puede transmitirse por el contacto casual de personas infectadas:

CIERTO FALSO

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

CIERTO FALSO

9.- El virus del SIDA puede transmitirse en las albercas:

CIERTO FALSO

10.- Un mecanismo importante para la transmisión del VIH es por exposición a sangre contaminada, mediante la transfusión por agujas contaminadas:

CIERTO FALSO

11.- La infección por el VIH puede contraerse en baños públicos:

CIERTO FALSO

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

CIERTO FALSO

13.- Existen pruebas concluyentes que el VIH se transmite con:

- a) La sangre y las lágrimas
- b) La sangre y el semen
- c) El semen y la orina
- d) La saliva y las lágrimas

14.- La vía de contagio más importante del VIH en relación con el número de casos es:

- a) A través del contacto casual con personas infectadas
- b) A través del contacto sexual con personas infectadas
- c) Mediante el trasplante de órganos infectados
- d) Por transfusiones sanguíneas de sangre contaminada

15.- El período de incubación del VIH varía de :

- a) 2 a 8 semanas
- b) 1 mes a 2 años
- c) 4 meses a 10 años
- d) 2 meses a 3 años

16.- A través de las caricias se puede transmitir el SIDA:

- CIERTO FALSO

17.- Los grupos de mayor riesgo para contraer la infección por el VIH son:

- a) Homosexuales
- b) Drogadictos
- c) Adolescentes
- d) Prostitutas

18.- Los homosexuales son los causantes de que haya SIDA

- CIERTO FALSO

19.- Un homosexual no puede contraer SIDA:

- CIERTO FALSO

20.- El SIDA puede afectar a todos los individuos no importando edad o sexo:

- CIERTO FALSO

21.- El VIH es un virus muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente

- CIERTO FALSO

22.- Un síntoma de las personas con SIDA es el aumento de peso:

- CIERTO FALSO

23.- Las personas con SIDA padecen de fiebres continuas:

- CIERTO FALSO

24.- El VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección:

- CIERTO FALSO

25.- Los condones son efectivos para prevenir el SIDA:

- CIERTO FALSO

26.- Es responsabilidad de mi pareja y mía el que nonos contagiemos de SIDA:

- CIERTO FALSO

27.- La detección del VIH se hace a través de:

- a) Análisis de orina
- b) Prueba de sangre
- c) Radiografías
- d) Ninguna de las anteriores

28.- Las personas infectadas deben suspender su actividad sexual:

- CIERTO FALSO

29.- Se disfruta más la relación sexual con condón:

- CIERTO FALSO

30.- Si le encontrará preservativos a mi pareja, sería un indicio de que me engaña:

- CIERTO FALSO

31.- Las jeringas desechables y esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH:

CIERTO FALSO

32.- Tener relaciones sexuales con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH:

CIERTO FALSO

33.- El que yo tenga varias parejas no es riesgo para adquirir el SIDA:

CIERTO FALSO

34.- Abandonaría a mi pareja si la supiera infectada:

CIERTO FALSO

35.- Si me infectará por culpa de mi pareja jamás se lo perdonaría:

CIERTO FALSO

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

CIERTO FALSO

37.- Aún sabiendo del SIDA, no me preocupa el serle infiel a mi pareja:

CIERTO FALSO

38.- Me preocupa el saber que alguna de mis exparejas está infectada:

CIERTO FALSO

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

CIERTO FALSO

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

- CIERTO FALSO

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

- a) La población en general excluyendo niños homosexuales y bisexuales
 b) Las mujeres embarazadas, homosexuales que tengan varios sexuales y personas que donan sangre
 c) Homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tengan múltiples compañeros sexuales, prostitutas, drogadictos que han recibido transfusiones de sangre e hijos de personas infectadas pertenecientes a los grupos anteriores
 d) Los hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales, así como los ancianos y las personas que donen sangre

42.- Mis prácticas sexuales han disminuido a partir de la información obtenida del SIDA:

- CIERTO FALSO

43.- Si tengo una relación estable y llevaré a cabo una relación sexual ocasional y quedará infectado (a), se lo confesaría a mi pareja:

- CIERTO FALSO

44.- Soy una persona que no está en riesgo de contraer el SIDA:

- CIERTO FALSO

45.- Es preferible correr el riesgo de infectarse con el VIH que usar siempre el condón en las relaciones sexuales:

- CIERTO FALSO

46.- Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se tiene SIDA:

- CIERTO FALSO

47.- Debo suspender las relaciones sexuales con mi pareja:

CIERTO

FALSO

48.- Si me enterará que uno de mis amigos está infectado me alejaría de él:

CIERTO

FALSO

49.- Tengo miedo de contraer el SIDA:

CIERTO

FALSO

"MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION"

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO IV METODOLOGIA

4.9

PLANTILLA DE RESPUESTAS

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTOS

1.- B
2.- A
3.- O 1
4.- 1 0
5.- 1 0
6.- 0 1
7.- 0 1
8.- 0 1
9.- 0 1
10.- 1 0
11.- 0 1
12.- 1 0
13.- B
14.- B
15.- A
16.- 0 1
17.- C
20.- 1 0
21.- 0 1
22.- 0 1
23.- 1 0
24.- 1 0
25.- 1 0
27.- B
31.- 0 1
32.- 1 0
33.- 0 1
41.- C

ACTITUDES

18.- -1 +1
19.- -1 +1
26.- +1 -1
28.- +1 -1
29.- +1 -1
30.- +1 -1
34.- -1 +1
35.- +1 -1
36.- -1 +1
37.- -1 +1
38.- +1 -1
39.- +1 -1
40.- +1 -1
42.- +1 -1
43.- +1 -1
44.- -1 +1
45.- -1 +1
46.- -1 +1
47.- +1 -1
48.- -1 +1
49.- +1 -1

4.10 PROCEDIMIENTO.

Se aplicó el cuestionario a 200 alumnos de bachillerato de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas Verdes, entre 15 y 18 años, correspondientes al turno matutino. Las instrucciones que se dieron fueron las siguientes:

"Se les dará un cuestionario sobre aspectos generales del SIDA. Favor de contestarlo de manera individual pensando cada una de las respuestas. Se les agradecerá su colaboración haciéndolo de la manera más honesta y seria posible. Este cuestionario es anónimo y la información obtenida será confidencial, con la finalidad de la realización de nuestra tesis".

En el momento de la aplicación se recomendó y vigilo que no hubiera ningún tipo de comunicación entre ellos.

PRUEBA PILOTO DE ESCALA DE MEDICION

1.- ESTRUCTURA DE LA PRUEBA

Se creó un cuestionario de 50 reactivos, 28 de ellos para evaluar conocimientos respecto al SIDA y 22 para medir la actitud positiva o negativa respecto a los métodos de prevención y contagio de este síndrome.

Todos los reactivos son de opción múltiple, 42 de ellos con dos alternativas de respuesta (cierto o falso) y los 8 restantes con cuatro alternativas.

Con la finalidad de facilitar la aplicación del instrumento así como hacerlo en una sola sesión, se reunieron los 50 reactivos en un solo cuestionario.

