



40  
21

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

INFORMACION Y PREVENCION DEL SIDA EN LA ESCUELA  
SECUNDARIA FEDERAL "IGNACIO RAMIREZ" (PROPUESTA DE  
UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD)

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL  
P R E S E N T A N :  
MARTINEZ JAIMES OSCAR  
PALMA FLORES SILVIA VIRGINIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **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.

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCION . . . . .	1
CAPITULO 1. "ASPECTOS GENERALES DEL SIDA" . . . . .	4
1.1. Concepto de la enfermedad . . . . .	4
1.1.1. Vías de transmisión . . . . .	7
1.1.1.1. Transmisión sexual . . . . .	8
1.1.1.2. Transmisión sanguínea . . . . .	13
1.1.1.3. Transmisión perinatal . . . . .	16
1.1.2. Evolución de la enfermedad . . . . .	20
1.1.2.1. Entrada del virus . . . . .	20
1.1.2.2. Etapa del silencio . . . . .	21
1.1.2.3. Seroconversión . . . . .	22
1.1.2.4. Infección asintomática . . . . .	22
1.1.2.5. Desarrollo de la enfermedad . . . . .	23
1.1.3. Manifestaciones clínicas . . . . .	23
Manifestaciones neurológicas por VIH . . . . .	24
-Encefalopatía por VIH . . . . .	25
-Mielopatía por VIH . . . . .	25
-Neuropatía periférica . . . . .	26
Manifestaciones gastrointestinales . . . . .	27
Manifestaciones respiratorias . . . . .	28
Manifestaciones dermatológicas . . . . .	29

	Pág.
Otras manifestaciones . . . . .	29
-Neoplasias relacionadas con la infección por VIH . . . . .	30
-Púrpura trombocitopénica . . . . .	30
1.2. Efectos de la enfermedad . . . . .	31
1.2.1. Efectos sociales . . . . .	31
1.2.1. Efectos económicos . . . . .	36
1.2.3. Efectos psicológicos . . . . .	39
<b><u>CAPITULO 2. "EDUCACION PARA LA SALUD"</u></b> . . . . .	45
2.1. Concepto . . . . .	45
2.1.1. Objetivos . . . . .	50
2.1.2. Campos de acción . . . . .	52
2.1.3. Importancia de la educación para la salud . . . . .	55
2.2. Educación para la salud y SIDA en México . . . . .	57
<b><u>CAPITULO 3. "ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD"</u></b> . . . . .	67
3.1. Adolescencia: etapa de transición . . . . .	67
3.2. Iniciación del adolescente en el comportamiento sexual . . . . .	70
3.2.1. Enamoramiento . . . . .	70
3.2.2. Noviazgo . . . . .	72
3.2.3. Masturbación . . . . .	73
3.2.4. Las primeras relaciones sexuales . . . . .	76
3.3. Desarrollo sexual . . . . .	79
3.3.1. Maduración sexual . . . . .	79
3.4. Identidad social . . . . .	84
3.5. Identidad sexual . . . . .	88

	Pág.
3.5.1. Adaptación adecuada . . . . .	90
3.5.2. Adaptación insatisfactoria . . . . .	92
CAPITULO 4. "LA PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD" . . . . .	95
4.1. Generalidades de trabajo social . . . . .	95
4.1.1. Definición . . . . .	95
4.1.2. Objetivos . . . . .	96
-Objetivo general . . . . .	96
-Objetivo específico . . . . .	97
4.1.3. Funciones . . . . .	98
4.2. Intervención del licenciado en trabajo social en el área de la salud . . . . .	98
4.2.1. Concepto . . . . .	99
4.2.2. Objetivos . . . . .	101
-Objetivo general . . . . .	101
-Objetivo específico . . . . .	101
4.2.3. Funciones . . . . .	102
-Salud pública . . . . .	103
-Area nutricional. . . . .	108
-Area médico-hospitalaria. . . . .	110
-Area psiquiátrica . . . . .	113
4.2.4. Perfil profesional del trabajo social en el área de la salud. . . . .	114
CAPITULO 5. "INVESTIGACION DE CAMPO" . . . . .	119
5.1. Aspectos metodológicos generales . . . . .	119

	Pág.
5.1.1. Planteamiento del problema . . . . .	119
5.1.2. Objetivos . . . . .	121
-Objetivo general . . . . .	121
-Objetivo específico . . . . .	121
5.1.3. Hipótesis . . . . .	121
5.1.4. Selección de la muestra . . . . .	122
5.1.5. Diseño del instrumento . . . . .	122
5.1.6. Recopilación de la información . . . . .	123
5.1.7. Procesamiento de datos . . . . .	123
5.1.8. Interpretación de datos . . . . .	123
5.1.9. Análisis de datos . . . . .	145

CAPITULO 6. "PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION  
PARA LA SALUD DE INFORMACION Y PREVEN-  
CION DEL SIDA" . . . . . 147

-Justificación . . . . .	147
-Políticas . . . . .	150
-Objetivos . . . . .	151
-Metas . . . . .	152
-Organización . . . . .	155
-Recursos . . . . .	155
-Evaluación . . . . .	156
Conclusiones . . . . .	157
Sugerencias . . . . .	161

Anexo 1

Anexo 2

Anexo 3

## Anexo 4

### GLOSARIO

### BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

En 1981 el mundo conoció uno de los problemas más graves de la Infectología y la Salud Pública, en primera instancia en los Estados Unidos de Norteamérica y posteriormente en otros países, nos referimos al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

El SIDA es una enfermedad mortal, hasta la fecha incurable que ha ocasionado la muerte de miles de seres humanos en diversos puntos del planeta.

Esta enfermedad presenta un periodo de incubación extenso (el promedio que tiene entre la infección y la sintomatología es de 30 a 60 meses en adultos y de 20 a 40 meses en niños, sin embargo se han observado periodos de hasta 9 años entre la infección y el desarrollo de la enfermedad) y para la cual aún no se espera contar a corto plazo con vacuna o tratamiento eficaz para combatirla.

Actualmente se conocen ya las nefastas consecuencias que tiene el SIDA en términos de sufrimiento humano, impacto social y gastos de atención médica, y al no respetar ninguna clase de barrera socioeconómica o étnica la única forma efectiva para reducir la proliferación del virus es mediante la educación del público acerca de las formas de evitar la infección.



El presente trabajo se encuentra dirigido a la población adolescente, considerando que este período es de gran importancia en la vida posterior del individuo y representa como lo veremos más adelante un sector factible al contagio del SIDA.

Este documento inserta en un primer apartado los aspectos generales de la enfermedad, mencionándose su concepto, evolución, manifestaciones clínicas y efectos sociales, económicos y psicológicos, en el segundo capítulo se aborda el tema de educación para la salud señalando su participación en la prevención del SIDA, en tercer término destacaremos la relación adolescencia-sexualidad, lo cual permitirá una mejor comprensión del adolescente en su vida sexual y social, retomándose esto como punto de partida hacia la elaboración de un Programa de Información y Prevención del SIDA, dirigido a este sector de la población, en el siguiente capítulo se describe la participación del Licenciado en Trabajo Social en el área de la Salud, ubicando a éste como el profesional capaz de desarrollar diseños de investigación y manejar funciones tales como la planeación, organización, supervisión y coordinación de programas de acción social tendientes a prevenir las enfermedades y elevar el nivel de vida de la población, en el penúltimo capítulo se darán a conocer los aspectos metodológicos utilizados en la investigación de campo. Finalmente se presenta

la propuesta de un Programa de Educación para la Salud dirigido a informar y prevenir sobre el SIDA a la población estudiantil de la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez".

## CAPITULO 1

### "ASPECTOS GENERALES DEL SIDA"

#### 1.1. Concepto de la enfermedad.

SIDA son las siglas con las que se conoce al Síndrome\* de Inmunodeficiencia\* Adquirida, enfermedad causada por los virus de la inmunodeficiencia humana 1 y 2 (VIH y VIH 2) que incapacitan una parte del sistema inmunológico (defensa del cuerpo humano).

El SIDA es una enfermedad nueva de carácter pandémico\* con vías de transmisión diversas, con un largo periodo de incubación\* durante el cual el individuo infectado ya es infectante, es decir, que puede transmitir la enfermedad. Es de elevada letalidad\* y no existen recursos inmunopreventivos o terapéuticos efectivos para su curación. Afecta fundamentalmente a células de los sistemas nervioso central e inmunológico.

Esta enfermedad afecta la capacidad que tiene el organismo para combatir infecciones, su diagnóstico se realiza por evaluación médica (auxiliada por la prueba de laboratorio denominada ELISA\* la cual manifiesta la presencia del virus en el organismo), cuando la vida de una persona se encuentra amenazada por enfermedades que por lo general no

---

\* Ver glosario

se presentan en otras que tienen funcionando normalmente su capacidad para combatir infecciones.

Las dos enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en pacientes con SIDA son una forma de neumonía provocada por un microbio llamado Pneumocytis carinii, y una forma rara de cáncer que afecta a la piel y al recubrimiento de los vasos sanguíneos, llamado Sarcoma de Kaposi\*. Estas enfermedades no son causadas por el virus del SIDA, el virus causa la disminución de las defensas que permiten el desarrollo de estas enfermedades y que son las últimas causas de muerte en los pacientes con SIDA.

Las personas que padecen SIDA también suelen contraer infecciones poco comunes ocasionadas por parásitos u hongos, que se pueden manifestar en forma de cuadros diarreicos o infección en la boca conocida comúnmente como algodoncillo.

Al principio de la epidemia\* se difundió la idea de que solamente los homosexuales estaban expuestos a adquirir la enfermedad pero en la actualidad se sabe que toda la población es susceptible al contagio de los virus VIH y VIH-2 (bisexuales, receptores de transfusiones sanguíneas, hemofílicos\*, parejas sexuales de pacientes con SIDA y algunos de sus hijos).

Sin embargo existen grupos con prácticas de mayores probabilidades de contagio denominados de alto riesgo, entre los que des-

tacan:

- Homosexuales\* y bisexuales\* masculinos con vida sexual activa.

- Compañeros sexuales de pacientes con SIDA.

- Personas que han recibido varias transfusiones de sangre o sus derivados ( Antes de 1986).

- Adictos a drogas de administración intravenosa.

- Prostitutas.

- Heterosexuales\* que tienen varias parejas sexuales.

Desde que se identificó este Síndrome en 1982, se han hecho notables adelantos para la detección de su causa, determinar su mecanismo de acción detallando sus determinantes epidemiológicas y describiendo las abundantes complicaciones que le acompañan. No obstante, menos éxito se ha tenido en el establecimiento de un tratamiento eficaz contra el virus, aunque se ha autorizado un fármaco (azidotimidina o AZT) y algunos otros se encuentran en fase de pruebas clínicas. Por otra parte se han alcanzado adelantos en el tratamiento de las infecciones virales que suelen ser frecuentes entre pacientes con SIDA. Con respecto a la azidotimidina (AZT), se sabe que éste es incapaz de erradicar la infección aunque la reduce o controla.

### 1.1.1. Vías de transmisión.

En un inicio se pensó que el SIDA sólo afectaba a ciertos grupos de personas, por lo que el resto descansaba en la falsa seguridad de no correr peligro de infectarse. Sin embargo, conforme se ha obtenido más información sobre la nueva enfermedad se ha ido aclarando quiénes y cómo se pueden contagiar.

Actualmente se sabe que cualquier persona que se exponga al riesgo puede infectarse y que el SIDA afecta a hombres, mujeres y niños.

Tres son las vías de transmisión conocidos y confirmado de los virus responsables del SIDA. Según su frecuencia son:

1. El sexual, tanto homosexual masculino como heterosexual (de hombre a mujer o de mujer a hombre).

2. A través de sangre y hemoderivados, siendo la transfusión sanguínea el mecanismo más frecuente dentro de este grupo.

3. El perinatal puede ocurrir durante el embarazo, a través de la placenta, durante el parto o el postparto inmediato a través de la leche materna.

#### 1.1.1.1. Transmisión sexual.

Las investigaciones indican que el SIDA está asociado a las prácticas sexuales en donde existe un intercambio repetido de líquidos corporales.

Dependiendo del tipo de contacto de que se trate, los fluidos transferidos pueden ser: vaginales, saliva, orina, semen, moco rectal, heces fecales o sangre.

Las prácticas sexuales se encuentran clasificadas en tres categorías:

"1. Prácticas sin riesgo. Estas incluyen únicamente el contacto de piel sana con piel sana, en donde no existe intercambio de líquidos corporales, siendo estas prácticas las siguientes:

- a) Masturbación.
- b) Beso seco (en la mejilla).
- c) Masaje.
- d) Abrazos.
- e) Frotarse cuerpo con cuerpo.
- f) Actividades sadomasoquistas que no provoquen heridas.
- g) No compartir juguetes sexuales.\*

2. Prácticas de mediano riesgo. El riesgo que se corre en este tipo de prácticas es de intercambio de líquidos corporales como el semen.

a) Coito anal\* usando condón\*. El riesgo de transmitir el virus de una persona infectada a otra sana, es mínimo si el condón no se rompe y el semen no se derrama en el recto.

b) Sexo oral. Chupar el pene pero sin eyaculación en la boca. El que introduce el pene en la boca debe informar a su compañero cuando vaya a eyacular para no hacerlo dentro de la boca, y así evitar exponerse a grandes cantidades de semen. Si existen heridas en el interior de la boca (mucosa) o en los genitales, el riesgo es mayor.

Cualquier acción brusca que cause daño en la boca o genitales aumenta el riesgo de intercambiar líquidos corporales.

c) Besos con intercambio de saliva. Se sabe que la saliva puede contener el VIH, pero no se ha demostrado como mecanismo de transmisión eficiente.\*\*

d) Contacto con la orina. si la orina toca únicamente la piel sana, es decir la piel que no tenga heridas el riesgo es menor. No se debe permitir que la orina penetre en los ojos, nariz, boca, vagina o ano. \*\*

3) Prácticas de alto riesgo. En estas actividades se puede producir daño a la piel y mucosas (recubrimiento interno de la boca y el ano), provocando intercambio de líquidos.

\*\* Actualmente no existe un consenso entre los investigadores especialistas de esta enfermedad para determinar si la saliva y la orina son mecanismos eficientes de transmisión.



dos corporales como la sangre y el semen de personas infectador por el VIH y VIH-2 a personas que no están infectadas. Estas prácticas tienen alto riesgo, a menos que la pareja sea monógama.

a) Coito anal sin preservativo. Es una de las prácticas de más alto riesgo. Durante el coito anal, la mucosa del recto se daña, permitiendo el contacto directo de semen y sangre. Por lo que el riesgo de infección es alto tanto para el penetrado como para el que penetra.

b) Contacto ano/mano. Cuando esta práctica se realiza implica riesgo para las dos personas, ya que la mucosa del recto se daña durante esta práctica, lo que permite el paso directo de semen a la sangre; por otra parte, la piel de la mano está expuesta a la sangre y a los microbios que penetran a través de pequeñas heridas.

c) Sexo oral. Eyaculando en la boca y tragando el semen. El riesgo es alto, el VIH y VIH-2 se encuentra presentes en el semen de personas infectadas. La infección se lleva a cabo a través de la mucosa (recubrimiento interno de la boca), especialmente cuando existen heridas. El riesgo se reduce evitando eyacular dentro de la boca.

d) Contacto ano-boca. El virus que causa el SIDA se transmite a través del excremento contaminado con sangre.

Además, esta práctica permite la transmisión de parásitos y otro tipo de microbios. Si existen heridas en el interior de la boca el riesgo aumenta." (1)

La fuente de infección en todas las prácticas antes mencionadas la constituyen los individuos infectados, y la vía de salida del VIH y VIH-2 son las diferentes secreciones en donde ha sido aislado, es decir sangre, semen, secreciones vaginales, saliva, lágrimas y orina. La concentración del VIH y VIH-2 en cada uno de estos fluidos es diferente, es mayor en sangre, semen y secreciones vaginales.

Se desconoce el número exacto de exposiciones necesarias para una transmisión por vía sexual efectiva por VIH y VIH-2, pero se han documentado casos atribuibles a un solo contacto, y se debe a que el riesgo aumenta de manera directamente proporcional al número de relaciones sexuales con una o varias personas infectadas. (2)

En México al igual que en todos los países el mecanismo más frecuente de transmisión de los virus es el sexual, siendo éste el que mayores problemas preventivos plantea; por involucrar uno de los aspectos más íntimos y delicados

- (1) Secretaría de Salud. Información sobre el SIDA para el público en general. Ed. Dirección General de Epidemiología. México 1989. p.p. 5-7.
- (2) CONASIDA. Transmisión sexual del SIDA. (Boletín mensual de SIDA No. 1-2 año II). México 1988. p. 235.

de la conducta humana: la vida sexual. Es por otro lado, el que asocia a un mayor número de casos y al que, por lo tanto mayor atención debe prestarse. En tanto no se cuente con una vacuna o tratamiento efectivos, la educación y la modificación de prácticas que conlleven riesgo constituyen los únicos medios a través de los cuales se puede incidir en el problema. Es por ello que las campañas de difusión y prevención así como los programas educativos deben dar a conocer las formas más efectivas de ejercer la sexualidad en forma plena pero segura, orientando a los individuos con prácticas de alto riesgo o riesgo potencial para que modifiquen sus hábitos sexuales substituyéndolos por otros que han sido denominados "sexo protegido"\* (denominado anteriormente sexo seguro). El uso del preservativo o condón debe ser ampliamente difundido en las campañas educativas a nivel mundial como una medida efectiva para reducir el riesgo en la transmisión sexual del VIH y VIH-2.

Entre las recomendaciones generales de tipo médico sanitario cuya práctica disminuye indudablemente el riesgo de contraer la infección se encuentran las siguientes:

1. Tener una sola pareja sexual.
2. Evitar relaciones sexuales ocasionales.
3. Reducir el número de parejas sexuales.

### 1.1.1.2. Transmisión sanguínea.

En la actualidad, como se ha mencionado anteriormente, existen 3 mecanismos de transmisión de los virus VIH y VIH-2, De las tres la forma más segura de contraerla es a través de la sangre, pues la infección se desarrolla a partir de la invasión del virus a los linfocitos\*. Una vez incorporado a la estructura nuclear de estas células (específicamente los linfocitos T), el VIH se reproduce al mismo tiempo que destruye las estructuras celulares. (3)

La transmisión sanguínea del VIH y VIH-2 ocurre en las siguientes situaciones.

1. Recepción de sangre o sus productos.
2. Utilización de agujas y jeringas inadecuadamente esterilizadas (drogadicción, intravenosa, automedicación, escarificación\*).
3. Punción ocupacional.

Se ha probado que existe transmisión de los virus VIH y VIH-2 por la sangre completa, por componentes de la sangre, por plasma y por algunos factores de la coagulación (como los utilizados en pacientes hemofílicos, sin embargo, otros productos preparados a partir de sangre, como inmuno-

---

(3) O. Domínguez Torix J.L. Transmisión sanguínea del SIDA, acciones preventivas. (Salud Pública de México No. 4. Vol. 30) Ed. INSP. México 1988. p. 594.

globulinas, albúmina, fracciones protéicas del plasma y vacunas, como la de la hepatitis B, no transmiten la infección aún cuando la sangre usada para su obtención estuviera contaminada. Esta diferencia se debe a que en este segundo grupo mencionado hay pasos en la preparación de los productos, que inactivan al virus si es que está presente.

La transfusión de sangre de un donador infectado producirá infección en el 70% de los casos; esto depende si el donador está infectado desde hace mucho tiempo y, por lo tanto, está cerca de desarrollar la enfermedad, el riesgo de infectarse con su sangre es muy alto; en cambio, si adquirió la infección recientemente el riesgo disminuye. La transmisión implica un gran volumen de sangre administrado intravenosamente a un individuo.

Para la prevención de infección por VIH y VIH-2 en la disposición de sangre humana y sus componentes, así como órganos y tejidos humanos, en México se han adoptado las medidas preventivas siguientes considerando que éstas no pueden depender de los individuos, sino de las Instituciones:

"El 26 de mayo de 1986 se emitió la Norma Técnica para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos; en ella se incluyó al VIH dentro de la obligatoriedad de investigar serológicamente al donador para evitar la transmisión de padecimientos por la sangre.

El 27 de mayo de 1987, el Gobierno de la República decidió prohibir el comercio de la sangre, utilizando en adelante, como única fuente de obtención, la donación voluntaria y gratuita. Asimismo se aumentó la penalidad sensiblemente para quienes transgredan el ordenamiento.

Las instituciones del Sector Salud coordinadas por la Secretaría de Salud (SS) procedieron a substituir la sangre proveniente de proveedores autorizados, por sangre de donadores voluntarios.

En el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) se diseñaron programas de adiestramiento, tanto para el personal técnico del Banco de Sangre, como para supervisores en toda la República, a fin de que los primeros cumplieran con la Norma establecida y los segundos vigilaran su cumplimiento.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, fue modificado para adecuarlo a los cambios de la Ley General de Salud, y entró en vigor el 27 de noviembre de 1987". (4)

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 la vía intra-

---

(4) Domínguez Torix J.L. Op. cit. p.p. 594-595.

venosa. El intercambio de agujas contaminadas por el uso entre los grupos de drogadictos, asegura la transmisión del virus. (5)

Las medidas preventivas recomendables para evitar el contagio serían:

a) No compartir objetos personales punzocortantes como son: navajas de afeitar, agujas de tatuaje y de acupuntura.

b) No compartir jeringas.

#### 1.1.1.3. Transmisión perinatal.

El aumento del número de mujeres infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) trae como consecuencia el incremento de casos en niños, ya que una madre infectada puede contagiar a su hijo durante el embarazo, el parto o a través de la leche materna. A esta serie de mecanismos por los cuales se produce el contagio del VIH, se les denomina transmisión perinatal.

Cuando se embaraza una mujer portadora hay entre 40 y 70% de posibilidades de que le transmita la infección a su bebé; la transmisión perinatal, es tan eficaz como una transfusión de sangre infectada, ya que el virus llega al niño a través de la placenta. Cualquier factor que aumente

---

(5) Sinoussi F. Barré. El SIDA en preguntas. Ed. Edición. México. 1989. p. 168.

la cantidad de virus en la sangre materna favorece el contagio del bebé; esto sucede, por ejemplo, cuando la madre se encuentra en etapas avanzadas de la enfermedad o cuando ya tuvo un hijo infectado en un embarazo anterior. (6)

La mayoría de las madres infectadas, al igual que el resto de las personas con infección por VIH, viven durante periodos prolongados, en general varios años, sin ninguna molestia y signo que revele la enfermedad. De hecho, es frecuente que cuando un bebé nace y se le detecta el VIH, la madre no sepa que ella era portadora de esta enfermedad por encontrarse aparentemente sana.

Una mujer infectada puede transmitir el virus a su hijo por 3 mecanismos distintos:

1. Durante el embarazo, a través de la placenta, ya que la sangre de la madre y la del bebé circulan a través de esta estructura. Esta es la vía de transmisión más eficaz. "Todavía se desconoce el periodo exacto en que el VIH infecta al feto. Sin embargo, el VIH se ha detectado en tejidos fetales a los 15 y 20 semanas de gestación". (7)

2. En el momento del parto al existir contacto de secreciones vaginales o sangre materna infectada con la del niño, puede ocurrir transmisión del VIH. Este mecanismo es

---

(6) Uribe Z. Patricia. Como vivir con el virus del SIDA. (Boletín mensual del SIDA No. 31 Año I). Ed. CONASTIDA. México. 1989. p. 3.

(7) Organización Panamericana de la Salud. SIDA perfil de una epidemia. Ed. OPS, USA, 1989. p.



difícil de comprobar, ya que la transmisión puede haber ocurrido anteriormente a través de la placenta.

3. Por último, el virus de la inmunodeficiencia humana se excreta en la leche materna; algunos niños han adquirido la infección por haber sido alimentados al pecho.

El curso de esta nueva enfermedad no se conoce por completo y menos aún en los niños, pero se ha observado lo siguiente:

-Si la transmisión se lleva a cabo en etapas muy tempranas del embarazo puede ocurrir la pérdida del bebé, o sea, la madre presenta un aborto espontáneo.

-Si el embarazo llega a su término, el bebé puede padecer algunas alteraciones desde su nacimiento, (bajo peso, estatura, retraso mental, etc.).

-A pesar de haber adquirido la infección durante el embarazo o el parto, el niño nace con una apariencia normal, pero alrededor de los siete o doce meses se desarrolla la enfermedad, la cual se manifiesta de diferentes maneras.

Las alteraciones que más a menudo desarrollan los niños infectados por la transmisión perinatal son: infecciones repetidas y graves en las vías respiratorias, urinarias y en los huesos, o infecciones generalizadas; retraso o ausencia en el desarrollo psicomotor, falta de crecimiento

cerebral, aumento de volumen del hígado, de los ganglios en todo el cuerpo, diarrea y dificultad para aumentar de peso.

Para evitar la transmisión perinatal del VIH se recomiendan las siguientes medidas preventivas:

a) Información y orientación sobre aspectos generales del SIDA, sobre todo de los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas.

b) Realización de la prueba de detección del VIH a toda mujer embarazada que se encuentre en las siguientes situaciones:

-Que sospeche estar infectada o tenga síntomas de infección por VIH.

-Mujeres con múltiples parejas sexuales.

-Toda mujer que sea pareja sexual de hombres bisexuales, hemofílicos con múltiples transfusiones o seropositivos.

-Mujeres que se hayan sometido a una o más transfusiones sanguíneas de 1981 a 1986.

-Mujeres adictas a drogas intravenosas.

c) Evitar el embarazo si sabe con certeza que está infectada.

### 1.1.2. Evolución de la enfermedad.

Cada una de las enfermedades tiene su propia evolución natural; para definirla es necesario estudiar un grupo grande de pacientes y seguir su desarrollo durante períodos lo suficientemente prolongados para detectar las variantes que puede haber entre unos y otros individuos; en el caso del SIDA se han determinado los siguientes periodos:

#### 1.1.2.1. Entrada del virus.

Uno de los factores determinantes para la instalación de un microorganismo en el huésped es la puerta de entrada que utilice. El VIH puede penetrar al organismo, en forma de virión libre o como provirus\* asociado a alguna célula, principalmente por tres vías:

1. Directamente al torrente circulatorio por inoculación de sangre infectada a través de transfusiones o por empleo de jeringas no esterilizadas.

2. A través de mucosas lesionadas al ponerse éstas en contacto con fluidos corporales contaminados (mucosa rectal, vaginal, oral).

3. Por vía transplacentaria.

Las condiciones en las que se encuentre el huésped en el momento de la infección modifican la probabilidad de que la infección se instale. Si existe alguna infección conco-

mitante, en particular alguna de las enfermedades de transmisión sexual, la probabilidad aumenta, sobre todo si existen lesiones que favorezcan su entrada.

Dependiendo de la vía de entrada, la probabilidad de que el virus encuentre células susceptibles será distinta, siendo las células del SFM (Sistema Fagocítico Mononuclear\*) que se encuentran en el sitio de penetración las que primero se infectan.

Por otro lado parecen existir diferencias en cuanto a la efectividad de la infección si el virus se encuentra libre en los productos biológicos que sirven de vehículos de transmisión, o como provirus en células infectadas. (8)

#### 1.1.2.2. Etapa del silencio.

Una vez que el virus ha penetrado al organismo la infección que provoca puede permanecer en fase de latencia\* durante un tiempo variable que ha sido difícil precisar.

Durante esta fase el individuo se encuentra clínicamente sano y con los métodos disponibles en la actualidad, no es posible detectar anticuerpos\* contra el virus. Por esta razón se llama a este periodo, etapa del silencio. Sin embargo pueden detectarse antígenos\* mediante métodos inmunológicos (Prueba de Elisa).

