

318525



UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

2  
24

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

1979 - 1984

"MANUAL DE INFORMACION BASICA SOBRE SIDA  
UN ESTUDIO PRELIMINAR EN EDUCACION  
ESPECIAL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

EDGAR MONSALVO GUTIERREZ

ASESOR DE TESIS: LIC. MARIA DEL ROCIO WILLCOX HOYOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**"Llegará el momento en el que creas  
que todo ha terminado. Ese será el  
Principio".**

**- Louis L'Amour -**

## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>7</b>

### CAPITULO 1

#### SIDA EN MEXICO

1.1 ANTECEDENTES GENERALES.....	10
1.2 PREVENCIÓN EN SIDA.....	15
1.3 EVOLUCIÓN EN LA EXPANSIÓN DE LA EPIDEMIA.....	19
1.4 ALGUNAS CONSIDERACIONES PARA LA INSTRUMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN.....	23
1.5 ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS HACIA EL SIDA.....	28
1.6 CONCLUSIONES.....	39

### CAPITULO 2

#### EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO

2.1 BREVE RECORRIDO HISTÓRICO.....	42
2.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SUJETOS DE ATENCIÓN.....	52
2.3 OBJETIVOS Y TIPOS DE SERVICIO.....	54
2.4 CONCLUSIONES.....	62

### CAPITULO 3

#### EDUCACION SEXUAL EN EDUCACION ESPECIAL

3.1 CONSIDERACIONES GENERALES.....	64
3.2 BREVES ANTECEDENTES DE LA EDUCACIÓN SEXUAL.....	66
3.3 OBJETIVOS Y FUNDAMENTOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN EDUCACIÓN ESPECIAL.....	72
3.4 MODELO DE EDUCACIÓN SEXUAL EN EDUCACIÓN ESPECIAL.....	77
3.5 CONCLUSIONES.....	83

## **CAPITULO 4**

### **MANUAL DE SIDA PARA EDUCACION ESPECIAL**

4.1 ANTECEDENTES GENERALES .....	84
4.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MANUAL DE INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE SIDA.....	86
4.3 EVALUACIÓN DEL MANUAL.....	87

## **CAPITULO 5**

### **METODOLOGIA**

OBJETIVOS .....	90
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	91
HIPÓTESIS .....	91
DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	92
MUESTRA:.....	94
TIPO DE ESTUDIO.....	94
NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	95
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	95
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	95
PROCEDIMIENTO .....	98
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	98

## **CAPITULO 6**

### **RESULTADOS**

6.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	100
6.2. RESULTADOS INFERENCIALES.....	100
6.3 RESULTADOS CUALITATIVOS.....	103
DISCUSIÓN.....	107
CONCLUSIONES.....	113
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS .....	114
ANEXO 1	
ANEXO 2	
BIBLIOGRAFIA	

## RESUMEN

La presente investigación se apoya en la importancia de iniciar programas de prevención en SIDA dentro del ámbito de Educación Especial, ya que las características particulares de este tipo de población los pueden colocar como sujetos vulnerables frente a situaciones de posible contagio. El trabajo se centra en conocer si existen diferencias significativas en los conocimientos y actitudes hacia el SIDA, en el personal que labora en los servicios de Educación Especial, pre y post a la lectura de un Manual de Información Básica sobre SIDA. Para realizar esto se diseñó dicho Manual; y como instrumento de medición se utilizó parte del cuestionario de actitudes y conocimientos acerca del SIDA (Díaz -Loving y Villagrán-Vázquez, 1990). La muestra la conformaron profesores, psicólogos y trabajadoras sociales. El diseño de investigación es preexperimental, pretest-posttest (X1 O X2), y el análisis estadístico es una prueba "t" de Student; para el análisis de las variables se trabajaron frecuencias, medias, porcentajes y desviaciones estándar. Con los resultados obtenidos se espera poder apoyar la noción de la importancia que en la prevención del SIDA, tienen la transmisión y difusión de los aspectos fundamentales de la enfermedad, además de poder avalar la necesidad de implementar programas relativos al tema dentro del sector educativo.