2.- MUESTRA Y APLICACIÓN

Para la prueba piloto, se aplicó el instrumento a 16 adolescentes, 4 de 15 años, 4 de 16 años, 4 de 17 años y 4 de 18 años, todos estudiantes de nivel de preparatoria. También se elaboró una plantilla de respuestas, que en el caso de los reactivos de conocimientos, representó un punto para cada respuesta correcta y cero puntos para respuestas incorrectas, en tanto que en los reactivos de evaluación de actitudes, se asignó un punto positivo a la respuesta de atracción o comprensión lógica (actitud positiva) y un punto negativo, en el caso de que la respuesta elegida fuera de rechazo, incompreensión irracional o de falta de identificación con el grupo de riesgo (actitud negativa).

3.- REACTIVOS DE CONOCIMIENTOS

Se incluyeron 28 reactivos de conocimientos, de los que se obtuvo el grado de dificultad, estimándose un piso de 2 reactivos con cero dificultad (22 y 36) y un techo o grado máximo de dificultad de 93.75 % (15), el promedio del índice de dificultad de la prueba fue de 34.598 % y una desviación estandar de 24.176 %.

Habría que establecer que el grado de dificultad se refiere al porcentaje de personas de un universo que contestan correctamente un reactivo, de tal manera que entre más sujetos aciertan la respuesta, más fácil se considera dicho reactivo. Para hacer más comprensible este índice, el cero corresponde al grado de dificultad más simple, llamado piso de una prueba y el índice 100 corresponde a los reactivos más difíciles, conocido como techo del test.

Para obtener este indicador, se utilizó la fórmula:

$$\frac{(N - R_{sep. Correctas})}{N} \times 100 \quad N = \text{Número de Sujetos (16)}$$

Para estimar la confiabilidad de esta parte de la prueba, se obtuvo el índice de consistencia interna (Correlación de Pearson), siendo de 0.9875882, resultando ampliamente significativo, agrupándose posteriormente los reactivos por temas que involucran el conocimiento del síndrome, los medios y formas de contagio las medidas de prevención y por último los grupos de riesgo.

4.- REACTIVOS DE ACTITUD

Originalmente se consideraron 22 reactivos para evaluar actitudes hacia el síndrome, eliminándose posteriormente el número 49, por considerarse en comité de jueces, como falto de validez de contenido e irrelevante al concepto evaluado, quedando esta parte del instrumento con 21 reactivos.

Tomando en cuenta que en el caso de medición de actitudes, es necesario que cada reactivo discrimine a la población en forma ideal, en grupos homogéneos, lo cual aporta la mayor cantidad de grados de información y que la muestra constó de 16 sujetos con reactivos de dos opciones, es de esperarse que cada subgrupo se componga de 8 sujetos, aportando 64 unidades de información por reactivo (8 sujetos por 8 sujetos), por lo que se obtuvo el índice de discriminación de cada ítem multiplicando el total de sujetos con respuesta positiva por las de respuesta negativa, comparando porcentualmente el resultado contra las 64 unidades idealmente esperadas, obteniéndose de esta manera la efectividad por cada reactivo.

Dentro de este análisis, 4 reactivos resultaron con un índice de discriminación de cero (17, 26, 43 y 46), pero se consideró mantener su inclusión con la expectativa de obtener información cualitativa al realizar la aplicación.

5.- COMPORTAMIENTO DE LA MUESTRA

Se obtuvieron los porcentajes de ambas escalas para cada sujeto de la muestra, convirtiendo este resultado a una escala de 10 puntos a fin de hacerlas comparables.

En este caso no se comprobó la hipótesis de trabajo, al no corresponder puntualmente el grado de conocimientos con la actitud mostrada, lo que hace suponer que existen otras variables que intervienen en la generación de conductas actitudinales. A pesar de esto, puede observarse en la gráfica que existe una tendencia a comportarse ambas variables (conocimientos y actitudes) de manera homogénea a pesar de la dispersión de puntajes.

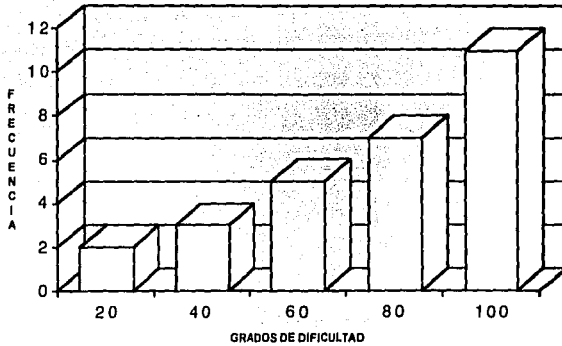
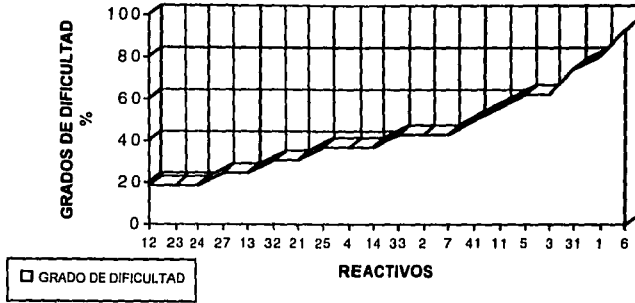
En la gráfica, las puntuaciones tipificadas y agrupadas en rasgos, nos permiten observar que la muestra, en ambas escalas, se comporta en forma normal (Campana de Gauss), lo cual nos indica que las escalas son comparables y válidas en su aplicación.

**GRADOS DE DIFICULTAD DE LOS
REACTIVOS DE CONOCIMIENTO**

REACT.	PTOS.	G.D.
22	16	0,00
38	16	0,00
10	15	6,25
16	15	6,25
20	15	6,25
8	13	18,75
9	13	18,75
12	13	18,75
23	13	18,75
24	13	18,75
27	13	18,75
13	12	25,00
32	12	25,00
21	11	31,25
25	11	31,25
4	10	37,50
14	10	37,50
33	10	37,50
2	9	43,75
7	9	43,75
41	9	43,75
11	8	50,00
5	7	56,25
3	6	62,50
31	6	62,50
1	4	75,00
6	3	81,25
15	1	93,75
N	28	28
	293	968,75
X	10,46	34,598
S	3,868	24,176
	0,9875	682