---

(8) CONASIDA, Consideraciones sobre la inmunología del SIDA (C. Boletín mensual del SIDA No. 6 Año II). Ed. Conasida, México. 1988. p.p. 333-335.

Algunos individuos pueden presentar un cuadro febril agudo al que se suele llamar infección primaria, caracterizado por fiebre, dolor de garganta, diarrea, vómitos y síntomas neurológicos.

#### 1.1.2.3. Seroconversión.

Una vez transcurrida la etapa del silencio, el individuo infectado desarrolla niveles detectables de anticuerpos específicos contra el virus, es decir, se convierte en seropositivo.

Se denomina seroconversión al momento en que un paciente previamente negativo se vuelve positivo (el término es aplicable a cualquier prueba serológica no sólo a las relacionadas al diagnóstico de infección por VIH. El tiempo que transcurre entre la infección y la existencia de anticuerpos en cantidad suficiente como para ser detectable, es variable entre un paciente y otro; en promedio, es de 6 a 14 semanas, pero puede llegar a ser de varios meses, incluso más de 1 año. (9)

#### 1.1.2.4. Infección asintomática.

Desde que el individuo es seropositivo hasta que desarrolla la enfermedad pueden transcurrir hasta 5 años o más, esta etapa se conoce como infección asintomática.

---

(9) Sánchez Mejorada Gerardo et al. Historia natural de infección por VIH. (Sepúlveda Amor Jaime. SIDA, Ciencia y Sociedad en México). Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1989. p. 140.

Este periodo se encuentra libre en síntomas, sin que esto quiera decir, por un lado, que el paciente asintomático no puede transmitir el virus a otras personas y, por el otro, que no estén sufriendo un deterioro en su sistema inmunológico. (10)

#### 1.1.2.5. Desarrollo de la enfermedad.

Además de las alteraciones inmunológicas, existen algunos factores que parecen jugar un papel crucial en el paso de la infección asintomática al desarrollo de la enfermedad, éstos son: la presencia de otros microorganismos que actúan como cofactores; factores genéticos del huésped, características biológicas del virus, embarazo, etc.

Es probable que todos los pacientes infectados por VIH desarrollen SIDA como parte final del proceso evolutivo que esa infección implica. El sistema inmunológico no puede contener la aparición de infecciones por gérmenes oportunistas, y/o el desarrollo de tumores malignos. Al mismo tiempo aparecen manifestaciones clínicas de daño directo, externo e irreversible, producidos por el VIH en algunos tejidos, particularmente el Sistema Nervioso Central. (11)

#### 1.1.3. Manifestaciones clínicas.

Los síntomas que presentan los pacientes infectados

---

(10) Sánchez Mejorada. Op. cit. p. 146.

(11) Idem.

por el VIH y VIH-2 son muy variables y están en relación con las diferentes infecciones o con los tumores que es posible encontrar y, por supuesto, también con su localización en el organismo.

El SIDA puede iniciarse con diarrea crónica, pérdida de peso y fiebre prolongada, manifestaciones que generalmente se presentan de manera simultánea. En otras ocasiones el enfermo se puede presentar con fiebre prolongada e infección por *Cándida albicans*\* en boca y esófago. Con frecuencia se presenta como un cuadro de fiebre de origen desconocido, producido casi siempre por una infección generalizada (tuberculosis, salmonelosis, etc.).

A continuación se presenta una clasificación de las manifestaciones más frecuentes de acuerdo a la región anatómica que afecta.

#### MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS POR VIH.

El VIH tiene una importante afinidad por el Sistema Nervioso Central (que incluye el cerebro y la médula espinal), o periférico (todos los nervios periféricos), produciendo un daño de intensidad variable a esos niveles lo cual depende del grado de inmunodeficiencias. La mayoría de los pacientes con infección por VIH tendrá, en algún momento de su evolución, manifestaciones neurológicas que pueden deberse a infecciones secundarias o a efecto directo del virus. En

este último caso, básicamente existen 3 formas de presentación como se describen enseguida:

#### Encefalopatía por VIH.

Se caracteriza por una variable, aunque característica, constelación de alteraciones en las funciones cognoscitivas, motoras y conductuales. Los aspectos principales desde el punto de vista clínico son el deterioro y la pérdida progresiva de precisión en la ideación y control motor. Los pacientes refieren requerir cada vez de mayor tiempo para desarrollar funciones mentales que previamente realizaban con facilidad; asimismo pierden interés en su trabajo y actividades recreativas habituales. Un poco más adelante podrán tener dificultad para la coordinación motora asociada a movimientos anormales (principalmente temblores). El deterioro quizá lleve a un estado de mutismo total, incluyendo incontinencia de esfínteres (incapacidad para controlar voluntariamente la micción o la defecación). Estos trastornos se correlacionan con alteraciones metabólicas y atrofia\* en la corteza y ganglios basales cerebrales. (12)

#### Mielopatía por VIH.

"El término se refiere al daño a nivel de la médula espinal. Esta estructura está compuesta por innumerables fibras nerviosas que conducen información desde el cerebro hacia

---

(12) Ibidem. p. 148.



los diferentes órganos y tejidos, o bien en sentido inverso. Dichas fibras se van separando de la médula a diferentes niveles, de acuerdo a los segmentos corporales a los que se dirigen. Es por ello que las manifestaciones de la mielopatía dependen del nivel al que se produce el daño, resultando alteradas todas las funciones nerviosas que dependía de las fibras dañadas.

La mielopatía se manifiesta por pérdida del movimiento y sensibilidad en las zonas anatómicas inervadas por las fibras nerviosas afectadas. Cuanto más cerca del cráneo ocurra el daño, mayor será la zona comprometida (por ejemplo, una lesión medular a nivel del cuello se traducirá en parálisis de las cuatro extremidades; a nivel de la región lumbar, solamente comprometerá la función de las piernas y la continencia de los esfínteres)". (13)

Neuropatía periférica.

En este caso existe daño únicamente a nivel de las terminaciones nerviosas, pudiendo afectarse fibras con diferente distribución anatómica y función, lo cual repercute en manifestaciones diversas; por ejemplo, el daño a los nervios sensoriales se traduce en disminución en la capacidad de captación o trastornos en la transmisión de estímulos, con sensación de adormecimiento, hormigueos y dolor. si los afecta-

(13) Idem.

dos son nervios autónomos encargados de la regulación de órganos que no se pueden controlar a voluntad (como el corazón o los intestinos), se observa disfunción de los mismos (baja presión arterial, baja frecuencia cardíaca, diarrea o constipación, etc.). En caso de haber sido dañados los nervios encargados de hacer funcionar a los músculos, el efecto sería debilidad muscular y contracciones anormales de los mismos (calambres).

De estos cuadros, el único que hasta el momento es considerado "per se" indicativo del SIDA es la encefalopatía (Síndrome demencial); los otros rara vez se presentan aisladamente, por lo regular acompañan a otras manifestaciones de inmunodeficiencia.

#### MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES.

"El tracto gastrointestinal abarca desde la cavidad bucal hasta el orificio anal. A nivel de la boca, la lesión más común es la candidiasis\*; también son frecuentes la leucoplasia pilosa oral y las úlceras, habitualmente debidas al virus del herpes\* o al citomegalovirus. A nivel del esófago, la lesión más frecuente es la candidiasis (en muchas ocasiones acompañada de lesiones en la boca). A nivel del estómago, las infecciones son menos frecuentes, aunque pueda haber inflamación por los mismos agentes que dañan el esófago. Las infecciones a nivel intestinal se manifiestan por diarrea, dolor abdominal tipo cólico, y algunas veces por hemorragia

intestinal. La diarrea es la manifestación más frecuente en nuestro medio; sus causas son múltiples: el mismo VIH, parásitos, amibas, bacterias y virus. La diarrea se caracteriza por su persistencia y por su dificultad para resolverla; de hecho, los pacientes con diarrea persistente sufren un deterioro en sus condiciones generales mucho más dramático y rápido que pacientes con otro tipo de manifestaciones. La diarrea siempre se acompaña de pérdida de peso y frecuentemente, de fiebre. La hemorragia intestinal se debe a la formación de lesiones ulcerativas.

A nivel del ano las lesiones que más se presentan son las úlceras crónicas por herpes (ocasionalmente por otros virus), y los condilomas\*. (14)

#### MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS.

La presentación más común de alteraciones neumónicas en SIDA es la combinación de tos, dificultad respiratoria progresiva y fiebre. En países desarrollados, la neumonía por el parásito conocido como Pneumocystis carinii es, con mucho, la infección respiratoria secundaria más frecuente en pacientes con SIDA. En México la incidencia no es tan alta, pero sigue siendo la infección pulmonar predominante. (15)

---

(14) Ibidem. p. 150.

(15) Ibidem. p. 151.

## MANIFESTACIONES DERMATOLOGICAS.

Prácticamente ningún paciente con SIDA deja de tener problemas en la piel; la resequedad y descamación son sumamente comunes; también lo son la dermatitis seborréica\*, la folliculitis o el molusco contagioso (manifestado también por pequeñas verrugas). Otras infecciones son el herpes, la varicela y la tuberculosis cutánea. (16)

## OTRAS MANIFESTACIONES

El daño hepático\* es muy frecuente en pacientes con SIDA, y su magnitud es muy variable. Además de él las infecciones secundarias pueden producir artritis (inflamación de las articulaciones), daño a las glándulas suprarrenales (manifestada por lo que se conoce como síndrome de Addison, y que se refleja en un deficiente control de la presión arterial, de las reservas de sodio del organismo, y de otras importantes reacciones metabólicas), linfadenopatía (daño a los ganglios linfáticos que puede llegar a ser supurativo), daño al páncreas (con deficiente digestión por falta de las enzimas que ese órgano produce, o bien con diabetes por baja producción de insulina, daño renal, etc.). (17)

---

(16) Ibidem. P. 152.

(17) Idem.

## NEOPLASIAS RELACIONADAS CON LA INFECCION POR VIH.

### Sarcoma de Kaposi.

Se trata de una enfermedad tumoral que se presentaba, antes de la epidemia del SIDA, solamente en personas de edad avanzada, afectando principalmente las extremidades, y predominaba en ciertas regiones de Africa.

El sarcoma se origina en las células endoteliales, que son las que forman el recubrimiento interno de venas y arterias. La enfermedad se caracteriza por lesiones planas o ligeramente resaltadas, de un color púrpura característico, únicas o múltiples, que afectan la piel extendiéndose en ocasiones a ganglios y a todos los órganos internos. La extensión de la enfermedad correlaciona con el de severidad de la inmunodeficiencia.

### Púrpura trombocitopénica.

El término púrpura se aplica a un grado de enfermedades caracterizadas por deficiente coagulación, debida a su vez a la disminución en el número de plaquetas (trombocitopenia), que son las células sanguíneas responsables de la coagulación, a disfunción de estas células, o a excesiva fragilidad de los vasos sanguíneos.

Algunos pacientes infectados por VIH desarrollan una púrpura trombocitopénica, es decir, con bajo número de

plaquetas), lo cual puede ocurrir en diferentes etapas de la enfermedad: mientras algunos la presentan durante periodos en los que se encuentran libres de síntomas, en otros ocurre tardíamente, cuando ya se les ha establecido el diagnóstico del SIDA. (18)

## 1.2. Efectos de la enfermedad.

La infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituye un problema mundial urgente, de vastas dimensiones y consecuencias sociales, culturales, económicas, éticas y legales.

### 1.2.1. Efectos sociales.

El SIDA es una enfermedad nueva que ha tenido grandes repercusiones en todo el mundo. Las reacciones han sido múltiples y diversas y dependen en parte de la actitud de cada sociedad ante la sexualidad y los problemas sociales previamente existentes.

El rechazo a los enfermos de SIDA y a sus familiares y la segregación de que son objeto en las escuelas y centros de trabajo han llegado incluso a la agresión física. La falta de información sobre los mecanismos de transmisión del virus del SIDA, ligado a marcos socioculturales tradicionalistas limita la posibilidad de que el sidoso y su familia

---

(18) Ibidem. p.p. 152-153.

tengan un ambiente social adecuado para enfrentar la enfermedad.

En México, al igual que los países afectados por el SIDA, se estigmatiza a los pacientes de SIDA por ser enfermos y por homosexuales, a pesar de que este síndrome tiende a crecer entre los heterosexuales. Se asocia prejuiciosamente que toda persona infectada por el VIH es sospechoso de homosexualidad.

El peligro de esta actitud es la marginación que la sociedad pretende imponer a los enfermos como una medida equivocada para controlar a la enfermedad.

Se puede señalar que el SIDA ha generado simultáneamente por lo menos dos tipos de respuestas sociales: las medidas de salud y educación pública y por otro lado los prejuicios y el estigma.

En lo que respecta a las medidas de salud y educación pública, se llevan a cabo a través de prácticamente todos los medios de comunicación, destinados a producir cambios sin precedentes en la conducta íntima de los individuos.

Las diversas campañas oficiales tienden a impulsar el llamado "sexo seguro", la distribución masiva de preservativos y el llamado a la población en general que mantenga relaciones con pocas o de preferencia con una sola pareja sexual.

Es importante que las campañas sean específicas, directas y claras. Su contenido debe incluir la importancia del SIDA como problema de salud pública, vías de transmisión, prácticas de sexo seguro, en especial el uso del condón y peligros derivados del uso compartido de jeringas.

Los programas de prevención deberán estar dirigidos a la población en general, los grupos con prácticas de alto riesgo, y los enfermos. Respecto a la población en general el objetivo es la modificación de las prácticas riesgosas - y el control de los productos relacionados con la transmisión del SIDA. La intención es disminuir el número de sujetos expuestos al riesgo y también las probabilidades de circulación del virus en la población general.

Con relación a los grupos de riesgo, el propósito de las acciones es la prevención de la infección en los sujetos que aún no están infectados.

En lo que se refiere a los enfermos la estrategia es de otro tipo, como ayuda psicosocial al individuo afectado y su familia.

Las medidas de salud y educación pública, adoptadas reflejan en gran medida la idiosincracia de nuestra sociedad.

Por otro lado; el SIDA refuerza algunos prejuicios" ya existentes de parte de los "normales" y por otro, estigmatiza socialmente a sus víctimas.



Algunos autores han distinguido 5 grados de prejuicio, dependiendo de su intensidad. Ya que el prejuicio es ante todo una actitud negativa, esta diferenciación por grados atiende básicamente a los tipos de actitudes que una persona o grupo de personas puede adoptar.

El primer grado es la anti-locución o rechazo verbal. En el caso de los homosexuales y de los enfermos de SIDA, este grado de prejuicio aparece ampliamente generalizado en la población. El segundo grado es el esquivamiento de la tendencia a evitar a una persona. El tercer grado es la discriminación propiamente dicha, o la tendencia a excluir (del trabajo, de la escuela, de un lugar público, etc.) a ciertas personas.

Los siguientes dos grados de prejuicio están estrechamente vinculados con actividades altamente agresivas y por ende, son más peligrosas que las tres anteriores.

En efecto, el cuarto grado tiene que ver con el ataque físico y el quinto con el exterminio de una persona o grupo.

Como se ha señalado anteriormente, el SIDA no sólo refuerza prejuicios, sino que además estigmatiza a sus víctimas.

Goofman E. en su obra "Estigma: la identidad deteriorada" distingue 3 tipos de estigma:

Primero, los que tienen que ver con deformidades y enfermedades físicas. En esta categoría se inscriben los

leprosos, los sifilíticos, los mutilados y, al parecer, también los enfermos de SIDA.

Segundo, los que son percibidos como una falta de voluntad o como resultado de pasiones antinaturales o de creencias rígidas o falsas. En este grupo se incluyen a los exconvictos, drogadictos, alcohólicos, prostitutas, homosexuales, etc.

Y tercero, los que se asocian a una raza, nación o religión, transmisibles por herencia y contaminadores por igual de todos los miembros de una familia. Aquí se incluye a los judíos, negros, indios, etc.

El caso de los enfermos de SIDA es, en consecuencia, doblemente patético, pues son portadores, de acuerdo a un criterio generalizado de la sociedad, de dos de las tres posibles clases de estigma: se les estigmatiza en cuanto a enfermos y en cuanto a homosexuales.

Al hablar de prejuicio y estigma, entonces se hace referencia a 4 modalidades sociales diferentes: se puede ser prejudicado, se puede ser estigmatizado, se puede ser ambas o ninguna.

Posiblemente las razones de estigmatización de los enfermos de SIDA, y el cúmulo de prejuicios que existen en torno a esa enfermedad guarden estrecha relación, primero con las características de la enfermedad, segundo con las características de los grupos hasta ahora más afectados, y, con

las características de los grupos perjudiciados.

#### 1.2.2. Efectos económicos.

Actualmente el SIDA está produciendo cambios importantes en el perfil de las enfermedades que sufren los pueblos a nivel mundial.

El Tercer Mundo se ve doblemente afectado, en primera instancia por el azote de las enfermedades infecciosas ancestrales (tifoidea, sarampión, paludismo, etc.) aunado al avance de las "enfermedades del desarrollo" (cáncer, herpes, infecciones pulmonares, etc.).

En segundo término, el SIDA surge en medio de la más profunda crisis de los últimos tiempos reclamando a la medicina paliativa recursos que de otra forma se hubieran destinado a la prevención y a la curación de dichas enfermedades.

"En México, entre el comienzo de la crisis económica, en enero de 1982 y diciembre de 1987, el gasto per cápita del Sector Salud sufrió un recorte de 48%, con una tasa de descenso anual de 11%. Tan drástica caída se explica por la incapacidad de sostener el presupuesto ante la inflación, las exigencias del pago de la deuda externa, y el escaso crecimiento de la economía.

Dentro del ámbito preventivo, el gasto considera los

subprogramas de control de enfermedades transmisibles, de atención oportuna de enfermedades y capacitación de la población.

En el ámbito curativo, el presupuesto destinado a la hospitalización es el que se verá mayormente afectado por el SIDA". (19)

Un paciente con diagnóstico de SIDA necesita en promedio 2 consultas al mes, con costos de operación de 26.6 dólares (\$80,704.00 pesos mexicanos) por consulta y 20 dólares mensuales (\$60,680.00) en medicamentos. Si se trata de un paciente con complejo relacionado con SIDA, y se le recetan antitirales como AZT y Retrovir (el primero de ellos considerado como el más eficaz para prolongar la vida del paciente) los costos en medicamentos aumentan considerablemente, debido a que el tratamiento con AZT cuesta aproximadamente 20,000 dólares (\$60'680,000.00) al año cada frasco con 100 cápsulas cuesta 180 dólares (\$546,120.00), y el paciente debe tomar 6 tabletas diarias. Generalmente este tipo de tratamiento sólo le es administrado a pacientes de amplios recursos económicos, debido al alto costo que posee.

---

(19) González. Block Miguel Angel. Tendencias del gasto sectorial y requerimientos presupuestales para el SIDA en 1991. (Sepúlveda Amor Jaime. SIDA, Ciencia y Sociedad en México). Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1989 p. 457.

Cada paciente con SIDA es internado un promedio de 48.2 días por año, a razón de 200 dólares diarios (\$606,800.00). Si la media de sobrevivida después del diagnóstico de SIDA es de 1 año, cada paciente llega a consumir 288 dólares (\$873,792.00) en consulta externa, en promedio, y 240 dólares (728,160.00) en medicamentos, los cuales aunados a la hospitalización, arroja un total de 12,760 dólares (\$38'713,804).\*\*

Actualmente las Instituciones del Sector Salud están subsidiando, en promedio dos tercios de estos gastos, la tercera parte la pagan directamente los pacientes, a partir de un estudio socioeconómico realizado a cada uno. No obstante es claro que cualquiera que sea su nivel, el pago de esa cantidad representa un gasto catastrófico que afectará drásticamente el futuro de la familia entera.

Por otro lado la economía Nacional se ve mermada por el SIDA ya que a los jóvenes y a los adultos en plena productividad, esto es, el grueso de la población económicamente activa, es a quienes más afecta la enfermedad y ocasiona muertes debidas al SIDA. Se calcula que aproximadamente el 90% de las personas que tienen SIDA, o el Síndrome Complejo de Enfermedades relacionadas con el SIDA\* o que han contraído el VIH, pertenecen al grupo de edad económicamente productivo. Así pues, aún prescindiendo de los tremendos sufrimientos y pérdidas de vidas humanas que todo ello entraña, resulta

---

\*\* La conversión del dólar a peso mexicano se realizó de acuerdo al valor del dólar el día 6 de julio de 1991 (3,034.00).

evidente que el VIH y el SIDA puedan surtir también terribles efectos económicos a la vez directamente por las pérdidas que ocasionan en la escasa mano de obra calificada, e indirectamente, a causa del crecimiento vertiginoso de los gastos de seguridad social.

### 1.2.3. Efectos psicológicos del SIDA.

El efecto que tiene en un individuo saber que es portador del VIH o que tiene SIDA independientemente del mecanismo por el cual contrajo el virus dependen de su estructura de carácter y personalidad y del contexto social en el cual vive y se desarrolla, pero es inevitable que pase por todo un complejo proceso psicológico que inicia con la no aceptación de la enfermedad y transcurre por diversas fases que varían de un individuo a otro.

Así personas jóvenes, de pronto se enfrentan a una nueva situación que no saben como manejar; sus perspectivas cambian, no saber qué hacer ni qué esperar.

El proceso no es fácil. Una persona con VIH, como se mencionó anteriormente, pasa por diversas fases en las cuales hay sentimientos de culpa, negación, sentimiento de pérdida, pérdida de la autoestima, pérdida del bienestar, angustia, ira, miedo a la muerte, miedo al rechazo, miedo al abandono, incertidumbre y desesperanza; todos estos sentimientos se entremezclan y es muy importante contar con

alguien cercano dispuesto a brindar su apoyo en el momento que se necesite.

Existe evidencia de que los portadores del VIH experimentan mayor estrés que las personas que ya tienen SIDA.

Es más difícil aceptar que se está infectado cuando el individuo se ve bien y se siente bien físicamente, que cuando su cuerpo manifiesta las consecuencias del mal.

Las reacciones psicológicas de los pacientes seropositivos varían de acuerdo a su historia, patología predominante antes de saberse infectados; sin embargo, existen rasgos de personalidad observables en la mayoría de ellos, (pérdida de la autoestima, miedo a lo desconocido, rechazo a la sociedad "sana", etc.).

La infección por el VIH, representa en los pacientes una reacción catastrófica que pone a prueba su integridad psicológica, de esta integridad dependen la capacidad de superar la crisis, mantener una etapa de transición y establecer una resolución a esta crisis. Esta reacción catastrófica está vinculada inicialmente con la pérdida de la salud y por consiguiente con la muerte.

Esto es vivido como una reacción de duelo que en el aspecto psicológico individual no se diferencia de otras enfermedades terminales; se han determinado cinco fases por

las que pasa el paciente terminal; éstas son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Todas estas fases presentan un carácter adaptativo y se desarrollan indistintivamente, sin seguir un orden de importancia.

Durante la primera fase conocida como "negación", el paciente trata de evitar el dolor psíquico de saberse infectado, mantiene sus actividades y conductas previas a los resultados, lo que implica que continúe con actividades de alto riesgo, dando por descontado que puede presentar síntomas físicos y/o psicológicos, por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista. Cuando el paciente ha pasado el impacto inicial, comienza a hacer preguntas, las cuales deben ser contestadas de manera adecuada, es decir, informando sobre su real situación física y evitando dar falsas esperanzas. Es frecuente en esta etapa la actitud hipomaniaca y de exaltación. (20)

Pasada la fase de negación, se vuelve irascible y difícil, desplaza su angustia, envidia y agresión a las personas que lo rodean, esta agresión puede ir dirigida hacia individuos en particular, o hacia la población en general, culpándolos de ser responsables de su enfermedad, cuestionándose constantemente ¿por qué yo?, a esta fase se le conoce como "ira".

(20) Ressi Luisa, Asistencia Psicológica a pacientes infectados por VIH (Sepúlveda Amor, Jaime. SIDA, Ciencia y Sociedad en México). Op. cit. p. 210.



Estas dos etapas son de singular importancia, en el caso de los pacientes diagnosticados como seropositivos, porque es precisamente en este periodo donde puede infectar a otros.

La tercera fase es la "negociación", en ella el paciente generalmente pacta con alguna forma sobrenatural de existencia o fuera de su realidad inmediata, maneja conscientemente parte de su conflictiva interna y pide un tiempo para intentar hacer cambios en su vida. Esta fase representa una forma de adaptación que trata de subsanar las culpas, con el fin de posibilitar la esperanza de restaurar la salud. (21)

Con la tercera fase termina, el individuo entra en franca "depresión", analizando sus pérdidas. La fórmula subjetiva es: "Lo he perdido todo, ahora el mundo no tiene sentido, estoy infectado". Cuando los pacientes obtienen un resultado positivo, tratan de influir sobre las personas de su entorno para que les devuelvan su autoestima perdida, demostrando su desdicha y forzando su afecto. Así, existe una permanente necesidad de suministros afectivos que puedan elevar su autoestima, caracterizándose por su dependencia de tipo narcista en la elección de una pareja, tendiendo a cambiar de compañía con frecuencia -de ahí que muchos pacientes desconozcan quién pudo haberlos infectado, cuando

---

(21) Valencia Alfredo. Op. cit. p. 198.

el medio de transmisión fue por vía sexual. Se acompañan en tener un "buen entendimiento", siendo incapaces de contribuir a ello, argumentando que "no son entendidos"; se sienten desválidos, sin esperanzas para un futuro próximo, sensación que suele ir en aumento cuando han tomado la decisión de integrarse a ningún proceso terapéutico, junto a la posibilidad -en algunos casos no alejada de la realidad- de perder su trabajo, casa, amigos, familia, pareja, etc. La mayoría de las veces son pérdidas que ellos han provocado por el monto de angustia y/o culpa que sienten respecto a la infección. Este aislamiento social aparece por periodos que varían desde un par de semanas después de saberse infectados, hasta meses o incluso años; el aislamiento social está íntimamente ligado con las relaciones de tipo afectivo que el paciente haya podido desarrollar y mantener a lo largo de su vida; se caracteriza por miedo injustificado de infectar a otros, lo que ocasiona que se alejen, evitando así cualquier tipo de contacto social normal.

A las pérdidas mencionadas se agrega la fantasía de los cambios que sufrirá su imagen corporal; dejarán de ser individuos sanos, atractivos, disminuirá su vida sexual, habrán perdido la posibilidad de concebir un hijo y muy probablemente tendrán que enfrentarse o ya se enfrentaron a la pérdida de amigos que murieron o están próximos a morir por SIDA.

Aparece en algunos casos la homofobia\* como resultado de la culpa que sienten por haber infectado a otros, conociendo su condición de seropositivos. Algunos pacientes presentan ideas suicidas; pueden no surgir en el momento de conocer su resultado positivo, sino que aparecen en el transcurso del tratamiento, cuando empiezan a morir por SIDA amigos o personas que creen haber infectado, o bien al percatarse de ser excluidos de la sociedad.

Finalmente surge la fase de "aceptación", el paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Podrá nuevamente, dependiendo de su historia personal y patología predominante, hacer cambios estructurales en su aparato mental que le permitan incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentando de una nueva manera los desafíos del mundo externo.

La angustia se encuentra presente en todas las fases descritas, se puede manifestar de diversas maneras, siendo las más frecuentes las quejas y la preocupaciones exageradas sobre su estado de salud, su futuro en la sociedad, con su pareja, y la irremediable incertidumbre de si desarrollarán síntomas y, por ende, serán desahuciados. Estas preocupaciones están acompañadas de ataques de pánico ante la falta de certeza del futuro próximo.

## CAPITULO 2

### EDUCACION PARA LA SALUD

#### 2.1. Concepto.

Para una mejor comprensión del término "Educación para la salud", es necesario establecer una relación entre educación y salud; lo cual permitirá vislumbrar la interacción que se da entre ambos.