## INTRODUCCIÓN

En México, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, al igual que en la mayoría de los países es un grave problema de salud pública. Ante la falta de una vacuna para prevenirla o un tratamiento para curar la enfermedad, los esfuerzos para controlar su avance están puestos en las campañas y programas de prevención y educación sexual a la población, que ayuden a que cada quien pueda tomar las medidas preventivas que considere más pertinentes. (Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1992)

En este sentido, se considera importante instrumentar programas sobre SIDA dirigidos a la población infantil con la intención de que cuando inicien su vida sexual - principal forma de contagio hasta el momento - estén informados sobre las implicaciones de la enfermedad. De tal manera que, uno de los espacios idóneos para implementar este trabajo sean las escuelas de educación básica, a través de los planes y programas de estudio que se proponen. A este respecto, existen dentro de ellos -los planes y programas de estudio de la educación básica- temas relevantes relacionados con la salud y el cuidado personal, que buscan fomentar en los alumnos una cultura de la salud. (Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, 1992)

Dentro del sector educativo, es la Dirección General de Educación Especial, encargada de brindar una alternativa educativa a todos aquellos sujetos que por diversas características no pueden acceder a la educación regular, en donde se han instrumentado de manera sistemática, por más de 10 años, programas de educación sexual para la población que atiende (D.G.E.E/S.E.P., 1984). Esto hace, entre otras cosas, factible iniciar dentro de este ámbito educativo acciones encaminadas a desarrollar actividades tendientes a la instrumentación de un programa de prevención en SIDA para esta población.

Ahora bien, para instrumentar programas preventivos en relación al SIDA, una enfermedad que socialmente y por diversas razones está cargada de estigmas, tabúes y prejuicios (Galván y Gay, 1992), es necesario, para alcanzar los objetivos del programa, determinar las estrategias idóneas de acuerdo a la población a la que van dirigidos. Esto adquiere capital importancia para el ámbito de Educación Especial, ya que tratar el tema de la sexualidad en esta población genera múltiples respuestas tanto en padres de familia como en educadores, que van desde negarles cualquier posibilidad de manifestación en este aspecto, como si existiera una extensión entre la limitación o discapacidad y su sexualidad; hasta actitudes que consideran que cualquier expresión de la sexualidad puede ser un síntoma patológico más, derivado de la discapacidad.

Tratar el tema de la prevención en SIDA para esta población, al considerarlos sujetos con derecho a ejercer su sexualidad, y por lo mismo, también sujetos posibles de ser infectados, puede generar mayores resistencias tanto por el monto de sexualidad implicado en la enfermedad, como por la carga valorativa que la misma trae aparejada. De tal manera, un punto de partida importante, es iniciar un proceso de información y sensibilización en quienes fundamentalmente recae el proceso educativo, es decir, los maestros, y de manera más abarcativa todos los especialistas que intervienen en la atención de las necesidades educativas de los alumnos de Educación Especial.

Así, el presente trabajo busca dar cuenta del inicio de este proceso dentro de la Dirección General de Educación Especial, a través del diseño de un Manual que contiene Información Básica sobre SIDA y su consecuente evaluación. El Manual, incluye información referente a los objetivos que persigue, antecedentes de la enfermedad, formas de transmisión y prevención. Se espera que al contar con información objetiva, se incremente el conocimiento sobre la enfermedad, abriendo con esto la posibilidad de modificar actitudes negativas hacia la atención y prevención de la misma.

La evaluación sobre la efectividad del manual, se realizó con un grupo representativo de profesionistas que labora en los servicios de Educación Especial, a través de la lectura y análisis que del Manual y dos reuniones de trabajo para la aplicación pre y post a dicha lectura, del cuestionario de conocimientos y actitudes acerca del SIDA, elaborado por Díaz-Loving y Villagrán-Vázquez (1990) en la división de postgrado de psicología social de la UNAM.