$$G.D. = \frac{(N - PTOS.)}{N} \times 100$$

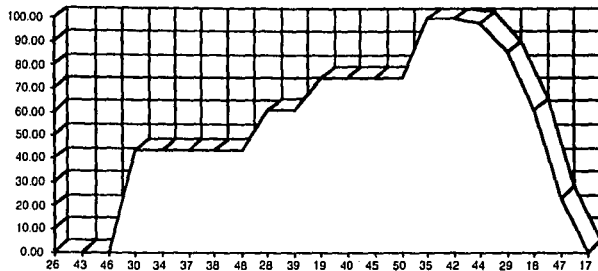
**GRADO DE DIFICULTAD DE LOS REACTIVOS DE
CONOCIMIENTO**



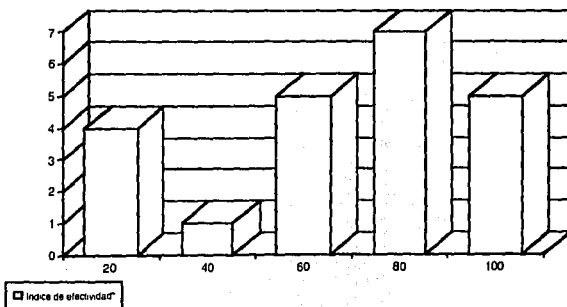
**INDICE DE DISCRIMINACION Y EFECTIVIDAD
DE LOS REACTIVOS DE ACTITUD**

RESPUESTAS			IND. DISCRIM		EFFECTI-
+	-	TOTAL	ESPER.	OBT.	VIDAD
16	0	16	64	0	0.00
16	0	16	64	0	0.00
16	0	16	64	0	0.00
14	2	12	64	28	43.75
14	2	12	64	28	43.75
14	2	12	64	28	43.75
14	2	12	64	28	43.75
14	2	12	64	28	43.75
13	3	10	64	39	60.94
13	3	10	64	39	60.94
12	4	8	64	48	75.00
12	4	8	64	48	75.00
12	4	8	64	48	75.00
12	4	8	64	48	75.00
8	8	0	64	64	100.00
8	8	0	64	64	100.00
7	9	-2	64	63	98.44
5	11	-6	64	55	85.94
3	13	-10	64	39	60.94
1	15	-14	64	15	23.43
0	16	-16	64	0	0.00
21	21	21	21	21	21
224	112	112	1344	710	1109.38
10.667	5.333	5.333	64	33.81	52.83
4.8	4.8	9.608	0	20.822	32.536

GRADO DE DIFICULTAD POR REACTIVO



DATOS AGRUPADOS DEL INDICE DE EFECTIVIDAD



**COMPORTAMIENTO DE
LA MUESTRA**

SUJ.	PUNTOS OBTENIDOS		ESCALA DE 10	
	CONOC.	ACT.	CONOC.	ACT.
1	17	13	6,07	6,19
2	19	14	6,78	6,67
3	23	15	8,21	7,14
4	21	13	7,5	6,19
5	15	15	5,35	7,14
6	18	15	6,43	7,14
7	19	15	6,78	7,14
8	23	15	8,21	7,14
9	22	18	7,86	8,57
10	13	15	4,64	7,14
11	13	12	4,64	5,71
12	17	12	6,07	5,71
13	15	11	5,35	5,24
14	22	13	7,86	6,19
15	17	16	6,07	7,62
16	19	12	6,78	5,71
N	16	16	16	16
	293	224	183,05	106,64
X	18,31	14	6,54	6,67
S	3,196	1,768	1,1425	0,8418
	0,03318642			

RESULTADOS

Para el análisis estadístico se obtuvo, en primer lugar, la correlación existente entre conocimientos y actitudes frente al SIDA en el total de la muestra, la cual está constituida por 200 sujetos adolescentes de nivel medio superior de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas Verdes, encontrándose que no existe ninguna correlación entre ellos.

Posteriormente se realizó la prueba de t de student, y se utilizó la tabla de "z", ya que esta tabla se utiliza para muestras mayores de 100, para encontrar si existían diferencias significativas entre las variables que se tomaron como base para este estudio: sexo, edad, si han tenido relaciones sexuales y si mantienen una relación de pareja.

En base a lo anterior se encontraron los siguientes resultados:

No existe ninguna correlación entre conocimientos y actitudes en el total de la muestra, ni tampoco en el análisis de los datos divididos según las variables que se manejaron.

No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a conocimientos, pero si en cuanto a actitudes.

En el 70.62 % de los casos existen diferencias significativas en las actitudes entre los adolescentes que si mantenían una relación de noviazgo y los que no, en el momento de la aplicación del cuestionario. En cuanto a conocimientos, podemos afirmar que en el 80.64 % de la muestra existen diferencias significativas. Los adolescentes que no tenían pareja son mayores y de igual forma presentan una actitud más positiva.

En el total de la muestra, dividiéndola en adolescentes que han tenido relaciones sexuales y adolescentes que no las han tenido, sin importar el sexo, en el 87.14 % de los casos si existen diferencias. Los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales mantienen una actitud más positiva frente al SIDA. En cuanto a conocimientos, prácticamente no se encuentran diferencias.

En el de 84.44 % de la muestra, en relación a las actitudes, se presentan diferencias entre los hombres y las mujeres adolescentes que han tenido relaciones sexuales y los que no.

Existe una diferencia en cuanto a actitudes entre hombres y mujeres que si han tenido relaciones sexuales en un 88.36 % de los casos y en un 80.98 % en los que no han tenido relaciones.

RESULTADOS

En las mujeres de 15 años existe una correlación significativa entre conocimientos y actitudes frente al SIDA, pero no existen diferencias significativas entre conocimientos y actitudes en hombres y mujeres

En los sujetos de 16 años no se encontraron diferencias.

Existe una diferencia significativa en las actitudes entre hombres y mujeres de 17 años. Las mujeres presentan una actitud más positiva y mayores conocimientos frente a este problema.

En los adolescentes de 18 años tampoco existen diferencias significativas.

RESULTADOS

RESULTADOS
TOTAL DE LA MUESTRA

SUJ	ACT	CON
1	8	23
2	0	23
3	2	17
4	0	23
5	-2	19
6	14	22
7	10	25
8	12	21
9	8	23
10	14	20
11	8	22
12	10	22
13	7	21
14	16	22
15	7	20
16	9	21
17	6	22
18	8	20
19	10	18
20	2	23
21	6	18
22	10	22
23	12	13
24	10	17
25	8	23
26	9	21
27	6	17
28	5	14
29	13	20
30	0	26
31	14	24
32	12	22
33	13	23
34	12	23
35	11	18
36	11	19
37	12	25
38	8	20
39	7	23
40	6	22
41	5	23
42	12	22
43	7	24
44	5	23
45	12	23

SUJ	ACT	CON
46	14	20
47	13	22
48	2	21
49	9	21
50	8	21
51	8	21
52	8	19
53	7	12
54	9	21
55	4	24
56	4	23
57	-3	14
58	6	23
59	6	19
60	8	24
61	10	17
62	0	19
63	12	23
64	18	18
65	8	18
66	8	18
67	9	20
68	0	23
69	9	12
70	8	16
71	8	23
72	11	19
73	10	18
74	2	21
75	0	20
76	2	18
77	3	20
78	10	19
79	1	16
80	3	20
81	2	20
82	9	20
83	10	21
84	11	20
85	3	18
86	18	20
87	14	21
88	13	17
89	5	19
90	9	25

SUJ	ACT	CON
91	9	19
92	12	20
93	13	20
94	9	20
95	5	23
96	7	23
97	10	22
98	4	23
99	9	19
100	7	16
101	10	25
102	4	18
103	8	22
104	9	16
105	8	17
106	10	17
107	12	20
108	6	21
109	8	23
110	2	16
111	14	23
112	1	16
113	8	19
114	0	13
115	4	21
116	16	23
117	8	22
118	12	22
119	14	22
120	2	14
121	7	20
122	12	19
123	6	25
124	8	20
125	12	24
126	13	27
127	5	22
128	8	22
129	2	22
130	1	21
131	3	20
132	3	21
133	-4	22
134	6	21
135	5	19

RESULTADOS

RESULTADOS
TOTAL DE LA MUESTRA

SUJ	ACT	CON
136	9	23
137	2	24
138	-4	25
139	5	21
140	2	23
141	4	19
142	10	19
143	6	23
144	8	20
145	2	21
146	12	21
147	-3	22
148	8	24
149	12	21
150	0	21
151	7	20
152	14	15
153	5	20
154	5	15
155	7	22
156	-1	22
157	2	22
158	2	21
159	5	16
160	4	18
161	2	20
162	0	20
163	0	23
164	7	24
165	6	15
166	7	17
167	0	20
168	-2	21