#### Educación.

Es un proceso dinámico, permanente e inacabado de experiencias de aprendizaje intencionales o incidentales entre el individuo y su entorno biopsicosocial, que ejercen influencia en su manera de pensar, sentir y actuar y lo convierte en un producto de su cultura con la capacidad de reproducir o transformar el ambiente que lo rodea. (22)

#### Salud.

Es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o afección. (23)

- 
- (22) ISSSTE Compendio en Educación para la salud al Magisterio. Ed. ISSSTE. México. 1987. p. 8.
- (23) Sánchez Rosado Manuel. Elementos de salud pública. Ed. Fco. Méndez Cervantes. México. 1985. p. 3.

En consecuencia, podemos decir que la educación para la salud es, "un proceso dinámico y permanente de acciones intencionales, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, conductas y hábitos de las personas; estimula su participación activa consciente y responsable para el autocuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad. (24)

La Organización Mundial de la Salud define a la Educación para la Salud como "el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conductas respecto a la salud, así como los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo de ella". (25)

Por su parte la Dirección General de Higiene Escolar de la Secretaría de Educación Pública considera a la Educación para la Salud como "una actividad tendiente a reunir conocimientos actualizados sobre la salud, a desarrollar medios y procedimientos para mejorar el rendimiento del proceso enseñanza-aprendizaje en el terreno de la salud, y a difundir, por diversos medios informes y material de apoyo". (26)

(24) ISSSTE. Op. cit.

(25) Unidad de Higiene Escolar. Educación para la salud. Ed. SEP. México. 1986. p. 8.

(26) Secretaría de Educación Pública. De la higiene escolar a la educación para la salud. Ed. SEP. México. 1986. p. 5.

La Educación para la Salud se basa en la relación que existe entre la conducta humana y la salud. Por lo tanto, las metas de la Educación para la Salud son la comprensión de las características de la conducta en relación con los problemas de salud, y la posibilidad de influir en ella con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud.

Algunas de las características más importantes que tiene la Educación para la Salud, son las siguientes:

- Es un proceso dinámico, porque lleva implícito el principio de acciones educativas constantes.

- Es permanente porque el individuo a lo largo de su vida supera etapas sucesivas, de ahí que la Educación para la Salud se debe y puede aplicar a cualquier edad.

- Es intencional porque se da al individuo, con un fin previamente determinado, un conjunto de acciones o experiencias relacionadas entre sí y armónicamente conjugadas hacia un mismo objetivo que es: influir favorablemente en sus hábitos, actitudes y conductas respecto a su salud.

Este tipo de educación requiere de la realización de programas permanentes incorporados a las acciones del sistema nacional de educación en sus 3 modalidades:

a) Formal.

Esta educación es programada, secuencial, gradual, supervisada y conduce a la obtención de un grado académico.

b) No formal.

Se caracteriza por ser programada, sólo en ocasiones es secuencial, gradual y supervisada y no pretende acreditación alguna, se asocia con la idea de un bien social.

c) Informal.

Es la que recibe el individuo de manera incidental en su vida cotidiana, del medio ambiente comunitario, del ambiente escolar, de los centros de trabajo, de los centros recreativos, etc.; con los que se permitiría consolidar la educación y la información que se ofrece a través de la educación formal y no formal.

Respecto a la anterior, es la educación formal quien debe generar los cambios necesarios sobre aspectos de salud y será el campo de la educación no formal en donde se posibiliten dichos cambios. Asimismo es en la educación no formal donde las acciones educativas pretenden influir como factores para elevar el nivel de vida.

El proceso educativo deberá girar en torno a las esferas cognoscitivas, afectivas y volitivas hasta llegar a for-

mar el hábito de salud a través de las siguientes etapas:

1. Información sanitaria
2. Conciencia sanitaria
3. Conducta sanitaria

A pesar de que se considera importante que el individuo a través del proceso de educación formal pudiera recibir la mayor parte de los conocimientos y habilidades para el cuidado de su salud, se observa que los mismos se obtienen en el ámbito de la educación informal. Durante su paso por la vida, los individuos logran aprender cosas nuevas y adquirir habilidades, así como profundizar y reforzar los conocimientos adquiridos. En este proceso de aprendizaje espontáneo es frecuente encontrar que niños, adolescentes y adultos tengan multitud de conocimientos y habilidades en relación con la salud, adquiridos en su mayor parte a través de las experiencias que han tenido en el hogar y la comunidad.

En relación con esto es preciso reconocer que los conocimientos de salud que se adquieren con este tipo de educación no son, en algunas ocasiones los más adecuados.

A continuación se presentan los Principios en los cuales se sustenta la Educación para la Salud:



a) Las actividades de Educación para la Salud deben sustentarse en la realidad concreta de cada comunidad, de cada grupo de cada familia y de cada individuo.

b) La Educación para la Salud debe realizarse con base en el interés de las personas.

c) La Educación para la Salud debe tomar en cuenta los conocimientos de las personas en relación con su salud.

d) Deben tomarse en cuenta las condiciones físicas y psicológicas de las personas.

e) Se debe adaptar la información a las características socioculturales de los educandos.

f) Procurar la participación de las personas en el proceso educativo.

g) Deben utilizarse técnicas y materiales de enseñanza adecuados para hacer más atractiva y eficaz la labor educativa.

#### 2.1.1. Objetivos.

La esencia de la Educación para la Salud estriba en conseguir de manera real el convencimiento pleno de los individuos para la realización de un acto cotidiano, cuyos fines conscientemente percibidos tienden a preservar la salud con una dimensión que rebase lo biológico y lo integre como

un todo a los aspectos psicosociales.

Al igual que el de toda acción de la salubridad, el fin fundamental e irrevocable de la Educación para la Salud es conseguir, conservar y mejorar la salud individual, grupal y comunitaria, mediante los propios esfuerzos e iniciativa de la población.

Para el logro de lo arriba mencionado se hace necesario contemplar los siguientes objetivos específicos:

- Incrementar el bienestar biopsicosocial de individuos, familias y comunidades a través de la Educación para la Salud.

- Despertar la conciencia individual y colectiva hacia una actitud de interés por la salud.

- Informar e instruir sobre todo lo relacionado con la salud.

- Promover; por una parte, el desarrollo de los servicios de salud pública ante las autoridades y, por otro, el uso adecuado e integral de los mismos por el público.

- Hacer de la salud un bien común cotizable.

En general, los contenidos de educación para la salud tienen como primera finalidad orientar a la población para que acuda y utilice adecuadamente los servicios de salud existentes y además, hacerle llegar mensajes que comprendan los

cuatro niveles de LeveII y Clark:

1. El fomento de la salud.
2. La protección específica de enfermedades.
3. La asistencia de enfermos.
4. La rehabilitación.

Estos serán lo más objetivo posible y estarán basados en hechos reales y cotidianos, para que el educando los capte fácilmente y los identifique con situaciones de vida diaria. Además deberán ser sugerentes, claros y precisos.

La información debe lograr que el educando, cuando sea el caso, reconozca el problema de salud; las causas que lo originan; su trascendencia, tanto personal como familiar y social; los mecanismos para solucionarlo; y las acciones que él directamente pueda realizar.

Los resultados de los objetivos de la Educación para la Salud por sus características tendrán que ser lentos y a largo plazo.

#### 2.1.2. Campos de acción.

La Educación para la Salud, según Francisco Villaseñor, abarca 3 campos de acción:

##### 1. Profesional.

Comprende el adiestramiento académico de personal para trabajar en salud pública.

## 2. Escolar.

Este constituye en realidad la educación para la salud propiamente dicha, ya que las actividades académicas, físicas, sociales, etc. que estructuran el proceso educativo deben estar regidas por la higiene, que actúa como un común denominador de todas ellas.

## 3. Público en general.

Las actividades de la educación para la salud para con el público en general son aquellas que se desarrollan en el hogar y en la comunidad. Para esto se hace necesario coordinar y utilizar las posibilidades individuales y colectivas de la comunidad.

Los conocimientos que sobre salud y enfermedad tienen las personas son el resultado de una amplia y variada experiencia que se inicia en el hogar, se continúa en la escuela, en el trabajo y en la colectividad. Así pues el universo de sujetos de la Educación para la Salud (educandos) está constituido prácticamente por toda la comunidad.

El Sector Salud con fines útiles, de abordaje educativo ha clasificado el universo de educandos en los siguientes grupos:

- a) Los alumnos de las Instituciones de enseñanza.

Comprende a la población escolar de jardines de niños, de escuelas primarias, de secundarias, de escuelas técnicas y de centros de enseñanza superior.

b) Todas las personas que laboran en la industria, en los comercios, en la burocracia y en las empresas de servicio.

Este universo está compuesto por obreros, empleados, técnicos y profesionales.

c) Las personas que viven en las zonas rurales.

En nuestro medio corresponde a ejidatarios, pequeños propietarios e indígenas.

d) La población que habita en las zonas marginales de las grandes ciudades.

Abarca a familias campesinas recién emigradas a las ciudades, en proceso de transculturación, y núcleos carentes de patrimonio.

e) Los jóvenes que se encuentran en el Servicio Militar Nacional.

Comprende a jóvenes de 18 años de edad.

Los educandos localizados en las Instituciones de enseñanza deberán recibir la Educación para la Salud a través del Magisterio, y por lo que respecta a los otros grupos, su educación queda bajo la responsabilidad de los organismos que integran el Sector Salud y de las diversas agencias

de Educación para adultos.

### 2.1.3. Importancia de la Educación para la Salud.

La Educación para la Salud no sólo se interesa porque el individuo adquiera formas de comportamiento para prevenir las enfermedades, sino también para fomentar la salud, para restaurarla en los casos necesarios e inclusive para la rehabilitación cuando existan limitaciones e invalidez.

En ese sentido la importancia de la Educación para la Salud radica en los beneficios que aporta al conocimiento que se lleva a los individuos y a la comunidad acerca de las necesidades (respecto a la salud) a las que han de enfrentarse, la forma como deben resolverlas, la manera de coordinarse en las labores encauzadas hacia el beneficio comunal, todo ello apoyándose en el conocimiento y la persuasión logrados a través de una información sugerente y penetrante que genere un cambio positivo en su conducta en beneficio de su salud.

La labor de la Educación para la Salud, debidamente sistematizada y aplicada a través de todos los servicios del Sector Salud, logrará hacer que la sociedad adquiera, mediante el conocimiento y práctica de los perceptos de la higiene y la prevención, una nueva conciencia del valor de la vida y la salud.

Otra labor de relevancia de la Educación para la Salud es la de otorgar a los escolares conocimientos suficientes que le permitan valorar sus características corporales y fisiológicas, al mismo tiempo propiciar que consoliden hábitos que ayuden al mejoramiento gradual de las condiciones de salud en su casa y en su comunidad; además de desarrollar actividades que les permitan influir en la solución de algunos problemas de salud originados por su situación socioeconómica (desnutrición, saneamiento ambiental, enfermedades infecto-contagiosas, etc.).

Partiendo de lo anterior, podemos señalar que es necesario iniciar la enseñanza de la Educación para la Salud desde los primeros años del desarrollo del ser humano y en forma permanente a través de toda la vida.

Si se enseña a la sociedad la forma de cuidar y mejorar su salud, podemos asegurar su desarrollo pleno y saludable. "La salud integral de una sociedad es indicador infalible de su progreso. No es posible concebir el desarrollo de una nación si no cuenta con una población sana, tanto en lo físico como en lo mental y lo social". (27)

En México la Ley General de Salud en el Art. 113 establece que "La Secretaría de Salud, en coordinación con la

(27) Olmos Sánchez Andrés. El papel de las Instituciones de enseñanza elemental en la Educación para la Salud. Adiestramiento del Magisterio. (SSA. Memoria sobre la I Convención Nacional de Salud). Ed. SSA. México. 1974. p. 22.

Secretaría de Educación Pública y los Gobiernos de las Entidades Federativas y con la colaboración de las Dependencias y Entidades del Sector Salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de Educación para la Salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población". (28)

## 2.2. La Educación para la Salud y el SIDA en México.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un padecimiento cuyas características lo convierten en un verdadero desafío para la Salud Pública, siendo para Guillermo Soberón, más importantes las siguientes:

1. Como problema de Salud Pública, debido a que aún se carece de medidas fundamentadas para la prevención específica y para el tratamiento. En consecuencia la estrategia general para su control se apoya, principalmente, en la modificación de hábitos profundamente arraigados en los individuos, como son los sexuales y la drogadicción. En segundo término, igualmente importante se encuentran las medidas de vigilancia y control sanitario, cuya aplicación también implica un grado considerable de dificultad.

2. Como enfermedad, el SIDA tiene un largo período asintomático en el que el sujeto que lo padezca es infectante.

---

(28) Secretaría de Salud. Ley General de Salud. (Diario Oficial del 7 de febrero de 1984). Ed. SS. México. 1984.



De ahí la necesidad de asignar gran importancia a la vigilancia epidemiológica encaminada a la detección y seguimiento de sujetos seropositivos y enfermos.

3. Para el paciente, padecer SIDA representa un estigma. Esta situación determina una frecuente discriminación social y familiar. Para enfrentarlo se requiere de una estrategia apoyada en un contexto jurídico y ético coherente con las posturas del Estado y de la sociedad ante los dilemas que se presentan.

Las estrategias de lucha contra el SIDA están dirigidas a la población en general, los grupos de alto riesgo y los enfermos. Respecto a la población en general, el objetivo es la modificación de las prácticas riesgosas y el control de los productos relacionados con la transmisión del SIDA.

Con relación a los grupos de prácticas de alto riesgo, el propósito de las acciones es la prevención de la infección en los sujetos que aún no están infectados. Para ello se recurre a la educación orientada a los sujetos identificados a través de la detección.

En cuanto a los enfermos su tratamiento plantea problemas tales como el costo de los servicios ya sean en un esquema hospitalario o ambulatorio, así como los apoyos psicosociales que ayudan al sujeto a enfrentar las consecuencias de la enfermedad.

La eficacia de estas estrategias corresponde al grado de desarrollo que han alcanzado los servicios de salud, la efectividad de los programas de regulación sanitaria, la penetración de los programas educativos y el grado de excelencia de la investigación.

Actualmente las estrategias preventivas son el principal recurso con que se cuenta para evitar la extensión de la enfermedad. Entre ellas destacan 2: el control sanitario y la educación a la comunidad (Educación para la Salud).

Como medida preventiva con resultados a largo plazo, los programas dirigidos a la población en general son los de mayor importancia. Sin embargo, además de los programas educativos para la población en general, son necesarios también, programas educativos dirigidos al personal de salud de Instituciones Públicas y Privadas.

Los programas arriba señalados forman parte de las acciones que la Educación para la Salud debe desarrollar para combatir el SIDA.

El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, (CONASIDA), ha diseñado una estrategia educativa que intente abarcar a grupos poblacionales diversos a través de diferentes objetivos, según se trate de difundir información sobre SIDA, entrenar en cuidados y prácticas para evitar el contagio, motivar a la prevención mediante información y

testimonios y orientar en los aspectos relativos a tratamiento y asesoría.

Despliegue informativo.

Para cumplir tales objetivos se ha planteado la necesidad de utilizar tres formas diferentes de comunicación, según sea el grupo poblacional al que se pretende dirigir el mensaje.

1. Masiva, para informar y motivar a la población en general, hombres y mujeres, padres de familia, jóvenes, amas de casa. Para ello se propone utilizar campañas de radio y televisión, elaborar carteles, aprovechar el medio de las telenovelas y revistas y tener de fijo una acción en los noticieros para difundir información epidemiológica.

2. En grupos, para informar, motivar, entrenar y orientar a homosexuales, prostitutas, médicos y odontólogos, transfundidos, seropositivos y enfermos, familiares de infectados, al mismo tiempo que a miembros de la comunidad científica, a capacitadores, a trabajadores y a las personas que pertenecen a los grupos que toman las decisiones. Para ello se propone utilizar carteles, folletos, revistas, manuales y videos.

3. Interpersonal, para tratar de informar, entrenar, motivar y orientar a las personas integrantes de los grupos arriba mencionados, pero a nivel de asesoría y promoción.

Se espera realizar este trabajo básicamente a través de los centros de información sobre el SIDA, contando con el apoyo de transparencias, videos, folletos y material gráfico.

La metodología general que se propone seguir el CONASIDA para lograr los objetivos propuestos es:

- Asesoramiento y apoyo.

- Técnicas de dramatización y exposición.

Dada la importancia que tiene saber si los materiales elaborados y las técnicas empleadas cumplen con los objetivos propuestos y satisfacen las necesidades de información de las personas y de los grupos poblacionales y específicos, el CONASIDA se ha planteado la necesidad de realizar evaluaciones tanto previas como posteriores, a fin de reorientar sus campañas en caso necesario.

#### Programas y proyectos

Enmarcados en esta estrategia educativa del CONASIDA, podemos mencionar los siguientes programas y proyectos:

##### 1. Programas informativos.

Los mensajes se basan en la premisa de que si la población en general está informada acerca del problema (su epidemiología, mecanismo de transmisión y formas de prevenir el

contagio), se dará un cambio en los conocimientos, necesario para futuras modificaciones en actitudes y prácticas.

Con esta información se pretenderá solamente aumentar el nivel de conocimientos acerca del tema. Las campañas previamente realizadas en los medios masivos de comunicación trataron el asunto. Sin embargo, el tiempo transcurrido entre la última difusión y el momento actual requiere retomar los mensajes en los medios para recuperar su vigencia.

Los medios masivos se dirigen al público en general, siendo poco conveniente destacar en ellos información específica para grupos particulares, como aquellos con prácticas sexuales riesgosas. Por este motivo el contenido deberá centrar en la epidemiología del mal, sus modos de transmisión y prevención, así como en proporcionar datos para quienes tengan la necesidad de profundizar...

Un trabajo importante dentro de los programas informativos lo constituiría una campaña permanente de difusión en el Sistema de Transporte Colectivo METRO en la Cd. de México, con posibilidad de expandirse por lo menos a otros sistemas de transporte colectivo en el resto del país.

Asimismo se diseñó una exposición didáctica en el Túnel de la Ciencia de la Sociedad Mexicana para la Divulgación de la Ciencia y la Técnica. La exposición ilustró aspectos tales como el origen del virus, su constitu-

ción, transmisión y modo de operar en el organismo.

Conjuntamente dos centros de información móviles estarán rotando en las estaciones de conexión del METRO. El personal especializado que allí se encuentre, así como los módulos informativos servirán para profundizar la información existente, la consultoría y la relación interpersonal que den posibilidades a cambios de actitud y conocimiento.

La cadena de televisión Televisa diseña la producción de una larga serie de telenovelas educativas que se transmitirán en horarios comerciales por más de seis meses, y cuyo desarrollo incluirá tramas de personas infectadas por VIH. Se ha solicitado a CONASIDA que brinde asesoría necesaria para asegurar que los contenidos cumplan con su objetivo, que es el de alertar a la población y ofrecerle lugares de referencia para ampliar la información.

## 2. Programas educativos directos y alternativos.

Para apoyar a los programas informativos se prevén mecanismos que permitan que la información masiva pueda tener un componente interpersonal que facilite la retroalimentación, enfoque los niveles informativos y profundice en ellos.

El objetivo tiende a concentrarse en el cambio de actitudes de las personas o grupos interesados que se consideren en riesgo. Los programas de pláticas desarrollados por los centros de información del CONASIDA han probado ser medios

eficaces para aclarar a la población en general los peligros del SIDA y sus repercusiones. Estas pláticas que deben ser apoyadas por materiales didácticos motivacionales, se hacen necesarias en diversas Instituciones públicas y privadas, así como en grupos civiles para facilitar la prevención.

Se necesita, pues, elaborar materiales que apoyen y den permanencia a la información directa cara a cara, así como que profundicen y aclaren los puntos en cuestión.

Los documentales, los testimoniales y la divulgación médica básica serán elementos sustanciales de tales programas.

### 3. Programas de entrenamiento y asesoría.

El complicado proceso de cambio de actitudes y prácticas requiere de un apoyo fundamental y continuo. Este apoyo, que se debe brindar tanto a nivel grupal como individual, facilita la adaptación de mensajes informativos y educativos a situaciones particulares de grupos e intereses. De la misma manera ofrecen los conocimientos organizacionales que facilitan el tratamiento del problema.

Estos programas se enfocan fundamentalmente en el adiestramiento de capacitadores que promuevan, mediante técnicas e información especiales, la posibilidad de cambios en las prácticas de alto riesgo.

Las necesidades de información en este rubro son variadas:

-Se plantea la creación de nuevos centros de información a nivel estatal y delegacional, por lo que se necesitan materiales audiovisuales y gráficos que concentren la experiencia acumulada (administrativa, personal, educativa, clínica y de asesoría) en los primeros centros creados.

-Los servicios médicos y paramédicos (odontólogos, médicos, laboratoristas, enfermeras, asistentes de urgencia) necesitan obtener documentación gráfica y videograbada que complete su entendimiento del problema a nivel clínico y asistencial, y que asegure la observancia de las medidas generales de prevención.

El programa de Servicio Social Comunitario que ha iniciado el CONASIDA con las instituciones educativas a nivel profesional requiere de mecanismos de entrenamiento básico para los voluntarios que colaborarán en difundir información en los centros de estudio nacionales. Dichos voluntarios, egresados de las facultades de Medicina, Psicología, Trabajo Social, Sociología, requieren material informativo que les permita realizar su tarea, que consistirá en orientar a los usuarios con prácticas de alto riesgo y aclarar las precauciones que deben tomar las personas que tan sólo requieren información básica.



-La asesoría a grupos con prácticas sexuales de alto riesgo es un área de trabajo especializada e indispensable. Para cumplir con estos grupos, donde se concentra la mayor incidencia de infección se hace necesario el entrenamiento continuo del personal de los centros de información.

### CAPITULO 3

#### ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

##### 3.1. Adolescencia: etapa de transición.

Etimológicamente la palabra adolescencia se deriva del latín *adolecere* que significa "desarrollarse".

Aún cuando existen diversas concepciones para definir la adolescencia, generalmente la ubican como una etapa en la cual los individuos empiezan a afirmarse como seres distintos entre sí, un periodo en el cual se alcanza la madurez determinada por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Cuando se habla de adolescencia, se relaciona con términos de "edad problema o crisis". La crisis de adolescencia, que constituye un hecho inevitable, se encuentra ampliamente relacionada con el ambiente que rodea al adolescente, la educación recibida y la concientización adquirida a través de la misma. La ausencia de esta crisis hay que entenderla como síntoma de alguna anormalidad, ya que el adolescente trata de conocerse a sí mismo y de conocer a otros.

Esta "crisis o rebelión" surge como consecuencia de que en tanto el adolescente se convierte en adulto, desde los puntos de vista sexual e intelectual, continúa siendo un

niño desde los puntos de vista social y afectivo, pues se le considera menor y dependiente, por un lado, y por otro, es incapaz de desligarse de los lazos anteriores (se le dice que debe asumir responsabilidades, y demostrar buen juicio y tomar decisiones "ya eres bastante grande como para hacer las cosas mejor", y luego se le trata como a un niño y se espera obedezca sumisamente a padres y maestros "todavía no eres lo bastante grande como para hacer esto o aquello").

De estas contradicciones se desprende una rebelión contra los demás y contra uno mismo, acompañada de desadaptación al no encontrar un grupo específico propio al margen de los niños y los adultos.

El motivo fundamental para creer que la adolescencia es una "edad problema" es el de que los adolescentes, con demasiada frecuencia, son juzgados según las reglas de los adultos. Como en esta etapa se asemeja más a un adulto que a un niño, en cuanto a su aspecto físico, su comportamiento ya no se juzga según los modos de ser infantiles, sino como de los adultos.

En general la adolescencia es un periodo de completo ajuste en muchos sentidos: se busca consolidar la identidad sexual, aparecen los conflictos en el intento de actuar los roles sexuales de manera armónica con el requerimiento so-

cial, se lucha muchas veces por una autonomía en el campo de la sexualidad que choque con los valores establecidos del mundo adulto, no se posee independencia económica y la personalidad de los adolescentes oscila entre la imitación de los modelos estereotipados y la espontaneidad individual.

En esta etapa del desarrollo, el adolescente siente el deseo de afirmar su propia individualidad y también una gran necesidad de consuelo. Desean ser mayores y, sin embargo, hallarse protegidos. Albergan en sí mismos muchos motivos y sentimientos de conflicto (la lealtad, el impulso de rebelarse, agresión, temor, etc.).

Generalmente durante esta etapa tiene un sentimiento bastante pronunciado de inseguridad, que resulta parte de sus intentos de expansión en su medio ambiente social. El adolescente tiende a buscar a aquellos cuya inteligencia, edad, nivel de madurez y habilidades se aproximen más a los suyos, porque se puede sentir más seguro en un grupo cuyos miembros se parezcan más a él mismo.

Asimismo, el adolescente se caracteriza por un notable aislamiento, fanfarronería y/o hostilidad por los cambios físicos y acrecentados por el rol social al que ha ingresado.

El adolescente organiza la noción del tiempo hacia el pasado y el futuro mostrando escaso interés por el presente.

Además hace que el límite entre lo real y lo imaginario quede casi borrado, ya que tiende a buscar lo desconocido, la novedad; que se adapta mejor a su fantasía que a los datos de la experiencia.

### 3.2. Iniciación del adolescente en el comportamiento sexual.

El desencadenamiento hormonal unido al desarrollo del aparato genital, despierta en los individuos de ambos sexos las primeras sensaciones de la sexualidad.

Ante ésta, el adolescente tiene distintas posibilidades de actuación: puede negarla y optar por la continencia\*, intentar satisfacerla en solitario mediante la masturbación u otros juegos sexuales, o bien, puede establecer relaciones heterosexuales.

#### 3.2.1. Enamoramiento.

Al principio de la adolescencia, los chicos inician la búsqueda, entre todo su grupo de amigos, de quien se parezca más a él mismo, lo cual le brindará seguridad. Cuando éste descubre entre algún miembro del sexo complementario alguna característica determinada que él admira, considera que es la persona ideal, la que él había preformado para iniciar una relación sentimental; el adolescente vive dicho su encuentro con su "primer gran amor" y considera que se ha enamorado. Es decir, la base de la atracción está

constituida por alguna cualidad o habilidad que el adolescente admira pero de la cual carece. Así pues, el objeto del enamoramiento se convierte en la proyección del chico o chica ideal.

Un enamoramiento es una especie de afecto absorbente que exige la respuesta exclusiva del objeto del cual se halla vinculado.

Al estar enamorado elabora imágenes y sueños unidos estrechamente con la persona que ha despertado en él nuevos sentimientos.

Aún cuando en la niñez se haya estado "enamorado" en la adolescencia al estarlo por primera vez, la persona experimenta un sentimiento nuevo el cual vive con ilusión.

La época en que generalmente ocurren los enamoramientos es en la cual tanto chicas como ellos experimentan intenso desagrado hacia los integrantes del sexo complementario, generalmente esto se produce entre los 12 y los 15 años.

El "objeto del enamoramiento" es, usualmente, un individuo de mayor edad, y por el cual el adolescente siente profunda admiración. Con frecuencia se eligen como objetos de vinculación emocional del adolescente a un profesor, compañero o amigo que haya sobresalido en determinada actividad deportiva, académica, etc., asimismo sus sentimientos

pueden encontrarse dirigidos hacia un héroe o heroína de las pantallas.

Por lo general la conducta en los enamoramientos, entre los chicos de edades similares, es una forma de adoración en la cual existe escaso contacto físico. Generalmente el hallarse en presencia del ser amado resulta suficiente para satisfacer al adolescente. Cuando se realizan contactos físicos, casi siempre se limitan a tocar la ropa, tomar de la mano y besar o abrazar al ser amado.

Los enamoramientos son habitualmente transitorios y se abandonan o se olvidan cuando surgen nuevos intereses, mientras duran son intensos y absorbentes, pero se olvidan con facilidad.