Para la sustentación teórica de este trabajo se desarrollaron los temas relacionados con la Educación Especial en México, los trabajos implementados en cuanto a Educación Sexual en Educación Especial; así como una panorámica de la evolución y condiciones actuales del SIDA en México. En la sección de la metodología, se presenta la descripción de la forma en la que se desarrolló la investigación. Además se incluye un apartado de resultados y uno de discusión en el que se interpretan y comentan los hallazgos encontrados.

## JUSTIFICACIÓN

A partir de 1981 cuando comienzan a aparecer los primeros casos de lo que más tarde se conocería como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, la enfermedad ha ido adquiriendo mayor importancia por el problema de salud pública que representa en la mayoría de los países.

En un extenso informe sobre la evolución de la enfermedad a nivel mundial, la OMS (SIDA/ETS, julio 1993), pone énfasis en que el patrón de transmisión no ha cambiado. En el mundo, tres cuartos del total de infecciones se adquieren por relaciones sexuales, cinco de cada once recién infectados son mujeres. La transmisión madre-hijo ha adquirido mayor importancia, en el mismo informe se reporta que un millón de niños se han infectado de esta forma, la mitad por lactancia de madres infectadas a sus hijos.

Aunque las investigaciones realizadas, han permitido avanzar en el conocimiento de la enfermedad en cuanto a sus causas, evolución y formas de transmisión, hasta el momento no se cuenta ni con una vacuna, ni con un tratamiento. De ahí que una de las principales formas para prevenirla sea la información oportuna y veraz sobre la enfermedad y una adecuada educación sexual a la población.

La OMS (SIDA/ETS, julio 1993) propone desarrollar un programa mundial de prevención que incluya dentro de otras estrategias como la promoción y distribución de condones y el mantenimiento del suministro de sangre segura, la educación sobre SIDA en las escuelas y en los medios de comunicación. Considera importante iniciar la educación sexual a temprana edad ya que la mayoría de los estudios señalan que los adolescentes tienen actividad sexual; como lo confirman estudios realizados en México (CONAPO, 1988). La

educación en esta Área debe ser específica para cada edad y género y debe tratar los tópicos de los derechos de la mujer, la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres, además de buscar la tolerancia con los diferentes estilos de vida incluyendo la homosexualidad. Una educación sexual temprana, que incluya el tema del SIDA, ayudará en el mediano y largo plazo a prevenir la transmisión de la enfermedad, ya que la población que inicia su vida sexual activa, tendrá más posibilidades de reducir los riesgos de contagio. (Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1992)

En México, tanto el Consejo para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), como las Organizaciones No Gubernamentales, han realizado un gran esfuerzo para encontrar estrategias de difusión y educación a la población que ayuden a la prevención de la enfermedad. Sin embargo, la gran mayoría de los trabajos desarrollados han estado encaminados a la población adulta, existiendo pocos trabajos pensados en influir en la población infantil; y menos aún existen trabajos pensados en las personas con alguna discapacidad.

Específicamente dentro del sector educativo, no existe hasta el momento ningún programa sobre SIDA pensado ex profeso para ser trabajado dentro de este ámbito, en el que se incluye la población de maestros, padres de familia y alumnos. Los pocos trabajos que se han realizado, como algunos cursos dirigidos por CONASIDA a maestros de educación básica, y de los cuales no se cuenta con registros sobre sus resultados y seguimiento, es claro que no abordan de manera suficiente el problema.

Concretamente dentro de Educación Especial, aunque no se cuenta con datos sobre infecciones de SIDA dentro de la población, el simple hecho de ser sujetos con capacidades para acceder a una sexualidad plena de acuerdo a sus posibilidades, los convierte también en sujetos que se pueden exponer a la infección. Además es necesario tomar en consideración, como ya se mencionó, las resistencias por parte de quienes los cuidan y educan para que puedan acceder a una educación sexual que les permita contar con más recursos para

autodeterminar su sexualidad; lo cual los coloca como una población más vulnerable frente a las posibles situaciones de contagio.