SUJ	ACT	CON
169	4	20
170	2	20
171	8	21
172	8	22
173	8	25
174	10	22
175	7	19
176	6	23
177	7	21
178	6	21
179	8	21
180	3	21
181	5	21
182	8	24
183	10	21
184	7	23
185	-6	15
186	-1	17
187	6	17
188	6	19
189	6	19
190	11	15
191	2	16
192	6	22
193	6	23
194	3	24
195	6	24
196	2	21
197	4	22
198	-2	19
199	7	24
200	4	21

RESULTADOS

**RESULTADOS FINALES
POR SEXO
MASCULINO**

SUJ	ACT	CON
2	0	22
4	0	23
5	-2	19
6	14	22
19	10	18
20	2	23
22	10	22
25	8	23
27	6	17
28	5	14
30	0	26
31	14	24
34	12	23
37	12	25
38	8	20
40	6	22
42	12	22
50	8	21
52	8	19
53	7	12
54	8	21
55	4	24
58	6	22
59	6	19
60	8	24
61	10	17
62	0	19
63	12	23
65	8	18
66	8	18
67	9	20
68	0	23
71	8	23
72	11	19
73	10	18
74	2	21
75	0	20
76	2	18
79	1	16

SUJ	ACT	CON
80	3	20
81	2	20
82	9	20
84	11	20
85	3	18
90	9	25
100	7	16
102	4	18
104	9	16
105	8	17
107	12	20
111	14	23
112	1	16
114	0	13
115	4	21
116	16	23
117	8	22
118	12	22
119	14	22
120	2	14
121	7	20
123	6	25
124	8	20
126	12	27
127	6	22
130	1	21
131	3	20
132	3	21
133	-4	22
134	6	21
135	5	19
136	9	23
137	2	24
138	-4	25
139	5	21
140	2	23
142	10	19
143	6	23
144	8	20

SUJ	ACT	CON
145	2	21
148	8	24
149	12	21
150	0	21
151	7	20
152	14	15
154	5	15
155	7	22
156	-1	22
159	5	16
160	4	18
161	2	20
163	0	23
164	7	24
165	6	15
167	0	20
168	-2	21
169	4	20
175	7	19
177	7	21
178	6	21
181	5	21
182	8	24
183	10	21
184	7	23
185	-6	15
186	-1	17
187	6	17
188	6	19
189	6	19
190	11	15
193	6	23
195	6	24
196	2	21
197	4	22
198	-2	19
199	7	24
200	4	21

**RESULTADOS FINALES
POR SEXO
FEMENINO**

SUJ	ACT	CON
1	8	25
3	2	17
7	10	25
8	12	21
9	8	23
10	14	20
11	8	22
12	10	22
13	7	21
14	16	22
15	7	20
16	9	21
17	6	22
18	8	20
21	6	18
23	12	13
24	10	17
26	9	21
29	13	20
32	12	22
33	13	23
35	11	18
36	11	19
39	7	23
41	5	23
43	7	24
44	5	23
45	12	23
46	14	20
47	13	22
48	2	21
49	9	21
51	8	21
56	4	23
57	-3	14
64	16	18
69	9	12
70	8	16
77	3	20
78	10	19
83	10	21
86	16	20

SUJ	ACT	CON
87	14	21
88	13	17
89	5	19
91	9	19
92	12	20
93	13	20
94	9	20
95	5	23
96	7	23
97	10	22
98	4	23
99	9	19
101	10	25
103	8	22
106	10	17
108	6	21
109	8	23
110	2	16
113	8	19
122	12	19
125	12	24
128	8	22
129	2	22
141	4	19
146	12	21
147	-3	22
153	5	20
157	2	22
158	2	21
162	0	20
166	7	17
170	2	20
171	6	21
172	8	22
173	6	25
174	10	22
176	6	23
179	8	21
180	3	21
191	2	19
192	6	22
194	3	24

RESULTADOS POR EDAD

15 AÑOS

MUJERES			
SUJ	E	ACT	CON
13	15	7	21
14	15	16	22
108	15	6	21
110	15	2	16
125	15	12	24
162	15	0	20
179	15	6	21

HOMBRES			
SUJ	E	ACT	CON
67	15	9	20
119	15	14	22
123	15	6	25
156	15	-1	22

16 AÑOS

MUJERES			
SUJ	E	ACT	CON
3	16	2	17
15	16	7	20
18	16	8	20
23	16	12	13
24	16	10	17
39	16	7	23
44	16	5	23
46	16	14	20
51	16	8	21
57	16	-3	14
70	16	8	16
77	16	3	20
87	16	14	21
88	16	13	17
89	16	5	19
91	16	5	19
103	16	8	22
106	16	10	17
147	16	-3	22
158	16	2	21
171	16	6	21
172	16	5	22

HOMBRES			
SUJ	E	ACT	CON
6	16	14	22
53	16	7	12
54	16	8	21
56	16	4	24
58	16	6	22
59	16	6	19
62	16	0	19
63	16	12	23
71	16	8	23
74	16	2	21
80	16	3	20
90	16	9	25
102	16	4	18
104	16	9	16
105	16	8	17
127	16	6	22
130	16	1	21
133	16	-4	22
136	16	9	23
139	16	5	21
142	16	10	19
159	16	5	16
177	16	7	21
178	16	6	21
195	16	6	24

RESULTADOS

MUJERES

SUJ	E	ACT	CON
1	17	8	25
7	17	10	25
8	17	12	21
10	17	14	20
12	17	10	22
16	17	9	21
17	17	6	22
26	17	9	21
29	17	13	20
32	17	12	22
33	17	13	23
35	17	11	18
41	17	5	23
43	17	7	24
45	17	12	23
47	17	13	22
48	17	2	21
56	17	4	23
64	17	16	18
69	17	9	12
83	17	10	21
86	17	16	20
92	17	12	20
93	17	13	20
94	17	9	20
95	17	5	23
98	17	4	23
99	17	9	19
101	17	10	25
105	17	8	23
122	17	12	19
128	17	8	22
129	17	2	22
141	17	4	19
153	17	5	20
157	17	2	22
170	17	2	20
173	17	6	25
176	17	6	23

17 AÑOS

SUJ	E	ACT	CON
2	17	0	22
5	17	-2	19
20	17	2	23
23	17	10	22
25	17	8	23
27	17	5	17
28	17	5	14
30	17	0	26
31	17	14	24
34	17	12	23
38	17	8	20
42	17	12	22
50	17	8	21
60	17	8	24
66	17	8	18
68	17	0	23
73	17	10	18
75	17	0	20
79	17	1	16
84	17	11	20
100	17	7	16
111	17	14	23
112	17	1	16
114	17	0	13
115	17	4	21
116	17	16	23
121	17	7	20
131	17	3	20
134	17	6	21
137	17	2	24
138	17	4	25
140	17	2	23
145	17	2	21
148	17	8	24
149	17	12	21
152	17	14	15
154	17	5	15
155	17	7	22
161	17	2	20