Los enamoramientos son menos frecuentes en los muchachos.

### 3.2.2. Noviazgo.

El noviazgo constituye una forma de relación social que lleva implícito un compromiso u obligación pública respecto a la acción futura.

El noviazgo es uno de los períodos de prueba y precisamente el último antes del matrimonio.

Aún cuando existe diferencia, respecto a la madurez física, aparentemente los muchachos de ambos sexos comienzan

a tener un noviazgo a la misma edad.

El noviazgo entre los adolescentes presenta una forma de conocer a los miembros de sexo complementario, sin que, generalmente, piensen en formalizar una relación.

En esta etapa a los chicos no les interesa "conservar" por largo tiempo a una misma compañera o compañero (según el caso), actitud provocada por la necesidad que sienten de experimentar nuevas emociones.

Los adolescentes consideran importante la presencia física, más que el nivel intelectual o moral, para elegir una compañera; en tanto las chicas suelen tener preferencia por quienes sobresalen de los demás en alguna actividad (deportiva, manual, etc.).

En diversas ocasiones el noviazgo entre los adolescentes puede estar relacionado con el intento de la búsqueda de seguridad. Muchos adolescentes temen la condena social de su grupo de iguales si no logra conseguir un(a) compañero(a) cuando la mayoría de ellos ya lo ha hecho, piensa que puede ser interpretado como falta de popularidad lo que puede causar un descenso considerable de su status.

### 3.2.3. Masturbación.

La actividad sexual no necesariamente implica el coito\*, abarca también los besos y las caricias. Por otro lado,



existe la posibilidad del autoerotismo o sea la masturbación, que en la temprana adolescencia puede ser la principal actividad de satisfacción sexual.

Obtener un orgasmo por la frotación de los órganos sexuales se llama masturbación.

La masturbación es un acto saludable y extremadamente placentero. Durante la pubertad, sirve como una práctica de sexualidad adulta, aún cuando sea capaz de gozar de relaciones sexuales adultas (coito).

Este término resulta para muchas personas un punto prohibido; sin embargo conforma una parte elemental en la vida sexual de los adolescentes. La masturbación tiene expresiones muy tempranas en el desarrollo del ser humano. Desde muy pequeños los individuos dan muestras relacionadas con la masturbación que no necesariamente son eróticas, pero producen cierto placer en el organismo.

La biología, el psicoanálisis y en general la higiene mental consideran la masturbación, desde el punto de vista del Dr. Pablo Cuevas, como un fenómeno natural en las personas y que, sobre todo en los adolescentes, representa una búsqueda de nuevas sensaciones que genera su cuerpo. El muchacho que deja atrás su infancia explora su cuerpo en la misma forma en que lo hace un bebé, responde a una necesidad de conocerse.

La masturbación es una actividad inherente al desarrollo psicológico y sexual de las personas. Algunas personas la critican, otras temen que pueda prolongarse más allá de la adolescencia y convertirse en la única satisfacción de impulso sexual, lo cual significa realmente una distorsión de la sexualidad, pues la satisfacción de ésta es el orgasmo mutuo de sexo complementario.

La masturbación en la adolescencia puede servir para reducir el estado de tensión y, en este sentido, puede tener efectos completamente positivos como alivio. Pero presentarla sencillamente como norma se prohíbe por el siguiente motivo: la masturbación puede convertirse en costumbre, y en casos extremos en vicio. "La masturbación habitual y excesiva no es, en la mayoría de los casos, origen de ningún daño sino expresión de una anomalía de orden físico o psíquico existente". (29)

Asimismo la total ausencia de masturbación durante la adolescencia muestra una incapacidad para manejar los impulsos sexuales de la pubertad. Además indica que la masturbación infantil ha sido retenida a un grado tal que la alineación necesaria de impulsos pregenitales con sexualidad genital no puede ser lograda. Consecuentemente los casos de abstinencia total representan una detención en el desarrollo

---

(29) Alsteen André. La masturbación en los adolescentes. Ed. Morata. España, 1985. p. 122.

psicosexual, que por sí mismo es patológico.

Con todo, la masturbación suscita fuertes sentimientos de culpa en muchos adolescentes como consecuencia de las ideas que han recibido la pecaminosidad de tal conducta o sobre los riesgos fisiológicos que conlleva. Estos sentimientos de culpabilidad sí resultan negativos, ya que pueden originar la pérdida de la autoestima, ya que el individuo oscila entre la satisfacción a que le impelen sus pulsiones y el rechazo que sus principios le imponen.

### 3.2.4. Las primeras relaciones sexuales.

La primera relación sexual está considerada, por lo general, como una etapa importante en el aprendizaje de la comunicación sexual. La edad media de la primera relación sexual tiende a situarse, para más de la mitad de las muchachas y los muchachos hacia los 15 años.

Las novelas, el cine o la televisión tienden con frecuencia a pintar dicha relación como un acto obligado y cuya consecuencia no puede ser más que un placer deleitable.

De hecho, esa relación sexual lograda conlleva la conjugación de diferentes factores: una disponibilidad de tiempo, la posibilidad de tener un instante de intimidad privilegiada, una buena comunicación y, sin duda, la necesidad de un cierto aprendizaje. Pero tal vez lo que importa antes que nada, es que la pareja desee realmente tener esa relación,

que haya reflexionado y, en consecuencia haya conseguido despojarse de sus sentimientos de miedo y culpabilidad.

En la adolescencia, los miedos se sitúan con frecuencia a nivel de su temor al dolor o al momento de la desfloración. El muchacho teme a la virginidad de su compañera: tiene miedo de hacerle daño, de la sangre, de no estar a la altura de las circunstancias.

Generalmente esa primera relación constituye un fracaso, a causa de una eyaculación precoz, o bien por una imposibilidad de penetración debida al vaginismo\*, y siempre por el hecho de una emoción demasiado intensa para controlarla.

Por otro lado, mientras el muchacho se muestra disponible para una primera relación sexual con una compañera que conoce desde hace poco tiempo, algunos días, e incluso algunas horas; la muchacha elige realizar su relación sexual después de conocer los gustos y afinidades de su compañero. Necesita experimentar un cierto sentimiento con respecto al muchacho, con el que, a veces, anticipa una relación prolongada extramatrimonial.

En general, los muchachos se muestran satisfechos de haber perdido su virginidad. Consideran el hecho como un rito iniciático que les conforma su sentimiento de virilidad. Se quejan muy raramente de haber sido forzados de hacerlo, aunque ello pueda producirse. Algunos viven el acontecimiento

como si no hubiera estado suficientemente planificado, como si hubiera ocurrido de modo accidental.

Las muchachas se sienten diferentes después de su primera relación sexual, más que por verse, en lo sucesivo, privadas de su virginidad, experimentan el sentimiento de que han cambiado interiormente, de que se han hecho más mujeres. Esta experiencia las muchachas pueden racionalizar o tratar de justificar, suelen vivirla en muchos casos sin placer alguno. Dicha ausencia de placer depende de múltiples causas: miedo al fracaso, miedo de ser descubiertas, clima de inseguridad, nerviosismo, falta de experiencia, culpabilidad y, sobre todo, miedo a quedar embarazadas. De cualquier modo, entraña una cierta tristeza y una sensación de desencanto.

A veces, el desencanto es tal, que puede generar, sobre todo cuando las muchachas son muy chicas, una abstinencia más o menos prolongada.

El desencanto desaparece también después de una relación que ha tenido lugar como consecuencia de un encuentro ocasional, de un acercamiento fortuito o, sencillamente para satisfacer una curiosidad.

Es evidente que, en la primera relación sexual, las reacciones de los adolescentes de ambos sexos, dependen también, en una amplia medida, del sistema de valores que posean.

### 3.3. Desarrollo sexual.

Los cambios físicos que ocurren en el periodo de la adolescencia, y especialmente los marcados cambios sexuales, son algunos de los motivos que existen para considerar este periodo como único en la vida del individuo.

Durante estos cambios fisiológicos, la imagen que de cuerpo tiene el adolescente es producto de su aprecio respecto del propio desarrollo físico, de la estima que sus amigos tienen de sus cualidades físicas y de su percepción de los estándares de la sociedad.

#### 3.3.1. Maduración sexual.

Es característico de todos los seres humanos tener una imagen de su yo físico. Durante la mayor parte del ciclo vital esta imagen se modifica con lentitud porque los cambios en el cuerpo son relativamente imperceptibles y pueden pasar desapercibidos. Sin embargo, durante la adolescencia tienen lugar cambios tan rápidos en las proporciones del cuerpo, en el tamaño, en la apariencia facial y en el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, que el individuo se ve obligado a hacer cambios mayores en su imagen corporal.

Cuando una chica tiene su primera menstruación y el chico su primera eyaculación, se dice que ha comenzado la madurez sexual. [Esto significa que los órganos sexuales

funcionan igual que en los adultos, que la chica puede gestar niños y el joven puede dejar embarazada a una chica. (30)

Para el chico la madurez sexual significa que tiene que expulsar esperma cada cierto tiempo. Esto puede suceder por sí mismo, es decir, sin querer y casi siempre durante el sueño, o por medio de la masturbación, el petting\* o el coito.

Las eyaculaciones involuntarias se denominan también poluciones, en su mayoría vienen acompañadas de sueños más o menos voluptuosos que, al principio, recuerda los sueños del "orinar de los niños"; pero que de pronto tendrán un contenido erótico.

La madurez sexual en la chica se manifiesta, como ya se mencionó, por la menstruación, ésta no viene acompañada ni por sueños eróticos ni por sensaciones voluptuosas. Con frecuencia pasa todo lo contrario, es muy frecuente que la chica reciba su primera menstruación como un shock, sobre todo cuando la madurez sexual aparece prematuramente y no se ha tenido oportunidad de observarla en alguna amiga, y los padres han retrasado la información sexual.

Los cambios y los patrones de desarrollo asociados con la maduración sexual, por lo general se anticipan con placer y son aceptados con orgullo por la mayor parte de los adolescentes..

---

(30) H. Claesson Bent. Información sexual para jóvenes. Ed. Loguez, Madrid. 1984. p.p. 24-25.

Generalmente los miembros de ambos sexos reciben con agrado a las características sexuales primarias; las secundarias, por ser más obvias a los observadores, con frecuencia son objeto de mayor preocupación emocional.

Existe una diferencia entre los sexos en la importancia relativa del desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, en cuanto son concordantes con el ajuste emocional. Los muchachos generalmente se preocupan más por las características sexuales primarias; las muchachas por las características sexuales secundarias.

En el hombre las características sexuales primarias son los testículos, el epidídimo\*, la vesícula seminal, la próstata y el pene. Las características sexuales secundarias, incluyen el vello púbico, axilar y facial, y la calidad de la voz, que aparecen en diferentes intervalos después del comienzo del rápido crecimiento de los órganos sexuales primarios.

En la aparición de las características sexuales secundarias el desarrollo sucesivo del vello en el hombre, aparece primero en la región púbica, seguido por la presencia del vello axilar y luego por la aparición del vello facial, que comienza en el labio superior, a partir de donde se extiende.

El cambio de voz por lo general ya es completo a los quince años al lograrse un tono estable y profundo. El



aparente desarrollo de la región pectoral, aunque no se presenta en todos los adolescentes y es variable en los casos que sí se presenta, por lo general se debe al desarrollo de la estructura del tejido subyacente a la aréola y generalmente desaparece en la adolescencia tardía, aunque puede continuar hasta la edad adulta.

Para los muchachos, la fuente de mayor preocupación es el desarrollo de órgano sexual mayor, ya que debido a su localización externa pueden ser comparados con los genitales de los otros chicos y es aquí donde se encuentra la base de problemas emocionales. Existe una creencia muy difundida, pero no verificada por ningún estudio, de que el tamaño de los genitales externos está íntimamente asociado con la virilidad y con la potencia masculina. Los adolescentes se impresionan por este pensamiento y se preocupan profundamente por el crecimiento de su propio órgano sexual (pene).

Otros de los problemas que los muchachos tienen, relacionados con sus genitales, son las secreciones nocturnas y/o erecciones del pene. Las secreciones nocturnas, un patrón normal de funcionamiento, con frecuencia van acompañadas por sueños sexuales, que a su vez pueden llevar a sentimientos de culpa o de vergüenza. En lo que respecta a las erecciones, éstas generalmente causan sentimientos variados; el orgullo ante esta evidencia de virilidad va por preocupación por la inhabilidad de controlar las erecciones

que, en el chico, pueden producirse con un ligero estímulo.

La característica sexual secundaria que parece tener mayor importancia entre los muchachos, es el vello facial. Los adolescentes esperan ansiosamente la presencia de la pelusa facial y su primera afeitada que, por lo general es necesaria, es fuente de gran orgullo.

Las características sexuales primarias de la mujer son la vulva, el útero y los ovarios. Estos no han sido estudiados tan a fondo como el crecimiento del pene en el hombre, pero aparentemente, la pauta de crecimiento es similar: desarrollo lento durante el periodo pubescente y muy rápido durante la pubertad.

Las características sexuales secundarias de la mujer incluyen la pelvis y las caderas, los senos, el vello púbico y axilar, que se presentan en ese orden. La pelvis crece lenta y simétricamente durante el periodo prepubescente y rápidamente, con un considerable cambio en su forma, durante la pubescencia, requiriendo alrededor de dieciocho meses para completar su desarrollo. El redondeamiento de las caderas es causado por el ensanchamiento de la pelvis y por el aumento de grasa en el tejido subcutáneo de esta área del cuerpo.

Probablemente la mayor fuente de dificultades emocionales entre las muchachas, es la característica sexual secundaria relativa al desarrollo y al tamaño de los senos.

El pecho tiende a desarrollarse en tres etapas: la etapa del botón, alrededor de los once y doce años, seguida por el desarrollo del "seno primario" y finalmente por el agrandamiento del pecho hasta llegar al seno maduro. Generalmente la niña se encuentra en la primera etapa cuando empieza la menstruación, el tamaño y el ritmo de crecimiento de los senos, aunque están determinados biológicamente son fuente de gran preocupación psicológica para las mujeres, puesto que el desarrollo es obvio a la vista de todos.

En las mujeres, el crecimiento del vello es mucho menor que en los hombres y el vello axilar aparece bastante después que el púbico. El vello facial, aunque presente no le es muy grato a la chica tenerlo.

### 3.4. Identidad social.

La búsqueda de la identidad es una parte importante de la experiencia humana en todas las etapas de la vida, aunque es precisamente durante el crecimiento rápido y durante los cambios fisiológicos de la adolescencia cuando la identidad desempeña un papel muy importante en el desarrollo.

La adaptación social del niño tiene lugar en el seno de la familia, impulsado por factores emocionales el niño aprende a respetar los deseos de sus padres y hermanos. Si este proceso funciona bien, el niño no tendrá dificultades de adaptación en la escuela ni más tarde, con el resto de la sociedad. Pero si la formación de dicho grupo familiar no

se ha desarrollado debidamente en el periodo de latencia ya aparecerán las primeras dificultades y los iniciales signos antisociales que, una vez llegada la adolescencia, pueden generar conductas delictivas.

Por esto el primer contacto con quien se relaciona el niño es muy importante para su adaptación, de modo que las emociones que unen al chico con la madre han de ayudarle a desarrollar su sistema afectivo y a modificar sus primitivas necesidades instintivas de naturaleza antisocial. Si la relación del niño con la madre en el primer año de vida es satisfactoria, los futuros desengaños dolerán menos que en caso de haber sido defectuosa, ya que a través de una buena relación, el niño capta que resulta más satisfactoria el amor y la aprobación materna que la gratificación inmediata de sus deseos.

Las experiencias infantiles no sólo contribuyen a la elección de un-compañero sexual, sino también a la actitud frente a la autoridad. En ello juega un papel importante la figura del padre, sobre todo en esa primera relación con el niño.

Desde los 6 años hasta la pubertad, el niño aprende de las imágenes del ambiente y se identifica con ellas. En este periodo tienen efecto el desarrollo intelectual, una mayor comprensión social y un control del Yo y del Super Yo sobre la vida instintiva, éste aprende a conformarse a cier-

tas normas estructuradas por el grupo social al que pertenece, así como a otras normas de grupo y a las reglas generales y regulaciones de la sociedad. Durante este proceso aprende a comunicarse con otros y la importancia de la cooperación para lograr metas comunes.

En la etapa adolescente, habrá de llegar la separación decisiva, intensa y final respecto a los objetos infantiles amados: los padres.

Los padres se convierten en "ídolos caídos", y el adolescente deja de ser a través de los padres para llegar a ser él mismo, para alcanzar su propia identidad, la ansiedad y la depresión son sentimientos que acompañan al adolescente en el transcurso de su proceso de identificación.

Así pues, a medida que el adolescente comienza a distanciarse de su familia, a la que en etapas anteriores estaba íntimamente ligado, comienza a refugiarse y aumentar su adhesión con su grupo de amigos, único lugar donde se siente seguro y plenamente agusto ya que todos ellos actúan y visten igual que él, asimismo gustan de las mismas comidas y la misma música.

Estos amigos desempeñan un papel de gran importancia en la formación de patrones de conducta social y en sus actitudes sociales. La manera en que lo trata el grupo, sus percepciones acerca de la manera que los miembros del grupo

piensan que debería comportarse para ser aceptado por ellos, son los factores importantes en la formación de sus patrones de conducta social.

La importancia del desarrollo social durante la adolescencia se ve reforzada porque muchos de los problemas que confronta el adolescente son sociales. El individuo debe adaptarse a las normas sociales de la cultura y enfrentarse a nuevas situaciones que son mucho más complejas que aquellas a las que se vió enfrentado en su niñez.

Antes de que logre alcanzar su identidad, pasa por etapas de experimentación y de fragmentación. Mientras tanto en diversas ocasiones se pregunta ¿quién soy yo en realidad? su cuerpo no le sirve de apoyo más bien es fuente de preocupaciones e inseguridad. Empieza el autorrechazo ya que el muchacho renuncia a aceptarse tal cual es porque no se gusta, y prefiere inventarse un "Yo ideal", cuanto más lejos de su "Yo real", más agudos serán los problemas, porque difícilmente podrá perdonar los errores a ese "Yo real" suyo, al que en mayor o menor grado rechaza.

Como el muchacho está atravesando por un periodo de desorganización y sus relaciones con el mundo están cambiando, tiende a presentar inestabilidades e incongruencias que se manifiestan en polaridades entre sus necesidades de dar y recibir (momentos en rebeldía y de sumisión, sociabilidad y aislamiento, etc.).

Al aumentar su edad y familiaridad con el medio ambiente, el adolescente adquiere más seguridad. Al tener mayor confianza en sí mismo debido a la aceptación y a la aprobación del grupo, el individuo es más capaz de funcionar por sí mismo.

El logro de la identidad y de la independencia conducirá al adolescente a la integración en el mundo adulto de forma coherente consigo mismo.

El proceso en busca de la propia identidad difícilmente acaba, sin embargo en la adolescencia. Una vez adulto, el individuo se debate a veces en medio de los desagradables momentos que le hace vivir su agresividad dirigida contra sí mismo, consecuencia de su falta de aceptación. Tal vez ha conseguido su identidad pero no está satisfecho: se ha convertido en impecable juez de sus propias acciones, y habrá de someterse a un trabajo de aceptación para poder llegar a la superación de sus conflictos.

### 3.5. Identidad sexual.

La vivencia de la sexualidad en sentido amplio, es el problema más importante con que se encuentra el adolescente pues incluye los procesos de adaptación a las personas que le rodean y a sí mismo, la experimentación afectiva y el establecimiento de todo tipo de relaciones con los adolescentes del sexo complementario.

Entre los 11 y 16 años, el adolescente experimenta el proceso de evolución de su sexualidad. Las modificaciones anatómicas y fisiológicas de su organismo van acompañadas de otros cambios psicológicos y emocionales, que le obligan a plantearse, de una forma u otra, cómo comportarse ante los nuevos fenómenos. Las actitudes que adopta frente a los hechos sexuales se ven, generalmente, condicionadas por los valores y normas que ha recibido del entorno familiar y escolar en que ha sido educado.

A los 11 ó 12 años, el adolescente, aferrado aún a su infancia mantiene cierta distancia respecto a los problemas sexuales. Sin embargo hacia los 15 ó 16 años, se produce una verdadera alteración de sus ideas sobre la moral sexual. por lo general, a esta edad mantiene una actitud más abierta hacia las manifestaciones sexuales (masturbación, relaciones sexuales, virginidad, etc.).

Estas cuestiones constituyen para el muchacho de 16 ó 17 años realidades próximas que le preocupan intensamente. Por ello sus actitudes suelen evolucionar hacia conductas más permisivas y tolerantes que le alejan, en la mayoría de los casos de las opiniones de sus padres y de los adultos en general.

Sin embargo debido a los tabúes y restricciones de la sociedad el adolescente frecuentemente tiene preocupaciones y



problemas relacionados con el desarrollo sexual y en especial con la conducta sexual. Un ejemplo de esto son las expresiones, relativamente normales de sexualidad, tales como la masturbación y los encuentros casuales homosexuales, que reciben desaprobación y son duramente reprimidos.

En el caso de la homosexualidad, es común, durante esta etapa del desarrollo, que el adolescente en la búsqueda de su identidad sexual realice algún encuentro homosexual casual, sin significar esto que practica o tiene impulsos homosexuales patológicos.

Con respecto a la masturbación, sólo si ésta se acompaña de fantasías morbosas, masoquistas y de alto grado pornográfico, puede indicar que se trata de una personalidad enferma, ya que se ha admitido que la masturbación representa una etapa positiva en la evolución de su sexualidad, puesto que pone al adolescente en contacto con su propio cuerpo y le sirve para desarrollar sus aptitudes sexuales.

### 3.5.1. Adaptación adecuada.

Como ya se menciona anteriormente, los cambios fisiológicos que acompañan a la pubertad originan un aumento de la sensibilidad, oscilaciones temperamentales y una nueva actitud hacia las cuestiones sexuales. El adolescente debe realizar un ajuste a estos nuevos aspectos del desarrollo para lograr una adaptación satisfactoria con los miembros

del sexo complementario, lo cual le permitirá:

- Aceptar el papel sexual característico del propio sexo, y una razonable satisfacción con la forma en que en él se cumple.

- Enfocar el interés sexual sobre los miembros del sexo opuesto.

Dos condiciones del ambiente son esenciales para el establecimiento de una adaptación satisfactoria con los miembros del sexo complementario.

La primera es un ambiente en el cual exista un número suficiente de personas del sexo opuesto que tengan la edad, el nivel intelectual y el ajuste de personalidad apropiado para brindar al adolescente una oportunidad de elegir compañeros compatibles y mantener con ellos contactos sociales agradables. Un ambiente en el cual se encuentran separados los sexos no sólo aumenta la dificultad que experimenta el adolescente en sus contactos sociales con los miembros del sexo opuesto, sino que tiende a crear en el adolescente un sentimiento de autoincapacidad en las situaciones en que aquéllos intervienen.

La segunda condición para lograr una adaptación satisfactoria está en una actitud favorable, abierta, tanto paterna como de los demás adultos. Si el adolescente tiene la

convicción de que hay alguien a quien puede dirigirse en busca de ayuda, consejo y estímulo será más capaz de enfrentar los problemas que provoca la adaptación heterosexual.

Con frecuencia los padres fomentan actitudes perjudiciales hacia los problemas heterosexuales como medio de protección a sus hijos.

El ser amado por un individuo del sexo complementario también es importante para el adolescente. En el período final de la adolescencia, éste desea ser amado, especialmente cuando se encuentra enamorado. La mayoría de los humanos esperan casarse y tener hijos por la compañía y seguridad que ello les ofrece. Cuando la heterosexualidad se desarrolla normalmente logra éxito en sus relaciones con los miembros del otro sexo, ya prevé la felicidad que obtendrá en el matrimonio y la vida familiar.

### 3.5.2. Adaptación insatisfactoria.

Bajo diversas circunstancias de rechazo, de disciplina estricta impuesta por los padres, de fuertes tabúes sociales y de malas influencias ambientales, el adolescente puede ser conducido a evitar relaciones con los miembros del sexo complementario y a distorsionar su orientación heterosexual.

La inseguridad que puede surgir de sentirse inadecuado o de experiencias desagradables, también contribuyen al

desarrollo de patrones de conducta que pueden ser considerados como socialmente inaceptables. La primera, aunque no en forma total, comienza a ser aceptada por la sociedad; en tanto que la segunda al incluir a otra persona es un patrón totalmente inaceptable.

Homosexual es quien recibe gratificación sexual de una pareja del mismo sexo. Un individuo que desde su temprana niñez ha sido educado para rechazar el rol de su género y en reaccionar de manera placentera como miembro del sexo complementario, puede llegar a adquirir una pauta consistente de expresión homosexual, asimismo, la homosexualidad puede ser resultado de un conflicto inaguantable con el progenitor o un hermano del sexo opuesto.

Cuando el adolescente sufre fracasos completos en sus relaciones afectivas, las necesidades sexuales pueden verse abocadas a buscar satisfacción con elementos o seres inimaginables, así pueden producirse uniones aberrantes con niños (paedofilia) o con animales (zoofilia).

También puede producirse otro tipo de relaciones sexuales en las que, en lugar de buscarse como objetivo final la realización del coito se trata de hallar satisfacciones de otro tipo. En estos casos se trata de desarrollos gravemente anormales, de índole psiquiátrico. A este grupo pertenecen las satisfacciones sexuales obtenidas golpeando y martirizando (sadismo), o dejándose golpear o martirizar

(masoquismo); mediante la exhibición de los órganos sexuales (exhibicionismo), también se incluyen aquellas formas en las que tan sólo una parte determinada del compañero en el amor (un miembro o una prenda de vestir) puede ser la causa de la satisfacción sexual (fetichismo).

## CAPITULO 4

### "LA PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD"

#### 4.1. Generalidades de Trabajo Social.

##### 4.1.1. Definición.

Es de aceptación general que el origen histórico del Trabajo Social se asocia a acciones de caridad y filantropía, las cuales fueron desarrolladas por personas de buena voluntad, interesados en "hacer el bien" dando solución a situaciones particulares consideradas como problemáticas.

La dinámica social ha generado nuevas situaciones problemáticas en el individuo; los cambios sociales, económicos y tecnológicos han situado al hombre en una constante búsqueda de satisfactores que le permitan cubrir sus necesidades primarias. La participación del Trabajo Social en la búsqueda de estos satisfactores, propició que la profesión evolucionara, haciéndose necesaria una intervención objetiva, sistematizada y sustentada en metodología científica, que contribuyera a lograr en el individuo el bienestar social.

En este desarrollo evolutivo de la profesión, se le ha concebido desde diversos puntos de vista: como arte,

disciplina, actividad, servicio, etc.

Retomando la definición de Trabajo Social que establece la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS), consideramos al Trabajo Social como "una disciplina de las Ciencias Sociales que mediante metodología científica contribuye al conocimiento de los problemas y recursos de la comunidad, en la educación social, organización y movilización consciente de la colectividad, así como la planificación y administración de acciones, todo ello con el propósito de lograr transformaciones sociales para el desarrollo integral del hombre" (31)

#### 4.1.2. Objetivos.

Los objetivos de Trabajo Social al igual que su conceptualización han experimentado modificaciones tendientes a elevar el nivel profesional del trabajador social, manifestando su participación en las áreas donde interviene (salud, vivienda, educación, etc.).

La Escuela Nacional de Trabajo Social ha considerado como objetivos de la profesión los siguientes:

Objetivo general:

"Contribuir a la concientización y movilización del

---

(31) Varios, Trabajo Social No. 4. Ed. ENTS. UNAM. México, 1979. p. 3.

pueblo para lograr su participación en las transformaciones sociales". (32)

**Objetivos específicos:**

- "Lograr con los sujetos el análisis de su realidad y del contexto que lo determine.

- Promover la incorporación organizada y consciente de la población en las acciones para el cambio ascendente.