De tal manera, se torna importante el trabajo de sensibilización con el personal que labora en los servicios de Educación Especial respecto a las características y condiciones de transmisión del SIDA, ya que se espera, que el hecho de contar con información científica y objetiva, pueda contribuir a que asuman una actitud positiva frente a la enfermedad, que permita que el tema sea trabajado sin prejuicios tanto con los alumnos como con los padres de familia.

Tomando en cuenta lo hasta aquí expuesto, se considera necesario comenzar a desarrollar materiales y actividades encaminadas a generar programas sobre SIDA que incidan en la población del sector educativo y en particular dentro de Educación Especial. Estas actividades encuentran su sustento, además, en los mismos objetivos que se plantean en los nuevos planes y programas de estudio elaborados por la Secretaría de Educación Pública, en donde los temas relacionados con el cuidado personal y la preservación de la salud adquieren gran relevancia.

A partir del trabajo de estos temas se espera que los alumnos puedan desarrollar una cultura de la salud, a través del conocimiento del cuerpo humano y su interacción con el medio que los rodea. Se pretende que los niños se convenzan de que las enfermedades pueden ser prevenidas, resaltando el papel que en la preservación de la salud juegan los hábitos de higiene, proporcionando además, elementos de conocimiento y reflexión sobre los procesos y efectos de la maduración sexual. (Planes y Programas de Estudio de la Educación Básica, 1993)

## CAPITULO I

### SIDA EN MEXICO

"La sexualidad tiene los ojos bien abiertos,  
el placer tiene preparados mil salios  
acrobáticos...el SIDA es sin duda un obstáculo,  
pero un obstáculo franqueable por el ser humano  
que se deja mover por la imaginación que sonríe  
a la especie".

-Xabier Lizárraga-

#### 1.1 Antecedentes generales

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, es hoy en día uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. A pesar de que los avances en las investigaciones sobre la enfermedad han sido muchos, hasta la fecha no se cuenta ni con una vacuna para prevenirla, ni con un tratamiento para curar a las personas enfermas.

Los estudios datan de 1981, cuando en los Estados Unidos comenzaron a aparecer algunos casos de un tipo de neumonía rara y un tipo de cáncer conocido como Sarcoma de Kaposi en un grupo de población de adultos jóvenes que hasta entonces no habían sido afectados por estos padecimientos.

En 1982 en el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos, se determinó que tanto la neumonía como el Sarcoma de Kaposi y otro tipo de infecciones graves, que se estaban diagnosticando en adultos jóvenes, no constitutaban en sí, el problema primordial de salud del paciente, sino que era, en última instancia, una manifestación de un problema más amplio y profundo: la alteración adquirida de su sistema de defensa. Esto es, las enfermedades mencionadas habían aparecido en ellos aprovechando una deficiencia de su Sistema Inmunológico. Esa inmunodeficiencia que se había adquirido ponía al organismo en peligro de contraer diferentes infecciones o cánceres ante los cuales, previamente, se había defendido, pero a los que ahora era vulnerable. Con esto se lograba definir el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.

Posteriormente, en 1983 en el Instituto Pasteur en Francia y en 1984 en el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, se descubrió que este padecimiento era causado por un virus hasta entonces desconocido, y que desde 1986 se decidió denominar internacionalmente como el Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH.

A partir de entonces, las investigaciones permitieron conocer, entre otras cosas, los mecanismos a través de los cuales las personas se infectaban con el virus. Esto ayudó a poner de relieve que, lo que en un principio se consideró una enfermedad que atacaba a ciertos grupos (denominados en ese momento como de alto riesgo: homosexuales, homofílicos, negros, por ejemplo), más que estar en relación con ciertas características del grupo o con la preferencia sexual del mismo, la transmisión del virus estaba correlacionada con una serie de conductas o prácticas a través de las cuales sucedía el contagio. De esta manera el SIDA dejó de ser una enfermedad de ciertos grupos para convertirse en una enfermedad de todos aquellos que lleven a cabo prácticas que los pongan en riesgo de adquirirla.