HOMBRES

SUJ	E	ACT
163	17	0
165	17	6
169	17	4
175	17	7
198	17	-2
199	17	7
200	17	4

RESULTADOS

18 AÑOS

MUJERES			
SUJ	E	ACT	CON
9	18	8	23
11	18	8	22
21	18	6	18
49	18	5	21
78	18	10	19
96	18	7	23
97	18	10	22
113	18	8	19
146	18	12	21
166	18	7	17
180	18	3	21
191	18	2	19
192	18	6	22
194	18	3	24

HOMBRES			
SUJ	E	ACT	CON
4	18	0	23
19	18	10	18
37	18	12	25
40	18	6	22
52	18	8	19
61	18	10	17
65	18	8	18
72	18	11	19
76	18	2	18
81	18	2	20
82	18	9	20
85	18	3	18
107	18	12	20
117	18	8	22
118	18	12	22
120	18	2	14
124	18	8	20
126	18	12	27
132	18	3	21
135	18	5	19
143	18	6	23
144	18	8	20
150	18	0	21
164	18	7	24
167	18	0	20
168	18	-2	21
181	18	5	21
182	18	8	24
183	18	10	21
184	18	7	23
185	18	-6	15
186	18	-1	17
187	18	6	17
188	18	6	19
189	18	6	19
190	18	11	15
193	18	6	23
197	18	4	22

RESULTADOS
NO TIENEN PAREJA

MUJERES

SUJ	ACT	CON
1	8	25
3	2	17
7	10	25
13	7	21
14	16	22
15	7	20
17	6	22
18	6	20
21	6	18
23	12	13
24	10	17
29	13	20
33	13	23
36	11	19
43	7	24
44	5	23
45	12	23
46	14	20
47	13	22
66	16	20
88	13	17
91	9	19
94	9	20
95	5	23
96	7	23
97	10	22
101	10	25
103	8	22
106	10	17
110	2	16
113	8	19
122	12	19
125	12	24
129	2	22
146	12	21
158	2	21
172	8	22
179	8	21
191	2	19
192	6	22
194	3	24

SUJ	ACT	CON
4	0	23
19	10	18
22	10	22
25	8	23
30	0	26
34	12	23
37	12	25
38	6	20
40	6	22
42	12	22
50	6	21
52	8	19
54	6	21
59	6	19
60	6	24
68	0	23
71	6	23
74	2	21
80	3	20
81	2	20
82	9	20
84	11	20
100	7	16
102	4	18
107	12	20
114	0	13
115	4	21
116	16	23
117	8	22
118	12	22
119	14	22
121	7	20
123	6	25
126	12	27
130	1	21
131	3	20
132	3	21
134	6	21
136	9	23
138	-4	25
139	5	21

HOMBRES

SUJ	ACT	CON
142	10	19
144	8	20
148	8	24
151	7	20
152	14	15
154	5	15
156	-1	22
159	5	16
163	0	23
164	7	24
169	4	20
175	7	19
177	7	21
178	6	21
182	8	24
185	-6	15
187	6	17
188	6	19
189	6	19
193	6	23
195	6	24
196	2	21
196	-2	19
200	4	21

SI TIENEN PAREJA

MUJERES

SUJ	ACT	CON
8	12	21
9	8	23
10	14	20
11	8	22
12	10	22
16	9	21
26	9	21
32	12	22
35	11	18
39	7	23
41	5	23
48	2	21
49	9	21
51	8	21
56	4	23
57	-3	14
64	16	18
69	9	12
70	8	16
77	3	20
78	10	19
83	10	21
87	14	21
89	5	19
92	12	20
93	13	20
98	4	23
99	9	19
108	6	21
109	8	23
128	8	22
141	4	19
147	-3	22
153	5	20
157	2	22
162	0	20
166	7	17
170	2	20
171	6	21
173	6	25
174	10	22
176	6	23
180	3	21

SUJ	ACT	CON
2	0	22
5	-2	19
6	14	22
20	2	23
27	6	17
28	5	14
31	14	24
53	7	12
55	4	24
58	6	22
61	10	17
62	0	19
63	12	23
65	8	18
66	8	18
67	9	20
72	11	19
73	10	18
75	0	20
76	2	18
79	1	16
85	3	18
90	9	25
104	9	16
105	8	17
111	14	23
112	1	16
120	2	14
124	8	20
127	6	22
133	-4	22
135	5	19
137	2	24
140	2	23
143	6	23
145	2	21
148	12	21
150	0	21
155	7	22
160	4	18
161	2	20
165	6	15
167	0	20

HOMBRES

SUJ	ACT	CON
168	-2	21
181	5	21
183	10	21
184	7	23
186	-1	17
190	11	15
197	4	22
199	7	24

RESULTADOS**NO HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES**

MUJERES

SUJ	ACT	CON
1	8	23
3	2	17
7	10	25
8	12	21
9	8	23
10	14	20
12	10	22
13	7	21
14	16	22
15	7	20
16	9	21
17	6	22
18	8	20
21	6	18
23	12	13
24	10	17
29	13	20
32	12	22
33	13	23
35	11	18
36	11	19
39	7	23
41	5	23
43	7	24
44	5	23
45	12	23
47	13	22
51	8	21
56	4	23
57	-3	14
64	16	18
68	9	12
70	8	16
77	3	20
83	10	21
87	14	21
88	13	17
89	5	19
91	9	19
92	12	20
93	13	20

HOMBRES

SUJ	ACT	CON	SUJ	ACT	CON
94	9	20	20	2	23
96	5	23	22	10	22
96	7	23	25	8	23
97	10	22	30	0	26
98	4	23	34	12	23
101	10	25	37	12	25
103	8	22	42	12	22
108	6	21	53	7	12
110	2	16	55	4	24
113	8	19	63	12	23
129	12	24	73	10	18
129	2	22	90	9	25
141	4	19	102	4	18
146	12	21	104	9	16
153	5	20	112	1	16
157	2	22	123	6	25
158	2	21	124	8	20
162	0	20	133	-4	22
166	7	17	139	5	19
170	2	20	142	10	19
171	6	21	151	7	20
172	8	22	155	7	22
174	10	22	166	-1	22
176	6	23	159	5	16
179	8	21	161	2	20
180	3	21	177	7	21
191	2	19	195	6	24
192	6	22	196	2	21

SI HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES

MUJERES		
SUJ	ACT	CON
11	8	22
26	9	21
46	14	20
48	2	21
49	9	21
78	10	19
80	16	20
99	9	18
106	10	17
109	8	23
122	12	19
126	8	22
147	-3	22
173	6	25
194	3	24

HOMBRES		
SUJ	ACT	CON
61	18	17
62	16	19
65	18	18
66	17	18
67	15	20
68	17	23
71	16	23
72	18	19
74	16	21
75	17	20
76	18	18
79	17	16
80	16	20
81	18	20
82	18	20
84	17	20
85	18	18
100	17	16
105	16	17
107	18	20
111	17	23
114	17	13
115	17	21
116	17	23
117	18	22
118	18	22
119	15	22
120	18	14
121	17	20
126	18	27
127	16	23
130	16	21
131	17	20
132	16	21
134	17	21
136	16	23
137	17	24
138	17	25
139	16	21
140	17	23
143	18	23
144	18	20
145	17	21
148	17	24
149	17	21
150	18	21
152	17	15
154	17	15
160	17	18
163	17	23
164	18	24
165	17	15
167	16	20
168	18	21
169	17	20
175	17	19
178	16	21
181	18	21
182	18	24
183	18	21
184	18	23
185	18	15
188	18	17
187	18	17
188	18	19
189	18	19
190	18	15
193	18	23
197	18	22
198	17	19
199	17	24
200	17	21

RESULTADOS
TOTAL DE LA MUESTRA

	CONOCIM.	ACTITUDES
	20,515	6,83
r	0.08322	

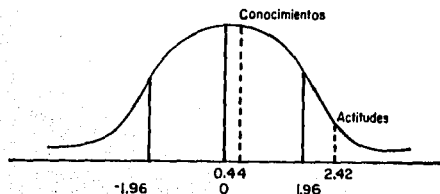
No existe ninguna correlación entre conocimientos y actitudes en adolescentes de nivel medio superior de la U.V.M.