- Contribuir a la planificación, promoción y ejecución de acciones para el desarrollo "social". (33)

Para lograr el cumplimiento de estos objetivos, es necesario el esfuerzo conjunto del trabajador social y la Institución u Organización donde preste sus servicios.

Por otra parte el trabajador social debe comprometerse con la sociedad buscando alternativas viables (de acuerdo a sus recursos económicos, físicos, pedagógicos, etc.) que permitan dar solución a la problemática que presentan, asimismo deben realizar un compromiso profesional que les permita la constante actualización en aras de un bien común, lo cual permitiría dejar atrás la imagen del Trabajo Social tradicional.

---

(32) Ibidem.

(33) Idem.



#### 4.1.3. Funciones.

El trabajador social realiza una serie de funciones y actividades enfocadas al cumplimiento de los objetivos de la profesión.

La Escuela Nacional de Trabajo Social señala como funciones generales de Trabajo Social las siguientes:

1. Aplicar el proceso de investigación científica a fin de llegar al conocimiento de la realidad social.
  2. Orientar a la población para la formación de una conciencia crítica.
  3. Participar en la planificación y programación social para la atención de los problemas de la colectividad.
  4. Promover la organización y movilización social.
  5. Participar en el proceso administrativo de programas de bienestar social.
  6. Promover políticas de bienestar social que impulsen las transformaciones sociales tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida del pueblo.
- 4.2. Intervención del Licenciado en Trabajo Social en el área de la salud.

#### 4.2.1. Concepto.

El hombre (como objeto individual, grupal o colectivo) ha manifestado la necesidad de superar la problemática social que enfrenta en su vida diaria, a través, en algunas ocasiones, de diversas Instituciones especializadas que pueden generar perspectivas de solución a sus demandas.

Así pues, podemos ubicar la participación profesional de Trabajo Social en múltiples áreas de intervención, no significando con esto una falta de definición profesional, ya que las profesiones no se definen en función del campo en que se desarrollan, sino en función de las tareas y actividades que le corresponden.

A continuación se presentan las áreas de intervención donde, fundamentalmente, se desarrolla el quehacer profesional del trabajador social:

- Servicios de bienestar familiar.
- Servicios en el área laboral.
- Servicios en el área educacional.
- Servicios para el bienestar y la seguridad social.
- Servicios en programas de vivienda.
- Servicios de beneficencia y asistencia.
- Servicios hospitalarios y de salud.
- Servicios en comunidades urbanas y suburbanas y rurales.

- Servicios en el sistema penitenciario.
- Servicios en instituciones de investigación.
- Servicios de docencia profesional.

De las áreas de intervención arriba mencionados, sólo retomaremos el referente al área de la salud por ser éste hacia el cual se encuentra dirigida nuestra investigación.

Antes de adentrarnos en un conocimiento general, consideramos pertinente presentar algunas de las concepciones que tienen respecto al Trabajo Social en el área de la salud.

1. "El Trabajo Social en el área de la salud es el conjunto de acciones metodológicamente orientadas, mediante la investigación de factores sociales, que influyen en la salud para participar en programas tendientes a educar, organizar y movilizar a la población a efecto de contribuir a su salud integral". (34)

2. "El Trabajo Social en el área de la salud es la profesión orientada al estudio de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como la identificación de las formas y los recursos para su atención, y de esta manera, poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, en los individuos, los grupos

(34) Terán Trillo Margarita. Perfil profesional del trabajador social en el área de la salud. (Revista de Trabajo Social No. 57). Ed. ENTS-UNAM, México, 1989. p. 32.

y las comunidades". (35).

3. "Es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados". (36).

De las definiciones anteriores, consideramos que la segunda de ellas señala de manera más específica el papel que desempeña el trabajador social en el área de la salud.

#### 4.2.2. Objetivos.

Los objetivos planteados por el trabajador social en el área de la salud, deberán promover el cambio de actitudes desfavorables, para la salud, por conductas que favorezcan su fomento, conservación y restauración.

##### Objetivo general:

Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud.

##### Objetivos específicos:

-Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad en relación a su contexto social determinado.

-Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que se llevan a la promoción, protección y restauración de la salud.

(35) Ibid. p. 12.

(36) Kirnesman Natalio, Salud pública y Trabajo Social. Ed. Humanitas, Buenos Aires 1981. p. 123.

»Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades para que participen consciente y activamente en los programas de salud.

-Identificar las utilizaciones de los servicios que favorezcan o impidan el logro de los objetivos de salud para proporcionar una mejor atención.

#### 4.2.3. Funciones.

El trabajador social en el área de la salud, en su diario desempeño profesional, se integra al equipo de salud para promover e instrumentar programas sobre:

- Orientación nutricional
- Planificación familiar
- Adicción entre los jóvenes
- Prevención de accidentes
- Salud mental
- Atención al menor
- Rehabilitación y atención especial a minusválidos e indigentes
- Atención materno-infantil
- Control sanitario
- Educación para la salud
- Prevención de accidentes de trabajo
- Vigilancia epidemiológica
- Utilización del tiempo libre

Los programas arriba mencionados, pueden quedar enmarcados en 4 categorías importantes: salud pública, área nutricional, médico hospitalario y psiquiatría.

A continuación se abordará cada una de estas 4 categorías, enunciando las funciones generales que desempeña el trabajador social.

#### Salud pública.

La salud pública ha sido definida por Winslow como el conjunto de ciencias y artes encaminadas a prevenir combatir enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud de los individuos a través del esfuerzo organizado de la comunidad mediante:

1. El saneamiento
2. El control o erradicación de enfermedades
3. La educación para la salud
4. La organización para los servicios médicos y enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz de las enfermedades, y
5. El desarrollo de un mecanismo social que asegura a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que el ser humano se encuentre en condiciones de disfrutar de su derecho natural a la salud.

A partir de este concepto, se puede afirmar que la participación del trabajador social dentro de los programas de salud pública es trascendental, ya que ésta, además de presentar una función humanística, sustenta sus acciones en la organización y fomento de la participación del pueblo.

Las funciones que desempeña el trabajador social dentro del área de la salud pública son las siguientes:

- Identificar los factores y variables socioculturales y económicos que intervienen en la distribución y frecuencia de la salud y de la enfermedad.

- Planear y realizar investigaciones específicas de problemas sociales en el área de la salud.

- Concientizar a la población a fin de que ubicada en su realidad de manera crítica, sea autora de su propia salud, considerando a ésta como valor colectivo.

- Participar en la promoción de programas de salud.

- Participar en la planificación de servicios que satisfagan las necesidades prioritarias.

- Establecer canales de comunicación interna y externa con todos los recursos humanos institucionales para lograr los objetivos y metas de los programas de salud.

- Promover la formación de comités y grupos de la comunidad atendida, que participen en programas de mejoramiento en los diversos aspectos de la salud.

- Contribuir a la utilización racional de los recursos de las Instituciones, así como de simplificar trámites respectivos.

- Proporcionar a través de la supervisión el desarrollo del trabajador social, como individuo y como profesionalista inserto en una realidad social y comprometido con los individuos que comparten su experiencia histórica social.

Como se menciona anteriormente, las acciones de la salud pública se encuentran organizadas en cinco aspectos relevantes y trascendentes para lograr la salud integral del individuo. A continuación enunciaremos las funciones de trabajo social en el aspecto correspondiente a la educación para la salud; estableciendo que, sin embargo, todos ellos representan de igual manera una importancia invaluable en el cumplimiento de los objetivos de la salud pública.

El trabajador social que realiza su quehacer profesional enmarcado en la educación para la salud debe hacer uso de sus conocimientos y habilidades a fin de promover, organizar y coordinar la participación de la población en la promoción, protección y restauración de la salud individual, grupal y colectiva.



El trabajador social tendrá como funciones generales en la educación para la salud las siguientes:

1. "Investigación del problema y de recursos.
2. Elaboración de normas.
3. Planeación de programas.
4. Promoción o ejecución de actividades educativas.
5. Organización y trabajo con grupos.
6. Coordinación de recursos.
7. Promoción de la orientación y movilización en las actividades educativas.
8. Asesoría y supervisión de las actividades, particularmente de las que se encomiendan a la población.
9. Información y evaluación de las acciones". (37)

Cada una de estas funciones debe estar dirigida hacia:

-Sensibilizar a la población escolar, familiar y comunitaria para que tenga una vida sana mediante la práctica de normas de higiene personal y el conocimiento de los problemas de salud pública y su manejo.

---

(37) Sánchez Rosado. Op. cit. p. 161.

-Contribuir a despertar el interés, facilitar la comprensión y la obtención de los valores que permitan al hombre llevar una vida sana.

Finalmente se cree oportuno establecer que todas las funciones y actividades que en su desempeño profesional realiza el Trabajador Social deben adecuarse a la realidad concreta de cada grupo, de cada familia y de cada individuo, considerando así mismo los siguientes aspectos:

-Conocer lo mejor posible lo que el individuo, la familia y la comunidad hacen y saben en relación con la salud y la enfermedad.

-Determinar los recursos que puedan utilizarse en la educación para la salud.

-Tener presente que no basta que la gente capte el mensaje o una idea, lo importante es que adopte actitudes y conductas favorables para la salud.

-Los cambios de conducta y hábitos no son fáciles de lograr; se requiere de múltiples esfuerzos y acciones, según el caso, que creen conciencia plena del problema, establecer una nueva actitud en relación al mismo y sobre todo determinar una nueva conducta para prevenir la enfermedad o para solucionar el problema.

-La educación para la salud debe ser una acción progra-

mada con metas precisas y en apoyo a situaciones concretas.

-Las motivaciones para forjar nuevas conductas deben sustentarse en las necesidades, intereses y posibilidades existentes. Es más fácil motivar si las motivaciones se encuentran en los propios intereses y valores.

#### Area nutricional.

De acuerdo a Mitchel, la nutrición es la combinación de fenómenos por lo que el organismo vivo recibe y utiliza los nutrientes exógenos para conservar sus funciones y para la formación y conservación de tejidos.

La nutrición es factor determinante en el crecimiento y desarrollo del hombre e influye en su capacidad para trabajar, pensar y en la resistencia contra las enfermedades. Hanlon establece al respecto que el alimento no solo sirve para saciar el hambre, sino también produce placer, contribuye a que el hombre desarrolle su plena capacidad física y mental.

Es importante mencionar que son diversos los factores que intervienen para lograr la adecuada nutrición de la población:

- a) Económicos
- b) Organización social
- c) Educación general y nutricional
- d) Hábitos y costumbres

- e) Actitudes psicológicas
- f) Producción de alimentos
- g) Comunicaciones y transportes.

Así pues, aunque en la mayor de las ocasiones los problemas relacionados con la adecuada nutrición se encuentran determinados por aspectos económicos, no se puede olvidar que también existen otros factores (ya mencionados) los que determinan la existencia del problema.

Este es sin duda un reto que enfrenta la sociedad en general, un desafío que va aumentando día a día y el cual demanda soluciones a corto plazo, en éste la participación del Trabajo Social estará determinada por las siguientes funciones generales:

- Realizar programas de educación nutricional y alimentación complementaria basados en la responsabilidad de la población elegida.

- Promover la organización social para movilizar a la comunidad en la lucha contra la desnutrición.

- Seleccionar los grupos más vulnerables para realizar acciones específicas.

- Brindar orientación nutricional en función de las deficiencias de la dieta, de la disponibilidad de alimentos y de los hábitos, costumbres y creencias que tengan en re-

lación con la alimentación.

-Despertar en la población el interés por una mejor nutrición en función a sus posibilidades económicas, a través de la eliminación de hábitos y actitudes alimenticias equívocos.

Insistimos en que los problemas de nutrición se resolverán mediante acciones concretas que van desde el mejoramiento económico de la población, hasta las modificaciones de conductas y hábitos desfavorables con respecto a la alimentación.

Area médico-hospitalaria.

El Trabajador Social que desempeña su actividad profesional enmarcada en el área médico-hospitalaria, desempeña sus funciones en los 3 niveles de prevención señalados por Leavell y Clark aportando en cada uno de ellos aspectos importantes enfocados a lograr la salud integral del individuo.

A continuación se presentan las funciones que realiza el Trabajador Social en cada uno de los niveles de prevención.

Primer nivel (promoción-prepatológico).

Proporciona medicina general al individuo y a la familia de tipo preventivo. Este es el nivel que mayor impor-

tancia y repercusión tiene para la sociedad, ya que se encuentra dirigida a prevenir las enfermedades; es por esto que las funciones de Trabajo Social revisten de gran importancia, siendo éstas:

- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que influyen sobre la salud, tanto para los usuarios reales de los servicios de salud como dirigidos a otras profesiones.

- Desarrollar acciones de educación social y para la salud, a partir del reconocimiento de los valores y costumbres cotidianas de la población, generando así algunas formas de autoatención para la prevención y conservación de la salud.

- Participar en el estudio de la calidad y cantidad de los servicios y recursos de la salud.

- Fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.

- Estudiar las actitudes o valores que benefician u obstaculicen el acceso a mejores niveles de salud.

- Capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que contribuyan a que los individuos alcancen un mejor nivel de vida.

### Segundo nivel (protección-patológico).

Proporciona medicina especializada al individuo y a su familia en diversas áreas (pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general, etc.). En este nivel la atención estará dada en el ámbito curativo, su meta es detener la progresión de los procesos patológicos, esta prevención se da por medio del diagnóstico precoz, y el tratamiento oportuno. El Trabajador Social desempeñará las siguientes funciones:

- Capacitar al enfermo y a su familia para que sean agentes de su recuperación.

- Llevar a cabo acciones que permitan incidir en factores sociales que coadyuven a la recuperación de la salud del enfermo.

### Tercer nivel (rehabilitación-pospatológico).

Proporciona medicina de alto grado de especialización al individuo por especialidades. Se realiza con el propósito de limitar las secuelas o rehabilitar a las personas ya inválidas.

Las funciones del Trabajador Social serán las siguientes:

- Realizar acciones tendientes a reforzar el tratamiento médico, mediante la participación del enfermo y su familia.

-Asegurar que todo enfermo o minusválido físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencialidad.

-Orientar a la familia, medio escolar, laboral y comunitario para la reubicación social del enfermo o minusválido.

Area psiquiátrica.

Las enfermedades mentales se han presentado en todas las sociedades humanas, a través del tiempo el enfermo mental ha sido tratado en diferentes momentos con temor, cariño o brusquedad.

Actualmente y aunque la enfermedad mental es principalmente un asunto médico, los problemas que presenta son tan complejos y extensos que la psiquiatría (la ciencia de las enfermedades psíquicas) se ha vuelto un esfuerzo de equipo, en donde el Trabajador Social junto con la enfermera, el psicólogo clínico, el terapeuta ocupacional y otros, son miembros sumamente valiosos en todas las etapas del proceso de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación).

Dentro de este equipo multidisciplinario, las funciones que desempeña el Trabajador Social se presenta a continuación:

-Obtener antecedentes respecto a la enfermedad y a sus posibles factores precipitantes, a fin de facilitar el diag-



nóstico.

- Investigar el ambiente social del paciente para conocer, y dar a conocer al equipo interdisciplinario los factores ambientales, la familia y su dinámica para una mejor comprensión del problema.

Buscar los orígenes ambientales de los conflictos fundamentales del paciente y captar aspectos prácticos de su vida y la interrelación con el grupo.

- Identificar, al término del estudio social psiquiátrico el tipo de personalidad de los padres o figuras substitutas; la formación del carácter del paciente.

- Describir el manejo y las actitudes del grupo familiar frente al problema.

- Sensibilizar a la familia del paciente para reducir las "sobrecargas" ambientales que pudieran afectar a éste cuando regrese a su hogar.

- Supervisar al paciente y a su familia después de que aquél ha sido dado de alta en el hospital.

#### 4.2.4. Perfil profesional de trabajador social en el área de la salud.

El término de perfil en el campo de la investigación social se aplica para referirse a un conjunto de datos sistema-

tizados que caracterizan a un sujeto o a una población.

Un perfil profesional debe identificar el conjunto de conocimientos, capacidades, aptitudes y actitudes que debe tener un profesionista para el desarrollo óptimo de su ejercicio profesional.

Para lograr el cumplimiento de los objetivos planteados para el Trabajador Social en el área de la salud, el profesional deberá contar con conocimientos en:

- Metodología, la teoría y las técnicas de investigación en las ciencias sociales y de la salud.

- Desarrollo del proceso salud-enfermedad y el contexto que lo determina.

- Legislación y los sistemas de seguridad social en México.

- Educación para la salud y la dinámica de los grupos sociales.

- Evolución del Trabajo Social en esta área, su teoría, su metodología y práctica específica.

- Psicología evolutiva y social, para la comprensión de respuestas a las necesidades del proceso salud-enfermedad.

- Identificar la estructura jurídico-administrativa del Sector Salud.

-Identificar políticas de estado en lo que se refiere a esta área, así como los programas en que las Instituciones operacionalizan tales políticas.

Capacidades para:

-Desarrollar diseños de investigación.

-Dominar aspectos administrativos de planeación, organización, supervisión y coordinación de programas sociales.

-Establecer diagnósticos sociales.

-Analizar prospectivamente el comportamiento que se espera de procesos sociales de la salud-enfermedad.

-Identificar los recursos humanos, materiales e institucionales que ayuden a resolver los problemas de salud.

-Optimizar recursos.

-Sensibilizar y movilizar a la población.

-Formar grupos.

-Participar en procesos educativos.

-Atender problemáticas individuales.

-Aplicar técnicas de dinámica grupal.

-Participar interdisciplinariamente.

-Utilizar adecuadamente las relaciones humanas.

Habilidades y destrezas en:

-Manejar técnicas de trabajo individual, dinámica y control de grupos y organizaciones comunitarias.

-Utilizar técnicas de comunicación y educación social.

-Utilizar las técnicas de investigación como son la observación y la entrevista.

Actitudes para:

-Mantener el apego a las políticas Institucionales.

-Ser responsable de la información de la Institución.

-No sobrepasar el dominio de las atribuciones.

-Ser solidario con el equipo de trabajo.

-Respetar la delimitación de los campos profesionales.

-Mantener interés en la superación personal y profesional.

-Mantener el espíritu de servicio.

-Ser crítico, objetivo y justo.

-Respetar la decisión de las personas en la solución de sus problemas.

- Mantener el secreto profesional.
- Tener conocimiento y control de sí mismo.
- Respetar la dignidad humana.
- Crear compromiso profesional con la población.
- Adecuar los términos de la comunicación, a nivel de la población atendida.

## CAPITULO 5

### "INVESTIGACION DE CAMPO"

#### 5.1. Aspectos metodológicos generales.

##### 5.1.1. Planteamiento del problema.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad mortal, hasta la fecha incurable y que ha ocasionado la muerte de miles de personas en varios países del mundo.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es producido por los virus VIH y VIH-2 (virus de la inmunodeficiencia humana 1 y 2) que provocan la pérdida de las defensas naturales del organismo de la persona infectada dejándola a merced de múltiples enfermedades infecciosas.

El SIDA es una enfermedad cuya incidencia tiende a aumentar considerablemente. El largo periodo asintomático en que puede vivir una persona infectada, y el tiempo también previsiblemente largo que aún habrá de transcurrir antes de que se cuente con una vacuna o tratamiento efectivos para combatirlo, ha convertido a la enfermedad en un problema prioritario de Salud Pública, teniendo como principales parámetros su frecuencia, letalidad, costo y velocidad de expansión; destacándose esta última ya que se ha extendido

en muchos países del mundo tornándose en una enfermedad pandémica la cual trascendió fronteras, edades, sexos, razas y religiones.

Como ya se mencionó anteriormente, para el tratamiento de esta enfermedad aún no existen medidas fundamentadas científicamente, quedando como principal medio de acción la prevención; la cual se apoya fundamentalmente en la modificación de hábitos y conductas profundamente arraigadas por los individuos como son los sexuales y la drogadicción.

Las acciones deben estar dirigidas a la población en general, los grupos de alto riesgo y los enfermos, con la intención de disminuir el número de sujetos expuestos al contagio y también las posibilidades de circulación del virus entre la población.

Es importante que los programas de acción contra el SIDA logren aumentar en la población en general, la conciencia sobre el riesgo de infección por el VIH 1 y 2, un grupo en especial importante lo conforman los adolescentes, ya que precisamente esta etapa del desarrollo humano en la cual el individuo en la búsqueda por su identidad sexual y el conocimiento de vivencias nuevas, experimenta sus primeras actividades sexuales, ya sean heterosexual u homosexualmente, por lo cual se encuentran expuestos a contraer la enfermedad.

Ante este hecho inevitable, se considera pertinente for-

tales las actividades y los programas de prevención contra el SIDA dirigidos a la población adolescente porque ¿poseen los adolescentes información básica y adecuada sobre el SIDA?

#### 5.1.2. Objetivos.

##### Objetivo general:

Identificar el tipo de información que sobre aspectos generales del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) poseen los alumnos de la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez".

##### Objetivos específicos:

-Realizar una investigación que señale los conocimientos que el alumnado de la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez" tienen sobre el SIDA.

-Elaborar un programa de educación para la salud (de información y prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) dirigido a la población estudiantil de la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez".

-Establecer la importancia de proporcionar información básica del SIDA a la población adolescente.

#### 5.1.3. Hipótesis.

La hipótesis a comprobar o disprobar al término de la



presente investigación es la siguiente:

"La falta de conocimientos reales con respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) propicia que los adolescentes se conviertan en un grupo de riesgo para el contagio de dicha enfermedad".

#### 5.1.4. Selección de la muestra.

Se consideró como universo de trabajo a todos los alumnos inscritos en el calendario escolar 1989-1990 de la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez", abarcando los turnos matutino y vespertino en los 3 grados, quedando formado por 1750 alumnos.

Siendo nuestra muestra una parte representativa del universo de trabajo, en la presente investigación se consideró al 10% de los alumnos de la Institución (175 alumnos).

El tipo de muestreo utilizado fue aleatorio simple, el cual consiste en realizar enlistados de la población total y elegir la muestra al azar.

#### 5.1.5. Diseño del instrumento.

Para la elaboración del instrumento se consideraron los objetivos planteados y la población hacia la cual se encuentra dirigida la presente investigación, se utilizó la encuesta que se apoyó en la aplicación de cuestionarios a los alumnos de la Escuela Federal "Ignacio Ramírez"; buscando

un mejor manejo y comprensión los ítems fueron elaborados de manera cerrada, siendo un total de 57 (ver anexo 1).

#### 5.1.6. Recopilación de la información.

El equipo de investigación se remitió a la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez", ubicada en Av. de las Palmas s/n en Texcoco Estado de México, para la aplicación de los cuestionarios.

#### 5.1.7. Procesamiento de datos.

Una vez obtenida la información requerida, se procedió a tabular y codificar los datos obtenidos para posteriormente elaborar la presentación gráfica de los resultados. (Ver anexo 2).

#### 5.1.8. Interpretación de datos.

En la pregunta No. 1 un 59% de los alumnos indican conocer información sobre la enfermedad, sin embargo, los educandos restantes, el 41%, manifiestan desconocer cualquier información sobre el SIDA. Lo anterior nos refleja que un porcentaje elevado de alumnos carecen de información sobre esta enfermedad, es decir, que a pesar de las diversas campañas de difusión a la población (difundidas a través de los diferentes medios de comunicación) sobre el SIDA y las medidas preventivas de ésta, existe desconocimiento entre algunos sectores de la población sobre la enfermedad por lo cual

se requiere redoblar esfuerzos conjuntos del estado, las instituciones de Salud y las relacionadas con la prevención y tratamiento del SIDA con el objetivo de mantener informada a la sociedad sobre las medidas preventivas y riesgos que implica la infección por el VIH. Para la difusión de las diversas campañas publicitarias se debe tener presente que la habilidad para entender y minimizar el impacto del SIDA en todas las áreas de la vida social, dependerá del sistema de información que se emplee para cuantificar la difusión de ésta.

En la cuestión No. 2, los alumnos en un mayor porcentaje, 71%, identifican al SIDA como una enfermedad infecciosa, solo un 21% de éstos, expresan concebirlo como un tipo de cáncer, en un porcentaje visiblemente bajo, sólo un 8%, los encuestados indican desconocer que es el SIDA y un aspecto importante es que ningún alumno ubica a la enfermedad con una campaña de publicidad. Esto puede estar relacionado al hecho de que en la totalidad de las campañas de información del SIDA se establece que es una enfermedad pandémica, incurable, mortal y muy costosa, sin embargo como se trata de una enfermedad conocida apenas en la década pasada, que si bien es cierto ya constituye un grave problema de salud pública, se debe reconocer que entre la población existe confusión o incredulidad sobre la veracidad de la enfermedad, esto puede deberse a que cada vez con mayor frecuencia y a veces en forma poco científica se habla sobre ella. En el

caso de los alumnos, éstos en un porcentaje altamente representativo, la identificaron concretamente como una enfermedad infecciosa, lo cual relacionado al aspecto de que ninguno lo considera como una simple campaña "alarmista" de publicidad nos indica, en primera instancia, que la mayor parte de ellos poseen conocimientos reales con referencia a la caracterización de la enfermedad.

El 62% de los alumnos, en la pregunta No. 3 identifican a la enfermedad como incurable, sólo un 26% consideran que existe alguna posibilidad para su curación y el resto 12% indicaron desconocer la respuesta. Esto significa que aún cuando los alumnos, en un porcentaje alto, saben que la persona que posee la infección por el VIH sufre un deterioro progresivo que en un lapso determinado (corto o largo) lo lleva a la muerte, existen educandos que desconocen este hecho, lo cual implica el riesgo de que al ignorar datos tan significativos como éste, no realicen las medidas preventivas mínimas para evitar el contagio debido a esto se ve la necesidad de reafirmar en la totalidad de las campañas de información y prevención difundidas a través de cualquier medio de comunicación la aún no posible curación del individuo infectado por el VIH.

En la pregunta No. 4, la mayoría de los alumnos, 60%, informan saber que todavía no existe vacuna alguna capaz

de prevenir la infección por el VIH, el 24% de los encuestados indican ignorar la respuesta y un 16% expresan que actualmente ya se cuenta con una vacuna eficaz contra el VIH. Estos resultados denotan que entre los alumnos existe confusión sobre si existe o no una vacuna eficaz para combatir la infección por VIH, siendo una de las posibles causas el que a partir de haberse detectado los primeros casos de SIDA, se ha difundido extensa información sobre la enfermedad, pero desgraciadamente no toda ella basada en avances científicos o información verídica, sino que en muchos de los casos es tratada en forma alarmista, imaginativa y confusa, lo cual tiene como consecuencia que la población desconozca o confunda lo real y lo fantasioso de esta enfermedad.

En la pregunta No. 5 un 74% de los educandos expresan que es viable que cualquier persona no importando el sexo o la edad se encuentra propensa al contagio por el VIH, en un 23% de casos la identifican como una enfermedad característica sólo de ciertos grupos específicos de individuos y los alumnos restantes, 13%, indican desconocer la información. De acuerdo a lo anterior, la mayor parte de los alumnos encuestados conocen que cualquier persona se encuentra expuesta a padecer SIDA (sin distinción de razas, posición socioeconómica, etc.), esto significa que los educandos saben que ellos se encuentran expuestos al contagio de VIH, por cualquiera de las vías de transmisión viables, lo cual permite suponer

que muestren interés por conocer más sobre la enfermedad y las posibles medidas de prevención.

En la pregunta No. 6 los alumnos identifican a los donadores de sangre como individuos propensos a adquirir SIDA en un 59%, un 25% indica que para estas personas no existe riesgo alguno de adquirir la enfermedad y el 16% final manifiesta ignorar la respuesta. Los datos arriba mencionados nos permiten establecer que en los alumnos existe desinformación respecto al contagio a través de esta vía, aún cuando desde la aparición de la enfermedad se identificó a la sangre como un medio eficaz de transmisión, conociendo esta información los alumnos aún no logran identificar en forma precisa si son los donadores de sangre o los que reciben las transfusiones quienes pudieran tener riesgo de enfermar de SIDA.