En la actualidad el SIDA se ha extendido en la mayoría de los países del mundo. En la IX Conferencia Internacional sobre SIDA celebrada en la ciudad

de Berlín en junio de 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) por medio del director del Programa Mundial para el SIDA, informó de la existencia de 14 millones de personas en todo el mundo infectadas con el virus, desde que inició la infección (SIDA/ETS julio,1993). Para la primera mitad de 1994 el número había llegado a 16 o 17 millones aproximadamente, distribuidos de la siguiente manera (SIDA/ETS, julio 1994):

- América del Norte	1 000 000
- América Latina y el Caribe	2 000 000
- Europa Occidental	500 000
- Europa Oriental y Asia Central	500 000
- Asia del Este y el Pacífico	50 000
- Sur y Sur-Este Asiáticos	2 500 000
- Africa del Norte y Medio Oriente	100 000
- Africa Subsahariana	10 000 000
- Australia	25 000

De este total, entre 13 y 14 millones continúan vivos al estimarse que desde que inició la pandemia han desarrollado SIDA 4 millones de casos, los cuales inevitablemente terminaron en la muerte. Esto representa un incremento del 60% por sobre los 2.5 millones de casos estimados hasta julio de 1993 (SIDA/ETS, julio 1994).

El número de adultos vivos infectados con el VIH en países industrializados hasta mediados de 1994, permanece más o menos sin cambio desde la segunda mitad de 1993, lo que indica que el número de muertes por SIDA durante los últimos años, equivale aproximadamente a la cantidad de

nuevas infecciones por VIH (SIDA/ETS, julio 1994). La OMS valora que de continuar estas tendencias, para el año 2000 el número de infectados podría llegar a los 30 o 40 millones (SIDA/ETS, septiembre 1994).

En México, la historia del SIDA se remonta a 1983 cuando fueron diagnosticados los primeros casos en extranjeros residentes en el país. En 1985, se inicia en los bancos de sangre, la utilización de las pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección. En mayo de 1986 se publicó la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre ya que para ese entonces se había incrementado a 134 el número de casos de SIDA.

Para diciembre de 1986 el número de casos era de 226, por lo que el Consejo de Salubridad General consideró al SIDA como una enfermedad objeto de vigilancia epidemiológica, por lo que debía ser notificado en forma inmediata y obligatoria todo nuevo diagnóstico. Para mayo de 1987 los casos sumaban 487, y es cuando se hacen modificaciones a la Ley General de Salud, en las que se ratifica la obligación de notificar de inmediato los casos de SIDA y seropositivos, y se prohíbe la comercialización de la sangre (Valdespino, García, Izazola. 1989).

En su desarrollo, la epidemia en el país ha presentado tres tipos de tendencia, hasta finales de 1986 el incremento fue lento, de 1987 a 1990 el incremento fue de tipo exponencial y a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización. El comportamiento de la epidemia a nivel nacional obedece a la conjunción de varios factores en las diferentes localidades, municipios o entidades, entre los que se encuentran, la antigüedad de los primeros casos autóctonos de SIDA, modos de transmisión preponderantes, disponibilidad de susceptibles y adopción de medidas preventivas específicas en cada región (SIDA/ETS, agosto 1994).

El Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE), es el encargado de llevar el registro y control del número de infecciones y casos de SIDA que se producen en México. Para julio de 1993, el INDRE informa de 14 283 casos acumulados, reportados por las diversas instituciones de salud; con lo que el país ocupa el tercer lugar en América y el onceavo en el mundo. Sin embargo, las notificaciones que estas instituciones atienden, por diversas circunstancias no se realizan con oportunidad, por lo que el INDRE, al corregir el retraso en la notificación y subnotificación estimaba que para esta fecha el número de casos en México en realidad era de 21 710 (SIDA/ETS, julio 1993).

Para septiembre de 1994 el número acumulado de casos reportados aumentó a 19 729, de igual manera, haciendo una corrección en el retraso en la notificación y subnotificación, el INDRE estima que el número real de casos de SIDA es superior a 29 900. La tendencia de la epidemia resalta el aspecto de la ruralización, ya que cada vez es mayor el número de casos autóctonos en comunidades rurales. Hasta 1990 se habían registrado 224 casos en trabajadores agropecuarios, para agosto de 1994 la cifra creció en un 327%, siendo hasta esta fecha 733 los casos en este rubro de ocupación (SIDA/ETS, septiembre 1994).