NOTA: Puntajes promedio

	MUJERES	HOMBRES	Z
CONOCIM.	20,64000	20,39000	0,44563
ACTITUDES	7,88000	5,78000	2,42752
r	0,00748	0,12305	

No existe correlación entre conocimientos y actitudes en el total de la muestra, ni diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a conocimientos, pero si en cuanto a actitudes.

NOTA: Puntajes promedio



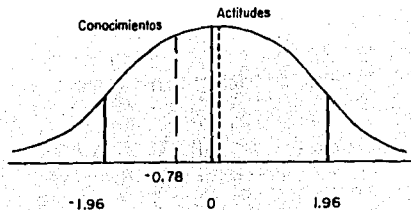
NOTA: +(-) 1.96 = 95% de confiabilidad

POR EDAD**15 AÑOS**

	MUJERES	HOMBRES	Z
CONOCIM.	20,71400	22,25000	(0,78780)
ACTITUDES	7,28500	7,00000	0,05470
r	0,70560	0,18040	

En las mujeres si existe correlación entre conocimientos y actitudes, en los hombres no. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

NOTA: Puntajes promedio



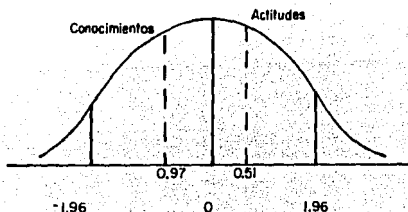
NOTA: +(-) 1.96 = 95% de confiabilidad

16 AÑOS

	MUJERES	HOMBRES	Z
CONOCIM.	19,31800	20,48000	(0,97760)
ACTITUDES	6,95400	6,04000	0,51790
r	0,07549	0,04573	

No existe correlación entre conocimientos y actitudes en los adolescentes de 16 años, ni tampoco diferencias significativas entre hombres y mujeres.

NOTA: Puntajes promedio



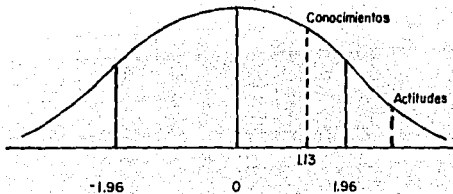
NOTA: +/- 1.96 = 95% de confiabilidad

17 AÑOS

	MUJERES	HOMBRES	Z
CONOCIM.	21,29260	20,35410	1,13270
ACTITUDES	8,75600	5,54160	2,48430
r	0,23930	0,05920	

No existe correlación entre conocimientos y actitudes en los adolescentes de 17 años. pero si existe una diferencia significativa en las actitudes. Las mujeres presentan una actitud más positiva que los hombres.

NOTA: Puntajes promedio



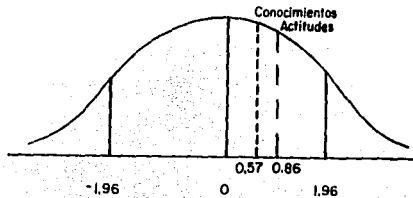
NOTA: +(-) 1.96 = 95% de confiabilidad

18 AÑOS

	MUJERES	HOMBRES	Z
CONOCIM.	20,78500	20,20500	0,57840
ACTITUDES	7,07100	5,79400	0,86560
r	0,02278	0,27680	

No existe ninguna correlación entre conocimientos y actitudes en adolescentes de 18 años, ni tampoco diferencias significativas entre conocimientos y actitudes.

NOTA: Puntajes promedio



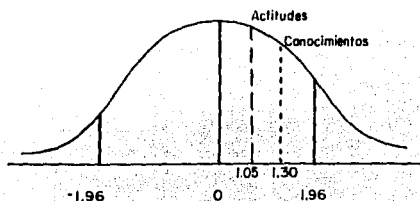
NOTA: +(-) 1.96 = 95% de confiabilidad

TOTAL DE LA MUESTRA**RELACIÓN DE PAREJA**

	MUJERES	HOMBRES	Z
CONOCIM.	20,83900	20,11700	1,30135
ACTITUDES	7,10370	6,17020	1,05348
r	0,09781	0,06476	

No existe correlación entre conocimientos y actitudes entre los adolescentes, aún teniendo relaciones de noviazgo. Existe diferencia no significativa entre los que mantienen una relación de noviazgo y los que no. Existe una diferencia no significativa en los conocimientos.

NOTA: Puntajes promedio



NOTA: $+(-) 1.96 = 95\%$ de confiabilidad

RELACIÓN DE PAREJA

POR SEXO

Mujeres	SI	NO
CONOC.	20,51100	20,82500
ACTIT.	7,16200	8,65000
r	0,19490	0,01513

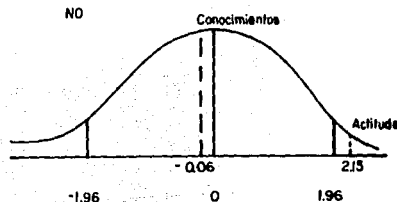
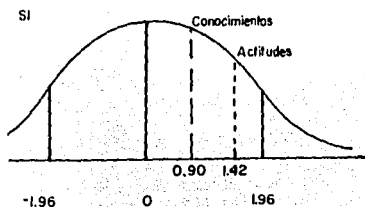
Hombres	SI	NO
CONOC.	19,78400	20,87600
ACTIT.	5,33000	6,13800
r	0,07694	0,13727

HOMBRES Y MUJERES

Z	SI	NO
CONOCIM	(0,06720)	0,90390
ACTITUDES	2,15650	1,42190
r	0,19490	0,01513

No existe correlación entre conocimientos y actitudes entre los adolescentes sin importar que hayan tenido relación de pareja. No existen diferencias significativas en las actitudes entre hombres y mujeres que no tienen relación de noviazgo y los que si.

NOTA: Puntajes promedio



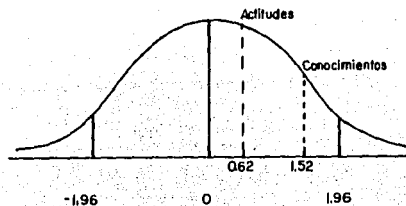
NOTA: +(-) 1.96 = 95% de confiabilidad

RELACIONES SEXUALES

	SI	NO	Z
CONOCIM.	20,33000	20,68000	1,52040
ACTITUDES	6,01900	7,35000	0,06278
r	0,07083	0,05116	

No existe correlación entre conocimientos y actitudes en el total de la muestra, ni diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a conocimientos, pero si en cuanto a actitudes.