En la pregunta No. 7, en lo que respecta al hecho de que la enfermedad puede ser transmitida a través de la saliva (besos) entre los alumnos encuestados se percibe confusión, ya que el 44% de ellos manifiestan que sí es factible el contagio a través de los besos, y en un porcentaje un poco mayor, 47%, consideran nula esta posibilidad; un 9% de los educandos desconocen la respuesta. Evidentemente los educandos desconocen en forma precisa si la saliva es un medio eficaz de transmisión, ya que en porcentajes casi iguales (solo 3% de diferencia) sitúan ambas opciones; esto nos hace suponer que existe tal confusión debi-

do a que en las campañas de información sobre SIDA no se ha manejado información suficientemente clara para evitar las confusiones respecto a el posible contagio a través de los besos (en las campañas, se indica que los "besos secos" no implican riesgo alguno para el contagio; sin embargo los adolescentes pocas veces alcanzan a definir el tipo de besos que comparten con su pareja).

En la pregunta No. 8 el 41% de los educandos indican que un factor de riesgo para contraer la enfermedad es el asistir a un balneario; sin embargo un 40% de los alumnos lo consideran como factor de no riesgo; el 19% final expresa ignorar la respuesta. Este aspecto resulta también de gran confusión para los alumnos los cuales aún no logran delimitar en forma clara el riesgo que implica la asistencia a balnearios para el contagio del VIH; es decir aún no existe un completo conocimiento sobre las formas de transmisión conocidas ni sobre el VIH, el cual es un virus tan frágil que no subsiste, según los especialistas en el tema, a las condiciones ambientales y por ello sólo se puede transmitir a través de formas "directas". Se observa la necesidad de brindar a la población en general un mayor conocimiento sobre los medios de transmisión.

Considerando que la vía de transmisión más segura para contraer la enfermedad es la sexual, resulta significativo percatarse de que en la pregunta No. 9 la mayoría de los

alumnos, 87% la identifican como un medio de transmisión, sólo un 5% de éstos la visualizan como una forma no probable de contagio y un 8% desconocen el dato. Es decir, los alumnos conocen que una de las vías de transmisión más efectivas (la cual en México al igual que en la mayoría de los países es el mecanismo más frecuente de transmisión del VIH) es el relacionado con el aspecto sexual. Aún reconociendo que es el más eficaz también se puede decir que es el que mayor problemática presenta para su prevención ya que éste implica aspectos "íntimos" de los individuos relacionados con el tipo de educación que han recibido. Sin embargo es importante que todo el público y en especial los adolescentes conozcan el riesgo que implica realizar "acciones de alto riesgo" relacionadas con el sexo por lo cual las campañas preventivas de información y prevención deben brindar información precisa y clara dirigida a todos los niveles de la población.

En la pregunta No. 10 el 53% de los alumnos opinan que el establecer relación amistosa con personas infectadas por el VIH es factor de riesgo para contraer la enfermedad, un 37% de éstos indican que el relacionarse amistosamente con individuos infectados no representa riesgo alguno, el 10% restante indica ignorar la respuesta. Esto nos indica que los alumnos consideran como conducta de alto riesgo el relacionarse amistosamente con una persona portadora del VIH, esta conducta ha sido generalizada pues en su mayoría la población presenta conductas de rechazo, temor y hasta pánico



hacia personas enfermas de SIDA las cuales además de "soportar" las diversas manifestaciones clínicas de la enfermedad se enfrentan al rechazo y discriminación de la sociedad.

En la pregunta No. 11 el 49% de los alumnos consideran como individuos de alto riesgo a aquellos que son adictos a las drogas de administración intravenosa, los alumnos dicen desconocer la información en un 37% y los alumnos restantes, 14% indican que las personas arriba mencionadas no poseen riesgo alguno de contraer la enfermedad. En un porcentaje elevado, los alumnos indican desconocer si una persona adicta a las drogas de administración intravenosa se encuentra expuesta al contagio del VIH, esto es preocupante considerando que el grupo de drogadictos se encuentra incluido en el denominado "grupo con prácticas de alto riesgo" y al desconocer los adolescentes esta información quedan expuestos al riesgo del contagio, en caso del uso continuo o casual de este tipo de drogas compartiendo jeringas y agujas entre sí; por lo cual es necesario que ellos conozcan que esta actividad (drogarse por vía intravenosa utilizando los mismos instrumentos) representa una vía altamente eficaz de transmisión de sida.

Los encuestados en la pregunta No. 12 en un 83% manifiestan que es posible adquirir la enfermedad a través de agujas o jeringas no esterilizadas, las cuales hayan sido utilizadas anteriormente por una persona enferma de SIDA, un 7%, indica que no es factible el contagio de esta enfermedad por ese medio y un 10% dijo desconocer la informa-

ción. Al respecto, se denota que los educandos en su mayoría conciben de manera clara el alto riesgo que implica el uso de material punzante no esterilizado, utilizado anteriormente por personas portadoras del VIH; al respecto las Instituciones del Sector Salud, y en general toda la población, deben procurar utilizar material desechable (utilizado sólo una ocasión o con la misma persona) para evitar en todo lo posible el contagio a través de esta vía.

En la pregunta No. 13 un 59% de los encuestados señalan que es adecuado considerar a las transfusiones sanguíneas como medio de transmisión del SIDA, un 12% opina que éstas no deben ser consideradas como medio eficaz de transmisión y los educandos restantes, 29% refieren desconocer la respuesta. Esto nos indica que en la mayor parte de los alumnos existe un conocimiento adecuado respecto a esta vía de transmisión, es decir, que a través de una transfusión de sangre (siempre y cuando la sangre recibida se encuentre contaminada del VIH) una persona sana puede enfermar de SIDA. En relación a este aspecto, se considera positivo que el gobierno en coordinación con las Instituciones del Sector Salud hayan emitido diversas normas de sanidad tendientes a proteger a los individuos que por necesidad reciben este servicio.

En la pregunta No. 14 se percibe entre los alumnos desconocimiento y confusión, un 32% expresa que es factible el contagio del VIH a través de las lágrimas y el sudor, un 35%

lo identifica como un medio improbable para el contagio, y el resto de los alumnos 33% indican ignorar la respuesta. Como se puede observar, esta posible vía de transmisión representa para los alumnos un motivo de confusión ya que aún no logran identificar claramente el riesgo que implica tener contacto con lágrimas y sudor de una persona enferma de SIDA.

En un amplio porcentaje, en la pregunta No. 15 los alumnos encuestados, 73% estiman posible que una mujer durante la gestación contagie al producto de SIDA sólo un 3% considera nula la posibilidad y el 24% dijo ignorar la respuesta. Esto significa que la mayoría identifica correctamente a las mujeres embarazadas seropositivas, como vías eficaces de transmisión de SIDA aún cuando el producto se encuentre en gestación, realmente es importante que los adolescentes posean este tipo de conocimientos para que conozcan el riesgo al cual se exponen ellas y sus hijos al realizar acciones de alto riesgo que puedan infectarlas de SIDA.

En la pregunta No. 16 el 26% de los alumnos informa que es probable el contagio de la enfermedad por medio de la picadura de un mosquito, el 40% indica que no es factible el contagio a través de este medio y el 34% restante indica desconocer la respuesta. Lo anterior indica que todavía existen dudas y desconocimiento entre los alumnos sobre si

el mosco puede ser considerado como portador del VIH. Según las investigaciones más recientes éste no representa una vía probable de contagio, por lo cual no se le ha brindado especial importancia durante las campañas informativas.

En lo que respecta a la pregunta No. 17, los alumnos en un 40% indican desconocer si durante el parto, la madre puede infectar de SIDA a su hijo, el 49% considera como viable el contagio y un 11% señala que éste no es posible durante el parto. Lo anterior refleja confusión entre los alumnos sobre esta vía de transmisión, ya que aún cuando, casi la mitad de ellos la identifica como medio probable de contagio, el resto, en su mayoría, indica desconocer información al respecto.

En la pregunta No. 18 un 57% de los alumnos manifiesta que es probable la transmisión de SIDA a través de vasos, platos y utensilios que hubiesen sido utilizados en forma anterior por personas portadoras del VIH, el 31% indica que es inexistente la posibilidad del contagio a través de este medio, y un 12% señala que ignora el dato. Esto nos indica que no es claro para los alumnos que el VIH no se transmite por contactos casuales ni por los alimentos, agua o compartiendo vasos, tazas o cualquier otro utensilio.

En la pregunta No. 19 la mayor parte de los educandos 73% expresan que es factible el contagio del VIH, a través

de la leche materna, el 6% manifiesta que es improbable la captación por este medio y el resto de los alumnos, 21%, indica ignorar la respuesta. Uno de los 3 mecanismos de transmisión perinatal es el relacionado al contagio del VIH a través de la leche materna, un grupo considerable de alumnos lo identifica como tal; ante lo cual se puede considerar que tienen un conocimiento adecuado sobre este mecanismo de transmisión, sin embargo en forma general, tomando en consideración dos preguntas anteriores sobre esta vía de transmisión, se percibe confusión entre los alumnos, por lo cual es necesario incrementar esfuerzos para brindar a la población mensajes que en un primer momento les informen sobre los 3 mecanismos de transmisión perinatal y en segundo término les permita realizar acciones preventivas lo cual permitirá la disminución de muertes materno-infantil por SIDA.

En la pregunta No. 20 los alumnos creen en un 34% que el personal médico posee medianas posibilidades de contagio, en un 17% consideran que tiene muchas posibilidades de contraer la enfermedad, asimismo un 23% señala que las posibilidades de infección son muy pocas, y finalmente el 26% expresa que este personal tiene nulas posibilidades de contagio. Es obvio que los alumnos aún no delimitan en forma precisa el riesgo que tiene el personal médico de contraer la enfermedad durante el ejercicio de su profesión, tal

confusión puede deberse a que aún cuando tienen un continuo contacto con personas enfermas de SIDA, no se encuentran incluidos, en ninguna campaña de información sobre la enfermedad, en los grupos denominados de "alto riesgo".

En la pregunta No. 21, referente al grupo de las prostitutas, el alumnado indica en un 88% que estas personas tienen muchas posibilidades de infección por el VIH, un 6% menciona que puede clasificarse como grupo de mediano riesgo el 3% señala que tienen muy pocas posibilidades de enfermar de SIDA y en un porcentaje igual, 3%, que no existe peligro de infección para este grupo. Esto significa que los alumnos encuestados en un porcentaje altamente representativo conocen que las personas que ejercen la prostitución se ubican dentro del grupo con prácticas de alto riesgo para contraer la infección por el VIH, debido al cambio constante de pareja sexual y al intercambio de líquidos corporales con cada uno de ellos.

En la pregunta No. 22, los alumnos consideran en un 72% que los homosexuales tienen muchas posibilidades de contagio, un 21% los identifica como individuos de medianas posibilidades de contraer la enfermedad, un 4% los ubica como grupo con muy pocas posibilidades de infección y los alumnos restantes, 3%, los señalan como personas sin riesgo alguno para enfermar de SIDA. Al principio de la enfermedad se creía, erróneamente, que esta enfermedad era exclusiva de determina-

dos grupos de individuos, actualmente se conoce que no es así, la mayoría de los alumnos los identifica correctamente como grupo de individuos a los cuales debe considerársele como de alto riesgo debido al tipo de actividad sexual que llevan en su vida cotidiana.

En lo que respecta al grupo integrado por los estudiantes, los alumnos, en la pregunta No. 23 los señalan en un 49% como personas con muy pocas posibilidades de contagio, en un 18% éstos expresan que este grupo posee nulas posibilidades de enfermar de SIDA, solo un 4% los señala como personas con muchas posibilidades de contagio y finalmente un 29% los identifica con medianas posibilidades. Lo anterior nos refleja que para la mitad de los encuestados los estudiantes tienen posibilidades de infección por el VIH, pero éstas son sólo mínimas. lo cual implica que ellos identifican como posibilidad lejana el que ellos mismos puedan llegar a desarrollar la enfermedad.

Los alumnos consideran en un 39% que para las amas de casa no existe posibilidad alguna de adquirir la enfermedad, un 35% las ubica dentro del grupo con muy pocas posibilidades, a continuación un 19% de éstos expresan que deben clasificarse como personas con medianas posibilidades de contagio, y sólo un 7% las cataloga dentro del grupo con muchas posibilidades de enfermar de SIDA. Aún cuando se ha establecido que la vía sexual es la más eficaz para el contagio

de SIDA, por lo cual se le recomienda a todas las parejas sexuales utilizar el preservativo, los alumnos ubican a las amas de casa como personas poco propensas a adquirir la infección, esto puede relacionarse al hecho de que al observarlas la mayor parte del tiempo dentro de su hogar, no identifican en éstas alguna actividad de riesgo, pasando por alto la más importante, la sexual.

En la pregunta No. 25, la mitad de los alumnos encuestados 51% clasifican a los drogadictos como individuos con muchas posibilidades de contraer SIDA, un 30% expresa que deben ser considerados como personas con medianas posibilidades de adquirir la enfermedad, un 10% indica que pueden identificarse como individuos con muy pocas posibilidades de enfermar y el 9% final los clasifica como personas sin riesgo alguno de infectarse. La mitad de los alumnos encuestados ubican correctamente a los fármacodependientes como individuos de alto riesgo de contraer SIDA, sin embargo en los alumnos restantes aún se percibe cierta confusión, esto implica riesgo ya que éste es uno de los grupos más vulnerables para el contagio por el VIH y si se toma en cuenta que, generalmente en la adolescencia es donde se comienza a practicar la drogadicción, el riesgo es doble.

En la pregunta No. 26 los educandos expresan en un 12% que los donadores de sangre poseen nulas posibilidades de enfermar de SIDA, el 25% considera que las posibilidades



son muy pocas, un 27% señala que son muchas y finalmente el 36% indica que son medianas las posibilidades de contagio por VIH. Lo anterior nos indica que los educandos aún no ubican en forma precisa el riesgo que tienen los individuos que son donadores de sangre, como se conoce, cualquier individuo que integra este grupo puede tener posibilidades de contagio, sólomente si el material que se maneja no es esterilizado y haya sido utilizado anteriormente por una persona portadora del virus, de otra manera el riesgo es inexistente.

En la pregunta No. 27 los alumnos en un 40% consideran a los infantes como personas con nulas posibilidades de contagio, un 38% los cataloga con pocas posibilidades, un 17% los identifica como individuos con medianas posibilidades y sólo un 5% indica que éstos tienen muchas posibilidades de enfermar de SIDA. Ante esto, podemos señalar que los alumnos identifican a la población infantil como un grupo poco factible para que se presente en ellos la infección, es decir, al no realizar éstos ningún tipo de actividades de las llamadas de alto riesgo, los encuestados los ubican como individuos con poco riesgo para adquirir y desarrollar la enfermedad del SIDA.

En la pregunta No. 28 el                    expresa que los empleados y obreros tienen muchas posibilidades de adquirir la enfermedad, el                    indica que este grupo se puede clasificar den-

tro de aquél con medianas posibilidades, asimismo un manifiesta que estas personas tienen pocas posibilidades y finalmente el        indica que ellos no tienen posibilidades de contagio, es decir los alumnos en su mayor parte consideran que estas personas poseen poca posibilidad ya que solo una parte mínima de ellos lo identifica como individuos con grandes riesgos.

En la pregunta No. 29, en un porcentaje altamente representativo, 89%, los educandos consideran esencial el aseo diario para la prevención de la enfermedad, para los alumnos restantes, 11% esta actividad no representa importancia en la prevención del SIDA. Lo anterior denota que para la mayoría de los alumnos un elemento básico para evitar la infección por el VIH es la higiene personal, independientemente del tipo de actividades que realicen en su vida cotidiana.

En la pregunta No. 30, la mayor parte de los alumnos, 93% señalan que es fundamental evitar las relaciones sexuales con prostitutas como medio eficaz de prevenir el SIDA, sólo un 7% la consideran como medida preventiva no importante. Es decir, los educandos conocen que esta actividad representa un alto riesgo de contraer la infección, por lo cual una medida importante de prevención es evitarlas, considerando que las personas que ejercen esta "profesión" se encuentran expuestas a los encuentros con cualquier tipo de personal.

En la pregunta 31 la población estudiantil señaló en

un 72% que una medida para evitar el contagio del VIH es rechazando la amistad de personas contagiadas, mientras que un 28% no la consideran como medida preventiva, esto es, los alumnos no saben que el convivio cotidiano con un seropositivo o enfermo de SIDA no es un factor de riesgo de contagio.

En la pregunta 32 expresaron en un 5% que no es una medida preventiva la revisión médica periódica, mientras que un 95% si la estiman importante para prevenir la infección, es decir los educandos opinan que las visitas frecuentes al médico propician un medio para no contraer el VIH.

En la pregunta 33, los alumnos señalan en un 46% que es trascendental para evitar el contagio del SIDA abstenerse de donar sangre, un 54% citan que esta actividad no representa importancia en la prevención contra el VIH aunque de alguna manera su temor al donar sangre es válido cuando no se utiliza material esterilizado si se puede dar el contacto con el virus, pero cuando se toman las medidas necesarias no es factor de riesgo y los alumnos no lo saben.

En la pregunta 34 un 62% mencionan que es conveniente no recibir transfusiones como medio importante de prevención, el resto (38%) indican que no es esencial prescindir de las transfusiones sanguíneas pues no es un medio preventivo importante, un hecho relevante es que la transfusión con sangre contaminada es un factor determinante para contagiarse y es el

medio más seguro de contagio.

En la pregunta 35 un 74% de los alumnos expresaron que es conveniente el uso de preservativo en las relaciones sexuales para evitar la infección por VIH, mientras que un 26% señalaron que no es significativa su utilización en la prevención de la enfermedad, la mayoría estuvo de acuerdo con la utilización del condón como medio preventivo y fue más de la mitad mientras que el resto no lo considera necesario.

En la pregunta 36 en un 83% indicaron que una medida preventiva importante contra el SIDA es el manejo de agujas y material punzante esterilizado, el 17% restante no lo considera necesario, una parte considerable de los alumnos acertadamente consideraron importante utilizar material punzante y agujas esterilizados para evitar el SIDA.

En la pregunta 37 el 58% de los alumnos, estima que no se debe utilizar los baños públicos como medio de contagio, sin embargo un 42% indican que no puede considerarse como medida preventiva relevante, se observa que no es muy dispareja la opinión de que sí es o no es medida preventiva el no utilizar baños públicos, esto nos da a conocer que en las medidas preventivas no es clara la información.

En la pregunta 38 sólo un 19% señala que el empleo de drogas no representa un peligro para contraer la enfermedad, el 81% juzga que sí es una forma de prevenir no usando

las drogas, la mayor parte de los alumnos expresan una relación del SIDA y las drogas, no especificando si es por administración intravenosa o no.

En la pregunta 39 el 70% de los educandos considera como medida preventiva no compartir cepillos dentales y hojas de afeitar, mientras que un 30% manifiesta que no es una medida preventiva, la mayor parte de los alumnos consideran necesario evitar el compartir las hojas de afeitar y los cepillos dentales para no contagiarse de SIDA.

En la pregunta 40 el 25% de los alumnos manifestaron que no es una medida preventiva el abstenerse de relaciones sexuales casuales, mientras que un 75% si la considera relevante como medio de evitar el contagio de SIDA, el sexo efectivamente lo relacionan con el SIDA y es el medio más frecuente de contagio de esta enfermedad.

En la cuestión 41 el 59% consideraron el no masturbarse medida preventiva en relación con el SIDA, y el 41% no lo considera necesario para evitar el SIDA, lo anterior nos indica que en los alumnos existe confusión sobre si la masturbación es o no una medida preventiva, se considera conveniente aclarar que en algunos alumnos existía desconocimiento sobre el término "masturbación", simplemente lo relacionaban con la actividad sexual, así pues en mayor porcentaje opinan que debe evitarse para prevenir el SIDA.

En la pregunta 42 el 45% afirmó haber recibido información de SIDA en la escuela y un 55% señaló que no han re-

cibido dicha información, es un planteamiento en el que debe existir uniformidad ya que comparten la misma escuela.

En la cuestión 43 el 61% del alumnado manifestó haber recibido información en su hogar, mientras que un 39% señaló que no obtuvo información en su casa, esto indica que en los hogares de los alumnos se proporciona información sobre SIDA, aun cuando se trata de familias pertenecientes al medio rural.

En la pregunta 44 los alumnos señalaron en un 38% que han recibido información de SIDA con sus amigos y un 62% manifestó que no ha recibido dicha información por parte de sus amigos, es decir la mayoría de los alumnos no ha tratado este tema con sus amistades, puede estar esto relacionado a que los jóvenes prefieren ocupar el tiempo que comparten con sus compañeros en otras actividades diferentes al conocimiento de alguna enfermedad.

En la cuestión 45 un 86% de los alumnos manifestaron que recibieron información de SIDA a través de la televisión, mientras que un 14% no la recibe por este medio masivo de información, lo que permite ver que es necesario intensificar las campañas informativas y adecuarlas a un horario que les permita a los adolescentes asimilar la información referente al SIDA por medio de la televisión.

En la pregunta 46 el 78% de los alumnos indicó que ha recibido información de SIDA por medio de la radio, mientras que un 22% no la ha captado a través de este medio, es un porcentaje considerable el que lo ha recibido, pero es necesario reforzar la propaganda del SIDA a través de este canal masivo, ya que los jóvenes escuchan radio con mucha frecuencia.

En la cuestión 47 los alumnos recibieron información en un 73% del SIDA por medio de periódicos y revistas, mientras que un 27% no ha obtenido conocimientos de SIDA a través de estos medios, un gran porcentaje tuvo información en periódicos y revistas y un menor porcentaje no, aunado a esto se puede aseverar que los jóvenes no leen con frecuencia los periódicos y que las revistas que estudian carecen de un contenido aceptable en conocimientos objetivos de temas relevantes como el SIDA.

En la pregunta 48 un 13% del alumnado señaló que ha recibido información de SIDA en el cine y un 87% no la ha recibido, esto se debe a que en el cine no se proyecta una amplia y frecuente información de SIDA o que no van al cine.

En la pregunta 49 un 59% de los alumnos plantearon conocer Instituciones que brindan información sobre SIDA, mientras que un 41% no las conoce, es un gran porcentaje que desconoce las Instituciones que brindan información sobre SIDA,

lo que permite visualizar que es necesario transmitir por los medios masivos de comunicación todas las fuentes de información además de CONASIDA, para que la población tenga oportunidad de consultarlas.

En los reactivos del 50 al 57 los alumnos identificaron en un alto porcentaje las Instituciones efectivas que proporcionan información sobre SIDA, enfocándolas en las de salud como es el caso del IMSS y como especialista a CONASIDA, esto indica que se conoce a qué fuentes se debe acudir para adquirir conocimientos sobre esta enfermedad.

#### 5.1.9. Análisis de datos

-La mayor parte de los alumnos encuestados consideraron al SIDA como una enfermedad infecciosa para la cual no existen distinciones ni barreras socioeconómicas; sin embargo las personas más propensas a adquirir la infección son las prostitutas, los homosexuales y los drogadictos. Un aspecto importante es que la mitad de ellos señalaron a los estudiantes como individuos con muy pocas probabilidades de contagio, es decir, se autoconsideran como un grupo de poco riesgo.

-En lo que se refiere a los avances científicos los estudiantes indicaron que hasta la fecha (y después de las numerosas investigaciones que se han venido realizando), la-



mentablemente aún no se ha podido obtener una vacuna para prevenirlo ni un medicamento efectivo para curarlo.

-En lo que respecta a las medidas de prevención, los educandos señalaron como las más importantes de realizar cotidianamente para evitar la infección las siguientes: acudir periódicamente a revisión médica, evitar relaciones sexuales con prostitutas, asearse diariamente y usar agujas y material punzante esterilizado.

-Al hacer referencia a las vías probables de contagio, se encontró que los encuestados mostraron confusión en referencia a la transmisión a través de los besos, lágrimas y sudor y en la asistencia a balnearios. La mayoría señala como vías probables de contagio: a través de las relaciones sexuales con personas infectadas, por compartir agujas o jeringas sin esterilizar utilizadas anteriormente por una persona contagiada de SIDA.

## CAPITULO 6

**"PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD DE INFORMACION Y PREVENCION DEL SIDA".**JUSTIFICACION

La llamada enfermedad del siglo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha constituido en poco tiempo, en un grave problema de Salud Pública. Esta enfermedad se detectó por primera vez en Estados Unidos de Norteamérica en el año de 1981, en México el primer caso se reconoció en 1983 en el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" y de entonces al 30 de abril de 1991 se han notificado a la Dirección General de Epidemiología 6790 casos, (ver anexo 3) de individuos seropositivos que han desarrollado la enfermedad.

Debido al prolongado periodo de latencia entre el momento de la infección y el diagnóstico de la enfermedad, así como a la persistente infectividad de las personas que presentan anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se considera que el número de personas infectadas es el mejor indicador de la magnitud de la epidemia. Nuestro país se sitúa en el tercer lugar del continente Americano y en el 12o. a nivel mundial con casos de SIDA. (Ver anexo 4).

Considerando su patrón de crecimiento, el SIDA será sin duda un problema grave en el futuro, de seguir la frecuencia de transmisión actual, siendo la transmisión más frecuente la sexual.

Esta enfermedad es ocasionada por virus, a los cuales la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó como Virus de la Inmunodeficiencia Humana 1 y 2 (VIH y VIH-2), con respecto al modo de transmisión hasta el momento se tienen 3 formas comprobadas, las cuales son:

1. A través de contacto sexual donde se dé intercambio de líquidos corporales (secreciones vaginales, semen, sangre, saliva y orina).

2. Por transfusiones sanguíneas o por medio de agujas contaminadas.

3. De madre infectada a su producto (durante la gestación y antes o después del parto).

Originalmente se consideró que el SIDA se concretaba únicamente a ciertos grupos de la población, como homosexuales y prostitutas, por eso en un primer momento se le conoció con el nombre de GRID (Gay Related Immuno Deficiency o Déficit Inmunitario Relativo a los Homosexuales).

Actualmente se sabe que cualquier persona puede conta-

giarse: hombres, mujeres, adolescentes y niños. Así pues es de esperar que la enfermedad y muerte por SIDA, se incrementa en forma alarmante en los próximos años, y considerando el número de individuos que involucra, los modos en que se transmite y sobre todo el impacto y las reacciones que provoca, bien podría ser considerada como enfermedad social.

Por otro lado, la enfermedad genera gastos económicos elevados tanto para los Servicios de Salud como a la familia del paciente, actualmente las instituciones del Sector Salud están subsidiando en promedio dos tercios de estos costos, el tercio restante lo están pagando directamente los pacientes, los cuales se realizan a partir de que el individuo se somete a la prueba de ELISA y la prueba confirmatoria Western Blot; aunado a estos gastos se suman los costos de consulta, hospitalización y medicamentos.

Sin embargo mucha gente permanece indiferente ante este problema. Algunas ignoran que a través de ciertas prácticas se exponen a contraer la enfermedad, esto constituye un grave riesgo ya que provoca el contagio y la expansión del mal, otros están innecesariamente asustados por creer que pueden contraer el SIDA por medios que en realidad son poco probables (picaduras de insectos, estornudos, tos, etc.).

Estos factores han hecho observar que la posibilidad de contagio varía de acuerdo al nivel de información que sobre la enfermedad tiene cada persona, por ello la impor-

tancia de elaborar y ejecutar programas de información y prevención contra el SIDA, ya que a pesar de los esfuerzos millonarios que se están realizando en todo el mundo para encontrar una vacuna y un tratamiento efectivos para detener la epidemia de la infección por VIH 1 y 2, todavía no se ven resultados muy alentadores y el camino por recorrer para encontrarlos parece largo y tortuoso.