Del total de casos acumulados hasta septiembre de 1994 se habían notificado un total de 16 488 casos en hombres adultos; 4 808 son homosexuales, 3 391 bisexuales y 2 719 heterosexuales. De ese total 10 918 se infectaron por transmisión sexual. De igual manera, para esa fecha se habían reportado 2 676 casos en mujeres adultas; 51.4% se atribuyen a transfusión sanguínea, 45.8% son por transmisión heterosexual, 2.1% son exdonadoras remuneradas de productos sanguíneos y 0.6% adquirió la enfermedad por otras vías de transmisión. En cuanto a la infección en niños, existían hasta esta fecha 565 casos en menores de 15 años; 368 en niños y 197 en niñas, 56.0% fueron infectados por su madre durante el embarazo, 25.2% por transfusión sanguínea, 16.9% en hemofílicos y 1.9% por abuso sexual; se desconoce la categoría de

transmisión en 92 casos. Del total de casos acumulados para septiembre de 1994, 11 243 habían fallecido, continuaban vivos 6 945 y se desconocía la evolución de 1 541 (SIDA/ETS, septiembre 1994).

## 1.2 Prevención en SIDA

El SIDA se ha convertido, a partir de su primera descripción en 1981, en un problema grave de salud pública, que ha movilizad o esfuerzos a nivel internacional, con miras a disminuir las repercusiones de esta enfermedad en el futuro inmediato, y sobre todo, a mediano y largo plazo.

Hasta el momento, y a pesar de los grandes avances en el conocimiento de la naturaleza de la infección por VIH, y de los múltiples trabajos de investigación sobre tratamientos que curen la inmunodeficiencia subyacente, o de la experimentación de vacunas en humanos, es muy probable que no se encuentre ni vacuna ni tratamiento efectivo en los próximos años. Además tampoco se puede olvidar que, aún cuando llegue a descubrirse la tan esperada vacuna, la misma sólo resolverá el problema si, además de eficaz, es barata, no produce efectos secundarios graves, puede administrarse con facilidad y es fácilmente asequible a cualquier parte del mundo; esto en principio parece difícil, si tomamos en cuenta experiencias con otras vacunas, como lo menciona Bayés (1992) en relación a la vacuna contra la poliomielitis, que veinte años después de ser descubierta en 1955, sólo se encontraba vacunada el 5% de la población infantil de los países subdesarrollados.

Por ello, es posible que durante mucho tiempo la solución a la expansión de la pandemia del SIDA descansa, en gran medida, en los programas de prevención que cada país pueda implementar de acuerdo a las características y condiciones que la infección va tomando en cada uno de ellos.

En general las actividades preventivas se han desarrollado en dos sentidos, el control sanitario y la educación. El control sanitario se refiere a garantizar la seguridad de los productos sanguíneos que se utilizan con fines terapéuticos, a fin de que su suministro esté libre de infección. Aunque el control sanitario es costoso, su realización es relativamente sencilla y eficiente, siendo responsabilidad de las autoridades proporcionar la infraestructura y tecnología apropiadas para que el personal de salud pueda vigilar que dicho control se lleve a cabo.

En cuanto a la educación, los trabajos se han encaminado en dos aspectos (Coates, 1992): la llamada prevención primaria dirigida principalmente a que los individuos no se infecten con el virus VIH y la prevención secundaria, que busca la prevención del desarrollo de la enfermedad en aquellos que ya están infectados con el virus VIH. La prevención secundaria comprende las medidas que lleven a que los sujetos seropositivos se sometan a controles médicos periódicos y no vacilen en consultar cuando detecten sintomatologías sospechosas (Arauzo, Blank y Bermúdez, 1992).