NOTA: Puntajes promedio



NOTA: +(-) 1.96 = 95% de confiabilidad

RELACIONES SEXUALES

POR SEXO

Mujeres	SI	NO
CONOC.	21,00000	20,56500
ACTIT.	8,06600	7,84000
r	0,50250	0,08590

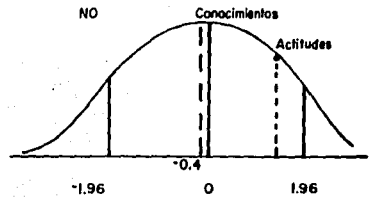
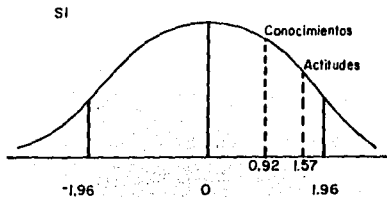
Hombres	SI	NO
CONOC.	20,21500	20,96400
ACTIT.	5,67000	6,14200
r	0,15220	0,02390

HOMBRES Y MUJERES

Z	SI	NO
CONO.	0,09297	(0,42170)
ACTIT.	1,57570	1,31830
r	0,07084	0,05116

No existe correlación entre conocimientos y actitudes entre los adolescentes sin importar que hayan tenido relaciones sexuales. No existen diferencias significativas en las actitudes ni en los conocimientos entre hombres y mujeres que no han tenido relaciones sexuales y los que si.

NOTA: Puntajes promedio



NOTA: +(-) 1.96 = 95% de confiabilidad

CONCLUSIONES

La adolescencia es un período de la vida en que tanto el individuo como la sociedad han de llegar a un acuerdo. El adolescente madura afirmándose como ser humano independiente, pero su sentido de competencia y de identidad depende de las maneras como responda a las obligaciones y asimile las experiencias primeras. Ha de descubrir cuáles son los compromisos que tiene con la sociedad y aprender a cumplirlos de manera satisfactoria, ha de adoptar los comportamientos propios de los roles a efectuar y ha de emplear los recursos de su sociedad para llevar a cabo esos cometidos.

A lo largo de la presente investigación y de acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que no existe ninguna correlación entre los conocimientos y las actitudes frente al SIDA en los adolescente de nivel medio superior de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas Verdes, aceptándose la hipótesis nula planteada para dicho estudio. En base a la teoría de la disonancia cognoscitiva de Festinger, se puede concluir que en los hombres si existe disonancia pero no existe tensión motivacional, ya que el adolescente, dado el impulso sexual que se origina durante esta etapa, trata de proteger la imagen que ha elaborado de sí mismo buscando la seguridad y se aleja de lo desconocido, es decir, lo que no es parte de su realidad actual.

CONCLUSIONES

Durante la adolescencia ocurren importantes diferencias sexuales en el desarrollo de la personalidad, muchas de las cuales se atribuyen a costumbres culturales y expectativas en cuanto a los papeles sexuales. En las mujeres se da un período de fluctuación entre sumisión y dominancia, teniendo al sentimentalismo y a ser más conservadoras. Los hombres van en dirección al idealismo y racionalismo y dejan en libertad la libido, según los estudios de Freud, durante la etapa genital.

En cuanto a las relaciones sexuales durante la adolescencia, podemos mencionar que el deseo de gratificación inmediata guarda una gran relación con la responsabilidad, y la habilidad para postergar la gratificación y refrenar la impulsividad que actúan como fundamento en la formación de la responsabilidad. Actualmente ha cambiado la concepción del coito prematrimonial, es lícito si lo practican los varones, pero no en el caso de las mujeres, siendo permitido para ellas, dentro de la ética de la "liberalidad con afecto", por lo cual el coito prematrimonial será lícito siempre y cuando esté enamorada.

El conflicto entre valores opuestos no es raro durante la adolescencia y es instigado por las relaciones con coetáneos y con los padres así como por los propios sentimientos del adolescente sobre lo bueno y lo malo. El conflicto de valores en una sociedad democrática a veces es duro para un individuo inmaduro y con poca experiencia. Sin embargo, los conflictos de valor suelen encontrarse con mayor frecuencia en el área de las relaciones interpersonales.

Para cambiar y desarrollar las actitudes en los jóvenes, los adultos tendrán más éxito si permiten que el adolescente participe en la toma de decisiones. Esto le

ofrecerá una oportunidad de probarse a sí mismo y de sentirse una persona responsable.

En el caso específico del SIDA, la educación del carácter es necesaria y deseable en el desarrollo de los adolescentes, pero debe abarcar lo bueno tanto del individuo como de la sociedad. Deberá reconocerse la importancia de las diferencias individuales y no habrá de ser estrecha y autoritaria. En base al estudio realizado se observó que no existe una base sólida de educación sexual, por lo tanto, los maestros deben fomentar la educación sexual del carácter, interesándose menos por los dispositivos para la enseñanza de "rasgos", y prestarle más atención a la enseñanza de hábitos apropiados al ofrecer oportunidades consistentes y regulares para practicar la conducta apropiada frente al sexo.

La forma más eficaz de inducir a un adolescente a una conducta sexual responsable sin actividades de alto riesgo es otorgarle responsabilidad, se le deberá dar máxima autonomía e independencia tan pronto como pueda asumirlas, en base al enfrentamiento del problema y de la realidad, ya que éste es el único medio de prevención efectivo. A los padres y maestros les convendría proporcionar "experiencia" educativa y de crianza que ofrezcan crecientes oportunidades para el ejercicio de dicha responsabilidad.

El lugar que ocupan los diversos medios de comunicación en la conducta del adolescente se puede considerar más objetivamente no en términos del efecto de cada uno de esos medios, sino en términos del impacto enfocado sobre un adolescente que vive en un mundo en el que tiene contacto con todos los medios de comunicación y en el cual todos éstos se conjugan para influenciar su

CONCLUSIONES

comportamiento. Cualquier medio de comunicación es popular para un adolescente siempre y cuando satisfaga su necesidad en el momento. En base la afirmación anterior, podemos concluir que las campañas de información y prevención manejadas por CONASIDA no han llegado a producir gran impacto en la modificación de las actitudes de los adolescentes frente a este problema. Por lo tanto sugerimos que el enfoque efectivo para guiar la conducta del adolescente consiste en conocer las cosas por las que cabría esperar que un joven de cualquier sexo mostrara interés; lograr alguna apreciación de sus necesidades, deseos, gustos y aversiones; y entonces utilizar estos conocimientos. En esta forma los libros, periódicos, revistas, tiras cómicas, la radio, la televisión, el cine, el teatro y las conferencias se convertirían no en un fin en sí mismos sino en un medio para llegar a un fin, para la prevención contra el SIDA y por consiguiente a un cambio de actitud.