Aún considerando que toda la población se encuentra expuesta al contagio de la enfermedad, es pertinente considerar a la población adolescente como prioritaria en relación a las medidas que sobre información y prevención del SIDA se establezcan debido a que con frecuencia la adolescencia es la época en que comienzan las experiencias sexuales y, en algunos lugares, a inyectarse drogas. Sin embargo, aunque los jóvenes son los que a menudo adoptan comportamientos de alto riesgo, ellos son también los que tienen menos posibilidades de conocer los peligros de la infección por VIH. Muchos quizás no sepan cómo se transmite el VIH, o en caso contrario puede que no reconozcan que su comportamiento los expone al riesgo de ser infectados por el VIH.

#### POLITICAS.

-El programa estará dirigido únicamente a la población estudiantil de la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez" de ambos turnos.

-Se trabajará con la totalidad de alumnos inscritos en la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez".

-Se establecerá coordinación con las Instituciones del Sector Salud.

#### OBJETIVOS.

##### Objetivo general:

-Proporcionar información sobre aspectos generales y preventivos del SIDA, a la población estudiantil de la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez".

##### Objetivos específicos:

-Sensibilizar al alumnado sobre el riesgo de infección por medio de VIH.

-Fomentar en los alumnos la práctica de medidas preventivas del SIDA.

-Informar a los educandos los lugares en donde se realizan estudios para el diagnóstico del SIDA.

-Dar a conocer a la población estudiantil las Instituciones que brindan asesoría, atención y apoyo psicológico a las personas enfermas de SIDA.

-Propiciar que el alumnado participe en las actividades de difusión de las medidas preventivas del SIDA.

-Promover el respeto y la atención para las personas infectadas por VIH.

#### METAS.

-Lograr que el 80% de la población estudiantil de la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez" tengan información sobre aspectos generales y preventivos del SIDA.

-Conseguir que el 80% de los alumnos de la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez" conozca los riesgos de infección por medio del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

-Alcanzar que el 80% del alumnado de la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez" lleven a cabo las medidas preventivas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

-Dar a conocer al 100% de los educandos de la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez" las Instituciones que realizan estudios diagnósticos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

#### FUNCIONES.

1. Difundir ampliamente la semana de trabajo mediante diversas acciones.

2. Motivar a los alumnos para que participen activamente durante la semana de trabajo.

3. Concientizar a la población estudiantil sobre la trascendencia de este tipo de eventos realizados con el propósito de crear en ellos la inquietud por proteger su salud.

4. Informar a los padres de familia el evento a realizar y la importancia que tiene en el presente y a largo plazo, para los adolescentes, el conocer información sobre el SIDA.

5. Lograr en los profesores auténtico interés por apoyar las diversas actividades a realizar.

6. Organizar grupos de trabajo con los alumnos en coordinación con las instituciones participantes.

#### ACTIVIDADES

-Elaborar periódicos murales y/o carteles alusivos e informar a los alumnos la fecha de la semana de trabajo.

-Comunicar a todo el personal docente las diversas actividades a realizarse dentro de la Institución, para que éstos a su vez transmitan dicha información al alumnado.

-Despertar el interés en los alumnos comunicándoles algunos de los aspectos más generales de la enfermedad del SIDA a través de un boletín informativo elaborado por el Trabajador Social.



-Dialogar con los profesores indicándoles los beneficios que se pueden obtener al poseer una población estudiantil informada sobre los riesgos que implica la infección por el VIH.

-Enterar a los padres de familia, por medio de sus hijos de los diferentes eventos a realizarse, invitándolos a participar como observadores.

-Distribuir propaganda alusiva al evento entre los alumnos del plantel educativo.

-Verificar que la información a transmitir sea real, coherente y sencilla para una mejor comprensión del alumno.

-Diseñar en coordinación con las Instituciones participantes, los horarios pertinentes para la realización de las actividades.

-Apoyar a las Instituciones participantes con el material y l-s instalaciones educativas cuando sea requerido.

-Acondicionar los espacios físicos que se utilizarán para llevar a cabo el programa de trabajo.

## ORGANIZACION

La organización de las actividades que se contemplan en el Programa se llevarán a cabo de la siguiente manera:

### **Institucional:**

Se estará en coordinación con CONASIDA (Consejo Nacional para la prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y con las diferentes Instituciones que integran el Sector Salud (IMSS, ISSSTE, DIF, SSA).

### **Personal:**

Las actividades del Programa serán coordinadas dentro de la Institución, por el Personal Directivo y el Departamento de Trabajo Social.

## RECURSOS

### **Humanos:**

- Personal Directivo (Director, Subdirector)
- Oficina de Trabajo Social (1 por turno)
- Personal Académico (Profesores de las diferentes áreas educativas)
- Personal de Prefectura (3 por turno)
- Personal especializado (Psicólogo, Sociólogo, Médico, etc.) de las diferentes Instituciones que participan en el Programa.

**Didácticos:**

- Rotafolios
- Periódico mural
- Proyecciones
- Carteles
- Boletines.

**Materiales:**

Instalaciones de la Institución Educativa (Biblioteca, vitrinas, salón de cómputo, patio central, salón de clases).

**EVALUACION**

La evaluación se realizará mediante informes presentados al término de la semana de trabajo, elaborados por el Departamento de Trabajo Social y presentados al Personal Directivo, en el cual se señalarán las actividades que se realizaron para lograr los objetivos planteados en el Programa. Se manejará información de 2 tipos:

**Cuantitativa**

Número de alumnos asistentes, número de plásticas, número de conferencias, número de proyecciones.

**Cualitativa**

Calidad del trabajo y de las actividades realizadas así como el conocimiento adquirido por la población estudiantil.

## CONCLUSIONES

-El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un nuevo problema de alcance mundial, hay miles de enfermos que ya presentan los síntomas de la enfermedad y muchas más personas seropositivas que aún no presentan síntomas pero ya son portadoras de los virus (VIH y VIH-2), de hecho en la fase actual de la pandemia, la infección asintomática por estos virus es mucho más frecuente que la enfermedad del SIDA. Por consiguiente, incluso si la transmisión cesara inmediatamente, los casos clínicos de SIDA seguirían planteando durante muchos años un importante y cada vez más grave problema de Salud Pública; su trascendencia radica principalmente en 2 aspectos:

1. Que la enfermedad no discrimina, cualquier persona está expuesta a contraer el virus sin importar su origen racial, edad, sexo o nivel socioeconómico.

2. Que no es un problema que se pueda resolver a corto plazo, además de que es una enfermedad estigmatizada a la cual por muchos años se le identificó con la promiscuidad sexual y los grupos homosexuales. El corregir ese error ha planteado dilemas sanitarios, psicológicos, económicos y morales.

-Actualmente son sólo 3 los mecanismos comprobados de transmisión:

- a) Sexual
- b) Sanguínea
- c) Perinatal

Considerando que a la fecha aún no existe cura para el SIDA, sólo la información y educación a la población podrán detener en gran medida la propagación de la enfermedad. La información sobre el SIDA debe ser objetiva, coherente y comprensible, principalmente a los adolescentes para evitar interpretaciones erróneas que provoquen temor, angustia o rechazo hacia diferentes grupos específicos de la sociedad como son los homosexuales y prostitutas. También resulta importante que ésta sea difundida principalmente por personas y organizaciones que inspiren confianza, ya que al tratar aspectos tradicionalmente privados como lo es la sexualidad (es importante recordar que la mayor parte de las infecciones por el VIH son de transmisión sexual), la población puede sentir afectada su intimidad o como se menciona anteriormente, estarbcer interpretaciones equívocas de ella (por ejemplo se puede considerar que las campañas de educación sobre el SIDA fomentan la promiscuidad, la prostitución y la homosexualidad).

-El impacto de las medidas preventivas es diferente de acuerdo a los mecanismos de transmisión involucrados:

-Las medidas tomadas para evitar la transmisión por vía sexual han tenido un impacto moderado y deben estar basadas principalmente en la educación a la comunidad que motive la modificación de las conductas de riesgo.

-La vía de transmisión sanguínea, particularmente la transfusión de sangre y hemoderivados, que si bien resultan costosas, pueden tener un impacto elevado. Estas se basan en la realización de pruebas de detección en donadores, en la promoción de donación altruista y en la autoexclusión de sujetos que tengan prácticas de riesgo.

-La vía de transmisión perinatal requiere para su prevención de medidas que incluyan la educación, la detección de infección en grupos de mujeres infectadas y la planificación familiar en los grupos de riesgo.

-La adolescencia es un grupo, dentro de la sociedad, susceptible de adquirir la infección por el VIH o VIH-2, esto se encuentra íntimamente ligado al hecho de que en este período los humanos comienzan, generalmente, su vida sexual; siendo ésta variada debido a su gusto por lo desconocido o a la aventura. De la misma manera, aunque no en todos los casos, tienden a iniciarse en el mundo de la drogadicción. Es común que los adolescentes presten poca atención a los mensajes dirigidos a ellos sobre cualquier tema en general (prevención de la drogadicción o práctica del sexo seguro, por mencionar algunos ejemplos) señalando que son

mensajes "exagerados" realizados con la finalidad de privarlos de su libertad de acción. Los alumnos de la Escuela Secundaria Federal "Ignacio Ramírez" poseen, aún cuando no en forma totalmente clara, conocimientos adecuados sobre esta enfermedad.

## SUGERENCIAS

-Como hasta el día de hoy no existe vacuna eficaz o cura conocida para el SIDA, los servicios de salud deben recurrir a los principios básicos de la atención primaria. Ahora más que nunca los trabajadores del área de la salud en todos los niveles, deben planificar en conjunto con la comunidad las pautas de educación, las campañas de información y desarrollar la capacidad de la comunidad de tomar decisiones óptimas que los protejan a ellos y a su familia de la enfermedad.

-Buscar formas o canales adecuados para que la población en general, y en especial los adolescentes (por ser éste un grupo con grandes probabilidades de contagio, principalmente vía sexual) obtengan conocimientos recientes sobre los aspectos de prevención y tratamiento del SIDA en todo el mundo.

-La educación para la salud sobre el SIDA? no debería contemplar sólo la elaboración de folletos, carteles y mensajes de radio y televisión. A pesar de que este material es sin duda importante, convencer a la población a que haga una amplia modificación de su comportamiento sexual (parte primordial del control y prevención del SIDA), es extremadamente difícil de lograr y desafía nuestro sentido de priva-



cidad y cultura, requiere más que sólo impartir información a las personas. La educación debe de ser un proceso de interacción y debe permitir que cada individuo tome decisiones sobre su estilo de vida basadas en su conocimiento de todo lo que implica el SIDA.

-En la elaboración de las campañas de prevención contra el SIDA, se debe tomar en consideración que la forma como se concibe el fenómeno de la sexualidad difiere de un individuo a otro, y por consiguiente, el tipo de medidas y la manera como se difundan en los distintos grupos sociales deberá responder a los marcos socioeconómicos, culturales e ideológicos respectivos. Esto permitirá que las campañas puedan efectivamente reforzar ciertas actitudes o cambiar ideas incorrectas o conductas inadecuadas respecto de la sexualidad.

-Es conveniente la evaluación periódica y la vigilancia epidemiológica en aquellos individuos que desarrollen signos o síntomas sugestivos de SIDA. Además deben someterse a la Prueba de Elisa, y posteriormente a la de Wester Block en caso necesario, las personas que se encuentren incluidas en alguno de los siguientes grupos:

a) Hombres homosexuales o bisexuales con múltiples compañeros(as).

b) Personas que después de 1980 hayan recibido transfusiones sanguíneas posiblemente contaminadas.

- c) Hemofílicos.
- d) Hombres o mujeres que se dediquen a la prostitución.
- e) Personas adictas a drogas de administración intravenosa.
- f) Personas que vendieron su sangre entre 1980 y 1987.
- g) Hombres y mujeres heterosexuales que tengan varios compañeros(as) sexuales.
- h) Compañeros(as) sexuales e hijos (nacidos después de 1980) de personas pertenecientes a los grupos anteriores.

ANEXO 1  
(Cuestionario)

El objetivo de este cuestionario es conocer cuáles son los conocimientos que tienes sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La información que proporciones será manejada confidencialmente y utilizada para elaborar un Programa de Información y Prevención del SIDA dirigido a todos los alumnos de esta Institución.

Instrucciones:

A continuación aparece una serie de preguntas, respóndelas de acuerdo a tus conocimientos, tachando solamente una opción, sin dejar ninguna de contestar.

1. ¿Conoces información sobre el SIDA?

- a) sí                      b) No

2. ¿Crees que el SIDA es?

- a) Una enfermedad infecciosa  
b) Un tipo de cáncer  
c) Una campaña publicitaria  
d) Lo desconozco

**Instrucciones:**

De las preguntas que se presentan a continuación, marca con una "X" el paréntesis que consideres responda adecuadamente a cada una de ellas.

	SI	NO	LO DES- CONOZCO
	( )	( )	( )
3. Existe curación para el enfermo de SIDA.	( )	( )	( )
4. Existe una vacuna contra el SIDA.	( )	( )	( )
5. Cualquier persona puede contraer el SIDA.	( )	( )	( )
6. Están propensos a adquirir SIDA los donadores de sangre.	( )	( )	( )
7. A través de los besos una persona puede enfermar de SIDA.	( )	( )	( )
8. El asistir a un balneario es factor de riesgo para contraer SIDA.	( )	( )	( )
9. Se transmite el SIDA por tener relaciones sexuales con una persona infectada.	( )	( )	( )
10. El tener relación amistosa con personas enfermas de SIDA nos pone en peligro de contraer la enfermedad.	( )	( )	( )
11. El uso de un de administración intravenosa nos pone en riesgo de contraer SIDA.	( )	( )	( )
12. El SIDA se transmite por compartir agujas o jeringas sin esterilizar que hayan sido usadas por una persona enferma de SIDA.	( )	( )	( )
13. El SIDA se transmite a través de transfusiones sanguíneas.	( )	( )	( )

	SI	NO	LO DES- CONOZCO
14. Una persona puede tener contacto con lágrimas y sudor de un enfermo de SIDA sin contagiarse.	( )	( )	( )
15. Puede transmitir el SIDA una mujer a su hijo estando embarazada.	( )	( )	( )
16. A través de una picadura de un mosquito se puede contagiar de SIDA.	( )	( )	( )
17. En el momento del parto puede una mujer transmitir el SIDA a su hijo.	( )	( )	( )
18. Se pueden transmitir el SIDA si compartimos vasos, platos y utensilios con enfermos de SIDA.	( )	( )	( )
19. Al alimentar con leche materna una mujer con SIDA puede contagiar a su hijo.	( )	( )	( )

**Instrucciones:**

A continuación se presenta una lista de las personas que pudieran enfermar de SIDA, coloca el número que consideres adecuado a cada una de las opciones, según la siguiente clasificación:

1. Tiene muchas posibilidades de enfermar de SIDA.
  2. Tiene medianas posibilidades de enfermar de SIDA.
  3. Tiene muy pocas posibilidades de enfermar de SIDA.
  4. No existen posibilidades de que enferme de SIDA.
- 
- |                     |     |
|---------------------|-----|
| 20. Personal médico | ( ) |
| 21. Prostitutas     | ( ) |
| 22. Homosexuales    | ( ) |

- |                         |     |
|-------------------------|-----|
| 23. Estudiantes         | ( ) |
| 24. Amas de casa        | ( ) |
| 25. Drogadictos         | ( ) |
| 26. Donadores de sangre | ( ) |
| 27. Niños               | ( ) |
| 28. Empleados y obreros | ( ) |

**Instrucciones:**

A continuación se presenta una lista de medidas probables en la prevención de SIDA, marca en el paréntesis correspondiente si las consideras importantes.

- |  | SI  | NO  |
|--|-----|-----|
| 29. Asearse diariamente.                                   | ( ) | ( ) |
| 30. Evitar relaciones sexuales con prostitutas.            | ( ) | ( ) |
| 31. Rechazar la amistad de personas infectadas de SIDA.    | ( ) | ( ) |
| 32. Acudir periódicamente a revisión médica.               | ( ) | ( ) |
| 33. No donar sangre.                                       | ( ) | ( ) |
| 34. No recibir transfusiones sanguíneas.                   | ( ) | ( ) |
| 35. Utilizar preservativo en las relaciones sexuales.      | ( ) | ( ) |
| 36. Usar agujas y material punzante esterilizado.          | ( ) | ( ) |
| 37. No asistir a baños públicos.                           | ( ) | ( ) |
| 38. Rehúsar el uso de drogas.                              | ( ) | ( ) |
| 39. Evitar compartir cepillos dentales y hojas de afeitar. | ( ) | ( ) |

40. Abstenerse de relaciones sexuales casuales. ( ) ( )
41. No masturbarse. ( ) ( )

**Instrucciones:**

De la lista que se presenta a continuación, señala en el paréntesis correspondiente si has recibido o no información sobre el SIDA.

- |  | SI  | NO  |
|--|-----|-----|
| 42. En la escuela  | ( ) | ( ) |
| 43. En el hogar  | ( ) | ( ) |
| 44. Con los amigos   | ( ) | ( ) |
| 45. Por la televisión  | ( ) | ( ) |
| 46. Por el radio   | ( ) | ( ) |
| 47. En periódicos y revistas   | ( ) | ( ) |
| 48. En el cine   | ( ) | ( ) |
| 49. ¿Conoces Instituciones que brinden información al público sobre el SIDA? | ( ) | ( ) |

**Instrucciones:**

Si tu respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, señala en el paréntesis correspondiente las Instituciones que brinden este servicio.

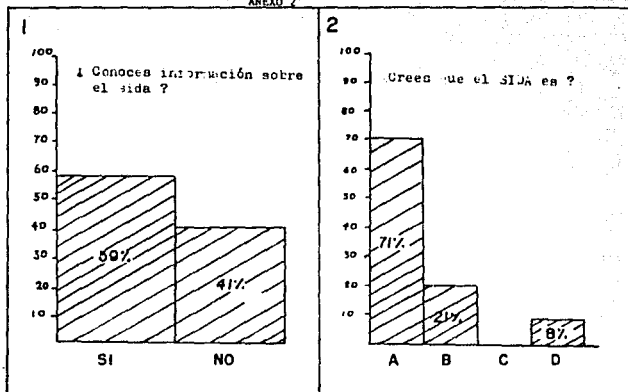
- |   | SI  | NO  |
|---|-----|-----|
| 50. Consejo Nacional de Población (CONAPO)                            | ( ) | ( ) |
| 51. Teléfono de la Juventud (TELJUVE)                                 | ( ) | ( ) |
| 52. Consejo Nacional para la Prevención y control del SIDA (CONASIDA) | ( ) | ( ) |

- 53. Localización telefónica (LOCATEL). ( ) ( )
- 54. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ( ) ( )
- 55. Instituto de Servicios de Seguridad Social para Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) ( ) ( )
- 56. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ( ) ( )
- 57. Instituto Politécnico Nacional (IPN) ( ) ( )

GRACIAS POR TU COOPERACION.

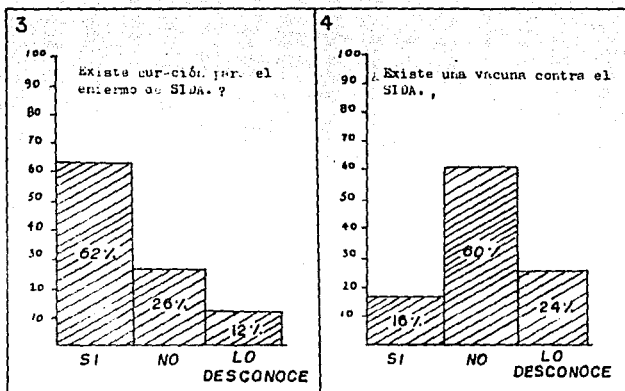


ANEXO 2

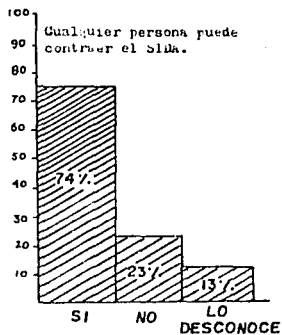


- a) Una enfermedad infecciosa.
- b) Un tipo de cáncer.
- c) Una campaña publicitaria.
- d) Lo desconozco.

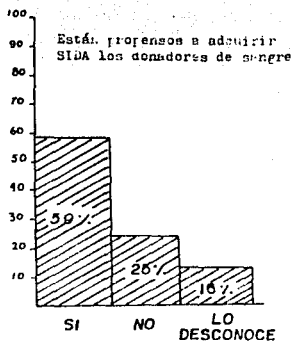
FUENTE: Escuela Secundaria Federal Ignacio Hamirey.

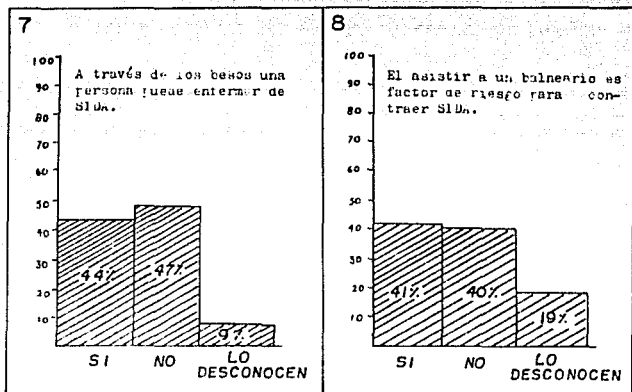


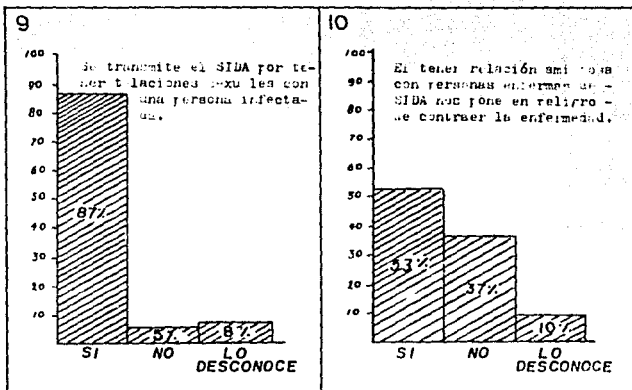
5



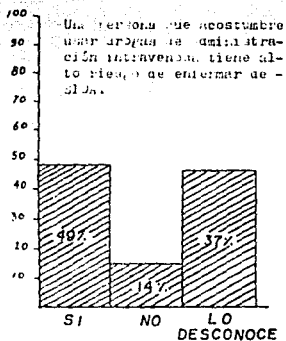
6



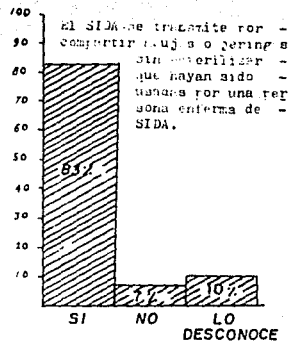


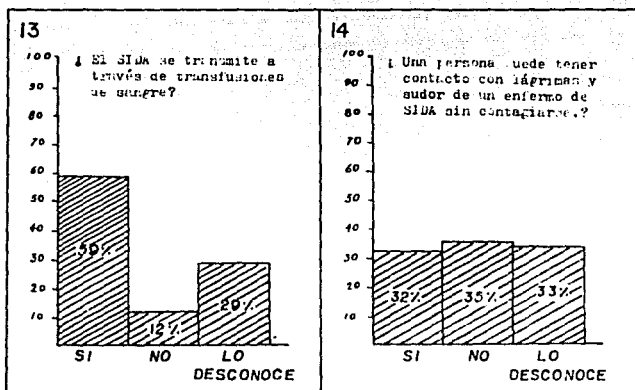


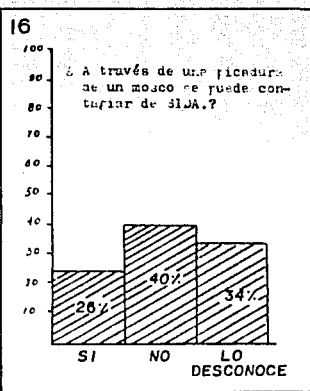
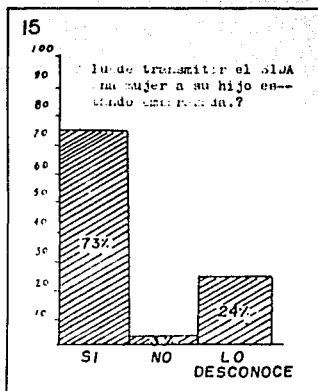
11



12

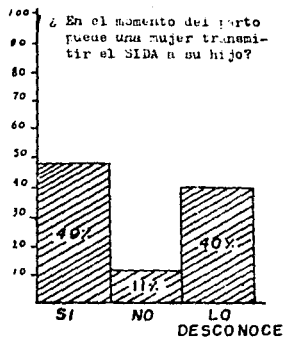




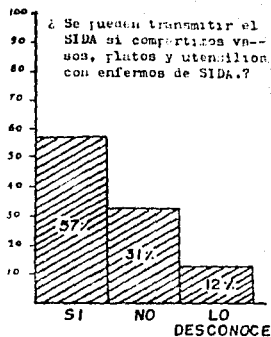




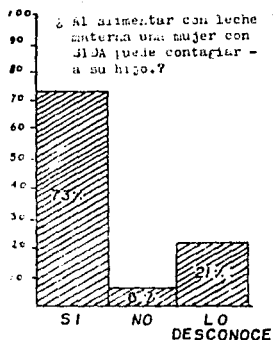
17



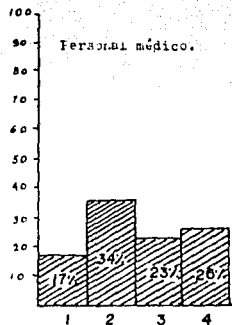
18



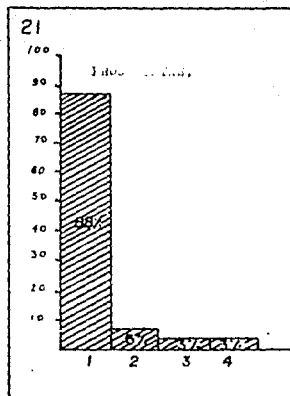
19



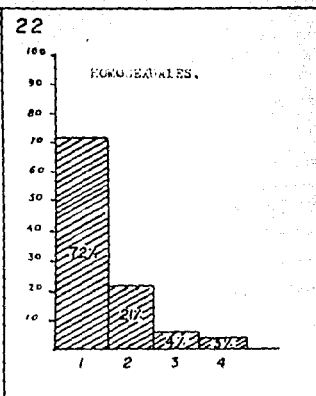
20



- 1.- Tiene muchas posibilidades de enfermarse de SIDA.
- 2.- Tiene medianas posibilidades de enfermarse de SIDA.
- 3.- Tiene muy pocas posibilidades de enfermarse de SIDA.
- 4.- No existen posibilidades de -  
que enferme de SIDA.

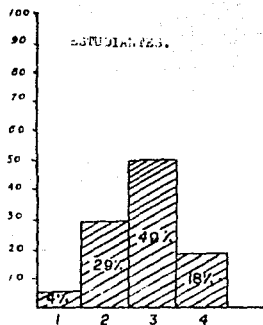


- 1.- Tiene muchas posibilidades de enfermarse de SIDA.
- 2.- Tiene medianas posibilidades de enfermarse de SIDA.
- 3.- Tiene muy pocas posibilidades de enfermarse de SIDA.
- 4.- No existen posibilidades de que enferme de SIDA.



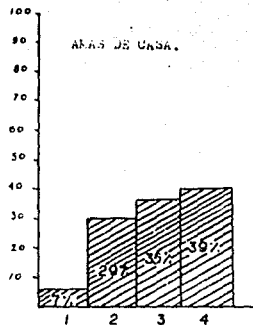
- 1.- Tiene muchas posibilidades de enfermarse de SIDA.
- 2.- Tiene medianas posibilidades de enfermarse de SIDA.
- 3.- Tiene muy pocas posibilidades de enfermarse de SIDA.
- 4.- No existen posibilidades de que enferme de SIDA.

23



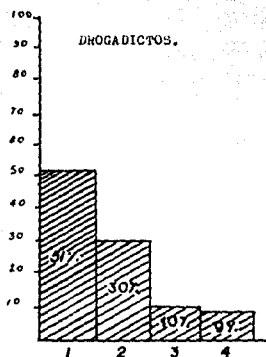
- 1.- Tiene muchas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 2.- Tiene medianas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 3.- Tiene muy pocas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 4.- No existen posibilidades de que enferme de SIDA.

24



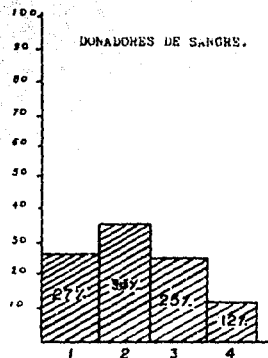
- 1.- Tiene muchas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 2.- Tiene medianas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 3.- Tiene muy pocas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 4.- No existen posibilidades de que enferme de SIDA.

25

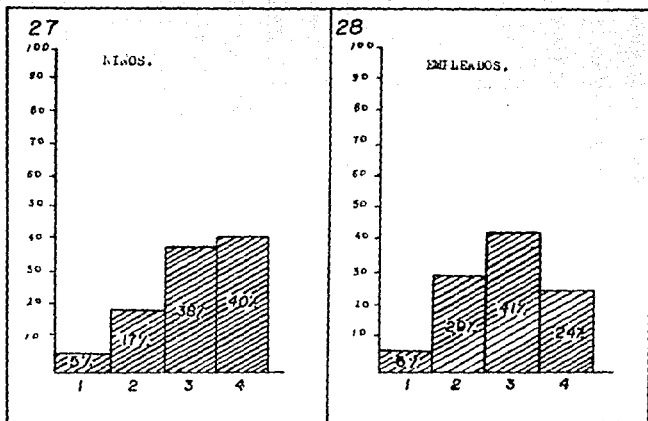


- 1.- Tiene muchas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 2.- Tiene medianas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 3.- Tiene muy pocas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 4.- No existen posibilidades de que enferme de SIDA.

26



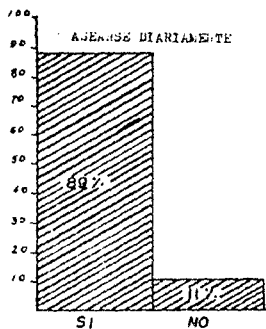
- 1.- Tiene muchas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 2.- Tiene medianas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 3.- Tiene muy pocas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 4.- No existen posibilidades de que enferme de SIDA.



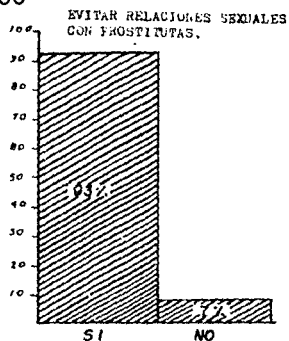
- 1.- Tiene muchas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 2.- Tiene medianas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 3.- Tiene muy pocas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 4.- No existen posibilidades de que enferme de SIDA.

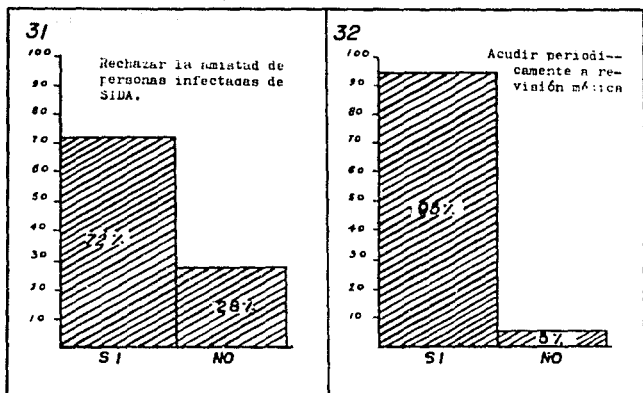
- 1.- Tiene muchas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 2.- Tiene medianas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 3.- Tiene muy pocas posibilidades de enfermar de SIDA.
- 4.- No existen posibilidades de que enferme de SIDA.

29

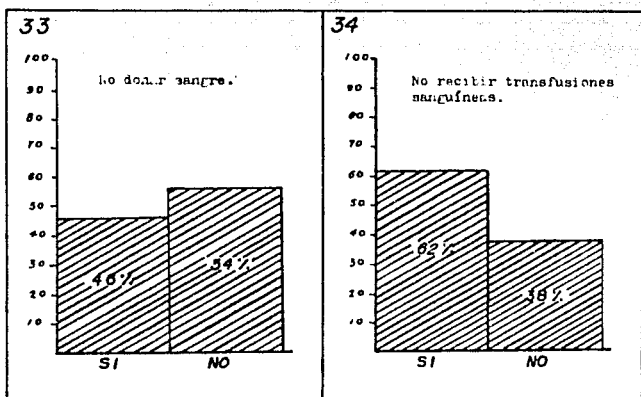


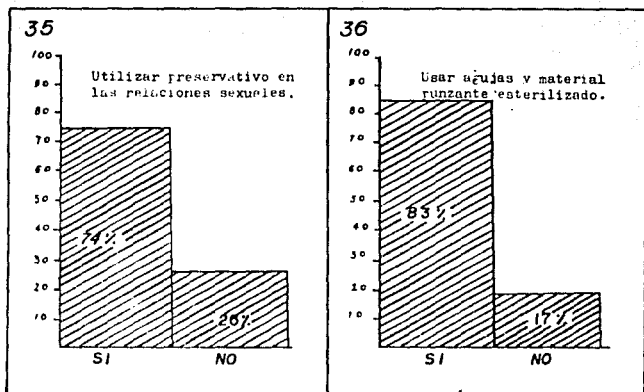
30



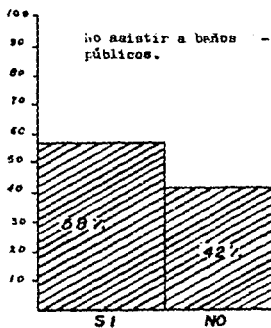




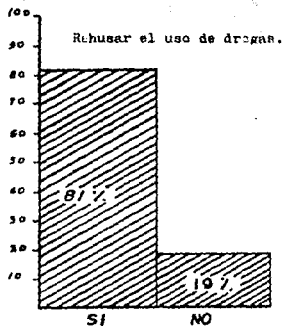


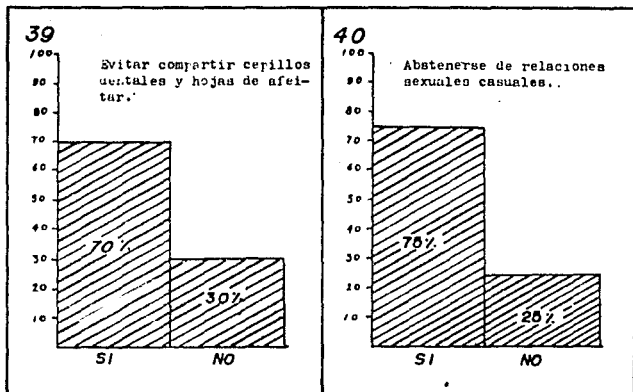


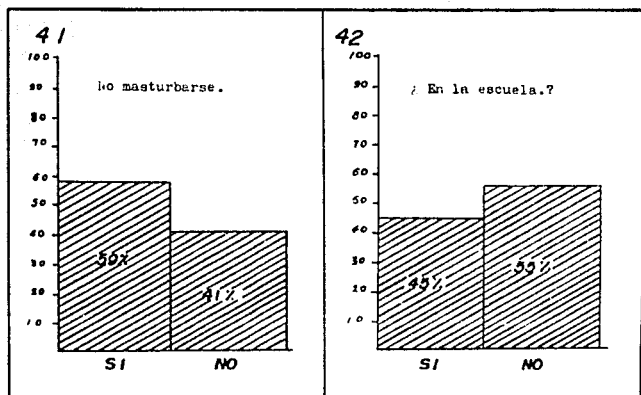
37

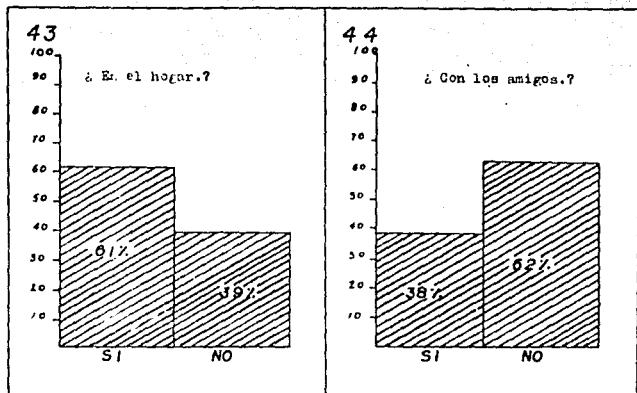


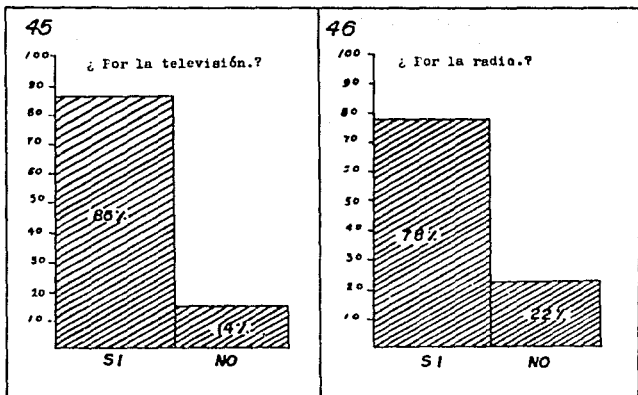
38



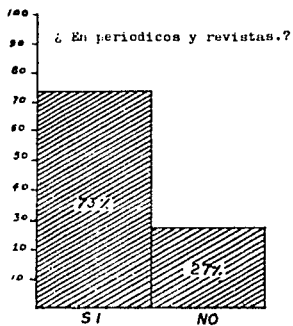




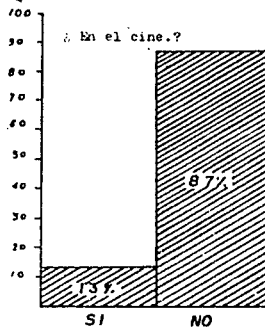




47



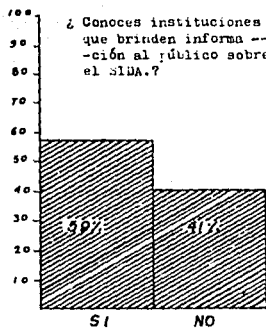
48





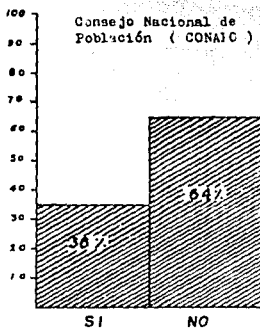
49

¿ Conoces instituciones  
que brinden informa-  
ción al público sobre  
el SIDA.?

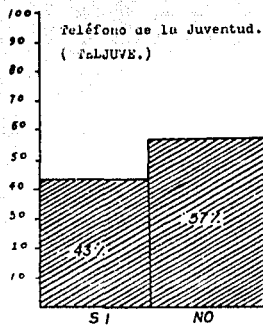


50

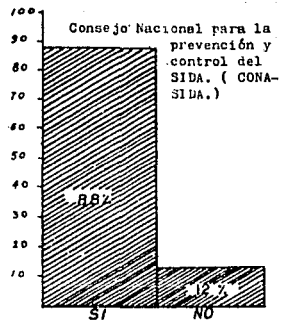
Consejo Nacional de  
Población ( CONAIC )

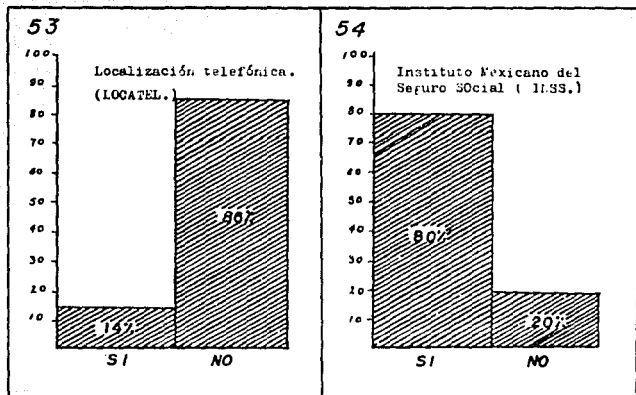


51

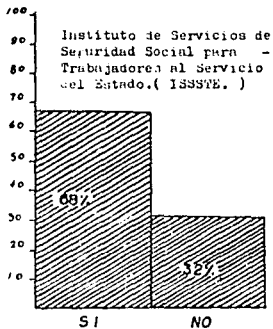


52

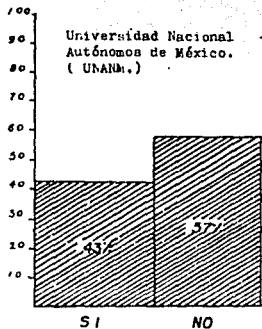




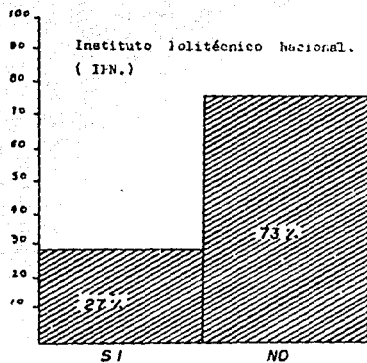
55



56



57



### ANEXO 3

Casos nuevos de SIDA por año de notificación. México 1983-1991.  
(hasta el 30 de abril de 1991).

Año	Casos	Tasa de incidencia (1,000,000 habitantes)	Razón H/M
1983	17	0.2	17.0
1984	26	0.3	25.1
1985	69	0.8	16.1
1986	133	1.6	15.1
1987	798	10.2	14.1
1988	964	11.3	6.1
1989	1499	17.2	5.1
1990	2401	30.8	5.1
1991	883	11.3	5.1
1983- 1991	6790	87.1	6.1

## ANEXO 4

Casos acumulados de SIDA por país (hasta el 1º de mayo de 1991). Quince países con mayor frecuencia.

Posición	País	No. casos	%	Tasa*
1	E.U.	171,876	47.8	726
2	Uganda	21,719	6.0	1433
3	Brasil	16,015	4.5	120
4	Francia	14,449	4.0	263
5	Zaire	11,732	3.3	365
6	Kenia	9,139	2.6	468
7	Italia	9,053	2.5	159
8	Tanzania	8,163	2.3	387
9	España	7,489	2.0	193
10	Malawi	7,160	1.9	1047
11	Costa de Marfil	6,836	1.9	658
12	México	6,790	1.9	87
13	Alemania	6,176	1.7	79
14	Zimbabue	5,249	1.5	658
15	Canadá	4,767	1.3	189
	Resto	52,658	14.6	13
	Total	359,272	100.0	73

Por 1 000 000 de habitantes  
Fuente: Wer. 1991, 66,125-132.

# ANEXO 4

Casos acumulados de SIDA por país (hasta el 1º de mayo de 1991). Quince países con mayor frecuencia.

Posición	País	No. casos	%	Tasa*
1	E.U.	171,876	47.8	726
2	Uganda	21,719	6.0	1433
3	Brasil	16,015	4.5	120
4	Francia	14,449	4.0	263
5	Zaire	11,732	3.3	365
6	Kenia	9,139	2.6	468
7	Italia	9,053	2.5	159
8	Tanzania	8,163	2.3	387
9	España	7,489	2.0	193
10	Malawi	7,160	1.9	1047
11	Costa de Marfil	6,836	1.9	658
12	México	6,790	1.9	87
13	Alemania	6,176	1.7	79
14	Zimbabue	5,249	1.5	658
15	Canadá	4,767	1.3	189
	Resto	52,658	14.6	13
	Total	359,272	100.0	73

Por 1 000 000 de habitantes

Fuente: Wer. 1991, 66,125-132.



## GLOSARIO

**Anticuerpo:** Proteína producida por el sistema inmunológico como resultado de la entrada de un antígeno, y que tiene la capacidad de combinarse en forma específica con el antígeno que estimuló su producción, con el objeto de inactivarlo o neutralizarlo. No todos los anticuerpos, aunque sean específicos tienen capacidad para proteger al huésped. Sinónimo de inmunoglobina.

**Atrofia:** Disminución de la cantidad de protoplasma (materia viscosa contenida en las células de todos los seres vivos que constituye la base física de la vida) vivo después de que ha alcanzado su desarrollo normal, puede deberse a disminución en el número de células, en el tamaño de las células o ambos factores.

**Antígeno:** Sustancia o agente que el organismo reconoce como extraña (germen, toxina, etc.) capaz de inducir una respuesta inmune; esta respuesta puede ser a base de anticuerpos o células inmunes.

**Bisexual:** Individuo que participa en actos sexuales, tanto con personas del mismo sexo como del sexo complementario.

**Cándida albicans:** Nombre del hongo que produce la Candidiasis.

**Candidiasis:** Tipo de infección que afecta las membranas mucosas y a la piel; en forma excepcional puede afectar órganos internos. La infección causada por la Cándida en la boca es conocida como "algodoncillo", y se caracteriza por la presencia de plagas blancas e inflamación de las encías, las mucosas de la boca y el esófago, que llega a ser dolorosa. También puede aparecer en el lecho de las uñas, ombligo, alrededor del ano, en la vagina o en la garganta.

**Coito:** Actitud y encuentro sexual entre hombre y mujer, referida específicamente a la entrada del pene a la vagina.

**Coito anal:** Forma de actividad sexual en la que el pene se introduce en el ano del compañero sexual, en su definición legal se denomina Sodomía y puede ocurrir en relaciones homosexuales o heterosexuales.

**Condón:** Forro elástico en forma de dedo de guante, que se adapta al pene erecto. Funciona a manera de berrera mecánica, impidiendo el intercambio de semen y secreciones vaginales, por lo que se utiliza como método anticonceptivo o para prevenir infecciones transmitidas por contacto sexual.

**Continencia:** Significa la privación total o parcial de todo tipo de actividad sexual.

**Complejo relacionado con el SIDA (CRS):** Es una respuesta al virus del SIDA, en la que algunos individuos desarrollan solamente algunos síntomas, y otros todo un conjunto de ellos, tales como inflamación de ganglios, sudores nocturnos, diarrea persistente y fatiga. Sin embargo, este conjunto de síntomas no significa necesariamente que se trate de SIDA.

**Dermatitis seborréica:** Inflamación aguda o subaguda en las regiones de la piel ricas en glándulas sebáceas (cuero cabelludo, cara).

**Epidemia:** Enfermedad accidental transitoria, generalmente infecciosa, que ataca al mismo tiempo y en el mismo país o región a un gran número de personas.

**Epidídimo:** Pequeño cuerpo oblongo, grisáceo, situado y fijo en la parte superior del testículo, formado por la reunión de los vasos seminíferos; consta de cabeza, cuerpo y cola. Se le atribuyen actualmente las funciones de almacenamiento, maduración y depuración de los espermatozoides.

**Escarificación:** Cortaduras o incisiones poco profundas localizadas en alguna parte del cuerpo.

**Hemofilia:** Enfermedad hereditaria que afecta la coagulación de la sangre. Los hemofílicos deben recibir el factor sanguíneo del que carecen para que su sangre pueda coagular. Existen 2 tipos de hemofilia, dependiendo del tipo de hemofilia, es el factor que requieren, puede ser el factor VIII o el IX, los cuales se obtienen de la sangre de individuos no hemofílicos, que en ocasiones puede contener el VIH.

**Hepático:** Que tiene relación con el hígado.

Herpes: Enfermedad infecciosa aguda debida a un virus, caracterizada por la aparición de vesículas (lesión primaria que aparece en piel sana en forma de líquido seroso transparente, el cual puede hacerse hemorrágico o purulento) de contenido claro, que pueden radicar en piel o mucosas.

Heterosexual: Individuo que presenta preferencia y actividad sexual hacia personas del sexo complementario.

Homofobia: Aversión hacia los individuos por alguna situación determinada.

Homosexual: Individuo que presenta preferencia o actividad sexual con respecto a personas del mismo sexo.

Incubación: Desarrollo de una enfermedad desde que empieza a obrar la causa morbosa hasta que se manifiestan sus efectos.

Inmunodeficiencia: Estado heredado o adquirido en el cual el sistema inmunológico es incapaz de funcionar normalmente ante agresiones externas o internas.

Juguete sexual: Instrumento que causa excitación y placer sexual (consoladores).

Latencia: Periodo en el cual el virus se encuentra en el organismo, pero permanece inactivo, dormido, sin que se manifieste la enfermedad.

Letalidad: Número de defunciones debidas a un padecimiento determinado entre el número de enfermos afectados por ese mismo padecimiento, multiplicado por una constante que depende del número de individuos.

Linfocitos: Variedad de glóbulos blancos responsables de brindar protección específica contra agentes extraños (antígenos). Los linfocitos B son responsables de producir anticuerpos, y los linfocitos T, de actuar directamente contra el antígeno, de producir substancias que lo destruyan, o de estimular otras células para que sean ellas las que lo hagan.

Metabólicas: Relativo al metabolismo el cual es un conjunto de transformaciones materiales que se efectúan constantemente en las células del organismo vivo. Metabolismo significa cambio, transformación. Estos cambios son indispensables para el mantenimiento de un equilibrio dinámico entre el ser humano y su medio ambiente.

Monógama: Se refiere a aquella persona que sólo tiene una pareja sexual.

Pandemia: Epidemia extendida a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de un país.

Petting: Actividad sexual que comprende la masturbación mutua sin llegar al coito.

Prejuicios: Actitud discriminante hacia determinadas personas por algún motivo específico.

Provirus: Estructura no infecciosa contenida en las bacterias lisogénicas, que se reproduce paralelamente con el huésped.

Prueba de Elisa: Estudio inmunológico de laboratorio, que permite el diagnóstico de infección de diversos gérmenes tales como virus y protozoarios, mediante la detección de anticuerpos específicos contra ellos, o de la presencia de sus antígenos. Se utiliza como prueba de detección de infección por VIH en bancos de sangre y en población con factores de riesgo. No establece diagnóstico de SIDA, sólo permite detectar a los individuos contagiados por el VIH. Tampoco permite establecer si un individuo infectado por VIH evolucionará o no a SIDA, ni cuando sucederá. Como esta prueba puede arrojar falsos positivos a causa de otro tipo de enfermedades (como artritis reumática, hepatitis B y otras) a manera de confirmación se efectúa, en su caso, otra prueba conocida como Western Blot, específica para la detección de anticuerpos contra el VIH. La razón de que se emplee únicamente como confirmatoria es su alto costo, varias veces mayor que el de ELISA.

Sarcoma de Kaposi: Cáncer originado en la pared de los vasos sanguíneos. La forma "clásica" no se relaciona con el SIDA, aparece en individuos mayores de 60 años, de origen mediterráneo que desarrollan un tumor en la piel en las extremidades inferiores avanza lentamente. En forma epidémica está relacionada con el SIDA, aparece en piel o en mucosa de cualquier región del cuerpo.

Seropositivo: Situación en la que existe la presencia de anticuerpos en la sangre, producidos por el organismo como respuesta a alguna enfermedad en particular.

Sexo seguro: Conjunto de medidas adoptadas para prevenir el embarazo o la transmisión de enfermedades venéreas.

Síndrome: Conjunto de signos y síntomas que se presentan de manera simultánea y que básicamente son específicos de cada enfermedad.

Sistema fagocítico mononuclear: Conjunto de células que se originan en la médula ósea, y que se van diferenciando desde que salen a la circulación.

Vaginismo: Anormalidad fisiológica de la mujer que se manifiesta en espasmos dolorosos de los músculos de la vagina que imposibilitan el coito.

## BIBLIOGRAFIA

Alsteens Andre. La masturbación en los adolescentes. Ed. Morata. España. 1985.

Aberastury A./Knobel M. La adolescencia normal. El Paidós. México. 1987.

Blos Peter. Psicoanálisis de la adolescencia. Ed. Joaquín Mortiz. México. 1976.

Confort Alex. El adolescente. Ed. Blume. España. 1986.

Debisse Maurice. La adolescencia. Ed. Oikos-tau. España. 1980.

Goofman E. Estigma: La identidad deteriorada. Buenos Aires Amorrortu Editores, 1986.

H. Claesson Bent. Información sexual para jóvenes. Ed. LOGUEZ. España. 1984.

ISSSTE. Compendio en educación para la salud al magisterio. Ed. ISSSTE. México. 1987.

Jersild T. Arthur. Psicología de la adolescencia. Ed. Aguilar. España. 1985.

Kirnesman Natalio. Salud pública y trabajo social. Ed. Humanitas. Buenos Aires. 1981.

Muss Rofl E. Teorías de la adolescencia. Ed. Blume. España. 1989.

Money J/Ehrhardt A. Desarrollo de la sexualidad humana (Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género). Ed. Morata, S.A. España. 1982.

Mckinney John Paul et al. Psicología del desarrollo.

Edad adolescente. Ed. El Manual Moderno. México. 1982.

Monroy de Velazco Anameli. Salud, sexualidad y adolescencia.

Ed. Pax. México. 1985.

Monroy de Velazco Anameli. Trabajo social y sexualidad humana. Ed. Pax. México. 1981.

Munro Alistair M. et al. Psiquiatría para trabajadores sociales. Ed. CECOSA. México. 1975.

Organización panamericana de la salud. SIDA. Perfil de una epidemia. Ed. OPS, USA. 1989.

Powell Marvin. La psicología de la adolescencia. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1981.

Rojas Soriano Raúl. Gua para realizar investigaciones sociales. Ed. Plaza y Valdés. México. 1989.

Revista Internacional del Trabajo No. 2. Vol. 108. Ed. Oficina Internacional del Trabajo. USA. 1989.

Stratling Barthold. La educación sexual como cometido de la escuela. Ed. STUDIMV. España. 1970.

Sánchez Rosado Manuel. Elementos de salud pública. Ed. Fco. Méndez Cervantes. México. 1985.

Secretaría de Educación Pública. De la higiene escolar a la educación para la salud. Ed. SEP. México. 1986.

Secretaría Salubridad Asistencia. Memoria sobre la I Convención Nacional de Salud. Ed. SSA. México, 1974.

Secretaría de Salud. Ley General de Salud. (Diario oficial del 7 de febrero de 1984). Ed. SS. México. 1984.

Secretaría de Salud. Las pruebas de detección del SIDA y su significado. Ed. Dirección General de Epidemiología. México. 1989.

Secretaría de Salud. Información sobre el SIDA para el público en general. Ed. Dirección General de Epidemiología. México. 1989.

Sepúlveda Amor Jaime. SIDA Ciencia y Sociedad en México. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1989.

Sinoussi, F. Barre. El SIDA en preguntas. Ed. Edición. México. 1989.

Terán Trillo Margarita. Perfil profesional del trabajador social en el área de la salud. (Revista de trabajo social No. 57). Ed. ENTS-UNAM. México. 1989.

Tordjam Gilbert. Realidades y problemas de la vida sexual (adolescentes). Ed. ARGOS Vergara. México. 198 .



Unidad de higiene escolar. Educación para la salud. Ed.

SEP. México. 1986.

Villaseñor Federico. Manual de Educación higiénica. Ed.

Trillas. México. 1980.