BIBLIOGRAFIA

ARTICULOS

- "EDUCACION SOBRE EL SIDA UN BUEN COMIENZO", Temas sobre salud mental serie L, 1989, número 8, septiembre; México, D:F.
- 1989, "SIDA", CONASIDA, año 3, Enero, México, D:F.
- Chavarría Pedro. La revista de Investigación Clínica. "ALTERACIONES GASTROINTESTINALES EN EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA" México, Vol. 39, Suplemento, 1987.
- Gaceta CONASIDA, "EL SIDA, SU IMPACTO SOCIAL Y DEMOGRAFICO", México, Año 1, Num. 1, 1989.
- Gaceta CONASIDA. "HABLEMOS DE NUMEROS. DE JOVENES. MUJERES E INFECTADOS POR EL VIH", México, Año II, Num. 1, 1989.
- García Horacio F. "CONTRAPUNTO EN LA CUARTA DIMENSION", México, Vol. II, Num. 148, 1988.
- Investigación Psicológica. "PERCEPCION Y AUTOPERCEPCION DE RIESGO ANTE EL CONTAGIO DEL VIH EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS", UNAM, Facultad de Psicología. Vol. II, No. 1, 1992.
- Lic. Barrera Gabriel 1990, "SIDA", Psicología Educativa Sexología bimestral, México, D:F:, julio-agosto 1993.
- Loredo Abdalá Arturo. "SIDA: COMPORTAMIENTO CLINICO DE LA ENFERMEDAD EN LACTANTES", México, Vol. 45, abril 1988.
- México. Sistema Nacional de Salud. "BOLETIN MENSUAL SIDA", CONASIDA, Vol. 4, Num. 2, 1990.

BIBLIOGRAFIA

- México. Sistema Nacional de Salud. "BOLETIN MENSUAL SIDA/ETS". CONASIDA; Vol. 8, Num. 1, 1994.
- México. Sistema Nacional de Salud. "BOLETIN MENSUAL SIDA/ETS". CONASIDA; Vol. 8, Num. 2, 1994.
- México. Sistema Nacional de Salud. "BOLETIN MENSUAL SIDA/ETS". CONASIDA; Vol. 5, Num. 7, 1991.
- Revista Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social. "SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. EVIDENCIA DE INFECCION POR UN NUEVO VIRUS (VIH-2)". México, Vol. 27, Num. 2, 1989.
- Reyes Gutierrez Edgardo. La Revista de Investigación Clínica, "SARCOMA DE KAPOSI TEMPRANO EN PIEL ASOCIADO A SIDA", México, Vol. 39, Suplemento, 1987.
- Scientific American. "THE MOLECULAR BIOLOGY OF THE AIDS VIRUS". United States of America, October 1988.
- World Health Organization, 1990, "WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD" No. 27, Génova, 1990.

LIBROS

- Barri Sinoussi, 1987, "EL SIDA EN PREGUNTAS". Los más recientes descubrimientos del Instituto Pasteur, Editorial Edivisión, México, D.F:
- Cassuto Patrice-Jill, Pesce Alain, Quaranta Francois-Jean, "SIDA". Ed. Paidós, Argentina, 1987.
- Consuegra Nuñez R. 1988, "PROBLEMAS MÉDICOS DE LOS ADOLESCENTES". Editorial Científico-Técnica, Cuba.
- Cueli José, Reidl Lucy, "TEORIAS DE LA PERSONALIDAD". Ed. Trillas, México, 1979.

BIBLIOGRAFIA

- Daniels G. Víctor, "SIDA SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA", Ed. Manual Moderno, 2da. edición, México, 1988.
- Dicaprio N: S: "TEORIAS DE LA PERSONALIDAD". Ed. Interamericana, 2a. Edición, México, 1985.
- Erikson H. Erik, "SOCIEDAD Y ADOLESCENCIA" Ed. Siglo Veintiuno, México, 1974.
- Gallo Robert, "VIRUS HUNTING AIDS. CANCER & THE HUMAN RETROVIRUS" a Story of Scientific Discovery, Ed. A New Republic Book Basic Books, United States of America, 1991.
- Gotwald William y Holtz Golden G. "SEXUALIDAD. LA EXPERIENCIA HUMANA". Ed. Manual Moderno, México, 1983.
- Grinder R. 1976, "ADOLESCENCIA", Editorial Limusa, México.
- Harrison, 1989, "PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA". tomo II, Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill, México, D:F.
- Hild Sigurd Dr. "LA EDUCACION SEXUAL DE LOS NIÑOS". Ed. Circulo de Lectores, México, 1981.
- Horrocks E. John, "PSICOLOGIA DE LA ADOLESCENCIA", Ed. Trillas, México, 1989.
- Peñaloza Rojas J. 1989,. "LO ESENCIAL SOBRE EL SIDA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD"., Ediciones Paulinas, México, D:F.
- Pérez Martínez R. 1986, "ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMITIDAS". Problema de salud pública, enfoque clínico epidemiológico, Sto. Domingo, República Dominicana.
- Piaget Jean, "SEIS ESTUDIOS DE PSICOLOGIA". Ed. Ensayo Seix Barral, sexta edición, México, 1975.

BIBLIOGRAFIA

- Rascon Ch. Octavio A., "INTRODUCCION A LA ESTADISTICA DESCRIPTIVA", Ed. Universidad Nacional Autónoma de México, Volumen I, México, 1983.
- Salvia J. y Ysseydyke J.E. "EVALUACION EN LA EDUACACION ESPECIAL", Ed. El Manual Moderno, México, 1981.
- Sánchez Cuauhtémoc Carlos, "JUVENTUD EN EXTASIS", Ed. Selectas Diamante, 2da. edición, 1993.
- Sépulveda Amor Jaime, "SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MEXICO", Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1991.
- Snezhnevski A. "MANUAL DE PSIQUIATRIA", Ed. Mir, Moscú, 1987.
- Stanislawski E., 1989, "EL MEDICO FRENTE AL SIDA", Editorial CONASIDA, México, D:F.
- Varios, 1985, "CONSULTOR DE PSICOLOGIA INFANTIL Y JUVENIL, LA ADOLESCENCIA", Tomo III, Editorial Océano, España.
- Varios, 1976, "MONOGRAFIA DE LA ADOLESCENCIA MEXICANA DE PSIQUIATRIA INFANTIL", Desarrollo infantil normal, Monografía I, México.
- Varios, "EDUCACION PARA LA SEXUALIDAD HUMANA", Ed. Universidad Pedagógica Nacional, México, D.F., 1984.
- Varios, "LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD HUMANA INDIVIDUO Y SEXUALIDAD", Vólumen 3, Ed. Consejo Nacional de Población, México, 1982.
- Villanueva Jorge, "TODO LO QUE USTED NECESITA SABER SOBRE EL SIDA, Y COMO EVITARLO", Ed. Casiopea, México, D:F., 1988.
- W. Von Eih August, Gündel Johannes, "EL RETO DEL SIDA", Ed. Herder, Barcelona, 1988.
- Wayne W. Daniel, "ESTADISTICA CON APLICACIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES Y A LA EDUCACION", Ed. Mc. Graw Hill, México, 1979.

BIBLIOGRAFIA

- Wolman B. Benjamín, "TEORIAS Y SISTEMAS CONTEMPORANEOS EN PSICOLOGIA", Ed. Martínez Roca, España, 1968.

TESIS

- Alfaro Martínez Lilia "SEXUALIDAD Y SIDA EN EL ADOLESCENTE". UNAM, 1991.
- Bárcenas Gress J. L. "SIDA CAMPAÑAS PREVENTIVAS Y LOS ALUMNOS DE LA UAM XOCHIMILCO", Asesor Mucifío Gómez J., 3 de Febrero de 1989,
- Cruz Pérez Ma. Guadalupe. "ACTITUD SEXUAL ANTE EL SIDA", México, UNAM, 1991.
- Encinas Patricia, "CAMPAÑA DE SALUD CONTRA EL SIDA", UVM, 1989.
- Ramírez González Luz "ACTITUD FRENTE A LA CAMPAÑA" UNAM, 1989