En la prevención primaria del VIH, los cambios en la conducta son esenciales. La magnitud de la prevención para poder controlar el virus VIH, requiere que exista un compromiso en el desarrollo e implementación de programas que sean efectivos en la modificación de prácticas sexuales que colocan al individuo en riesgo de contraer la infección. Esto debido principalmente a que, como lo menciona la OMS, el patrón de transmisión no ha cambiado desde que se inició la enfermedad, en el mundo tres cuartos de infecciones se adquieren por medio de la relación sexual (SIDA/ETS, julio 1993).

Así, los programas preventivos han estado encaminados prioritariamente a modificar las conductas y comportamientos, principalmente sexuales de la población. En un primer momento estos programas se desarrollaron en función de lo que se denominó grupos de alto riesgo, como homosexuales, drogadictos

intravenosos, prostitutas, etc.; posteriormente esta concepción cambio, al quedar claro que es la práctica de ciertas conductas, y no la pertenencia a ciertos grupos, lo que disemina el SIDA. Como menciona Castro (1989), el SIDA es una enfermedad letal, y ciertas prácticas sociales como tener relaciones sexuales con una pareja no bien conocida y sin usar condón, pueden ser fatales. Lo letal califica a la enfermedad en sí misma; lo fatal a ciertas conductas. Pero estos dos conceptos no califican a ningún grupo en específico. Es decir, con relación al SIDA no hay grupos ni fatales ni fatales.

La distinción entre grupos de riesgo y conductas de riesgo es importante en términos prácticos, porque permite tener mayor claridad respecto a los objetivos de las estrategias educativas, al buscar incidir en ciertas conductas y no en ciertos grupos. De igual manera, esta distinción ayuda a evitar que se identifique a un determinado grupo y se le trate, a consecuencia de prejuicios existentes, como depositario de la culpa y que pudiera llegar a ser objeto de prácticas discriminatorias y atentatorias contra su dignidad.

Por lo tanto, si la pandemia se difunde principalmente a través de dos comportamientos concretos perfectamente definidos: la penetración anal, vaginal y, posiblemente oral, entre una persona infectada y otra no infectada; y el uso compartido, entre una persona infectada y otra no infectada, de material de inyección; entonces su expansión podría evitarse si consiguiéramos cambiar dichos comportamientos. A partir de la precisión de estos modos de transmisión es que la prevención se tornó una necesidad urgente, en donde los programas preventivos tenían que demostrar un impacto efectivo, con poder suficiente para acortar la diseminación del VIH, fundamentalmente en las comunidades que son activas sexualmente.

De esta manera, los programas de prevención comienzan a desarrollarse pensando prioritariamente en la población adulta y en los grupos cuyas formas de relación, actividades y conductas los colocaban en riesgo de contagio. La población sexualmente activa se convierte en el principal objetivo. Sobre los

alcances y limitaciones de estos programas existen una infinidad de reportes que refieren los logros obtenidos, por ejemplo, Coates (1992) menciona que en ciertos grupos han ocurrido cambios en las conductas de alto riesgo que presentaban un peligro de transmisión del VIH, como es el caso de la comunidad homosexual de San Francisco, en donde un reporte del Grupo de investigación de Conductas del SIDA informa que los hombres de este grupo, reclutados entre 1983 y 1984, han sido entrevistados anualmente con relación a sus prácticas sexuales y una variedad de actitudes asociadas con el SIDA. En 1984, el 50% de los hombres no-monógamos reportaron haber practicado sexo anal sin protección durante el mes anterior. En 1988, la práctica mencionada anteriormente fue reportada solamente por un 12% de los hombres de la encuesta. Los datos sugieren que el cambio en las prácticas sexuales ha conducido a un descenso en la transmisión del VIH dentro de este grupo.

Sin embargo, aún cuando en numerosos casos los efectos de los programas de prevención han sido positivos, existen una serie de factores en diversos grupos de población que han producido cambios importantes en la transmisión del VIH; por consiguiente se hace necesario que tanto las autoridades sanitarias como los diferentes grupos que se dedican a ello busquen también un cambio de orientación relativa a la prevención del SIDA. Así por ejemplo, actualmente para hacer una valoración de la epidemia es necesario tomar en consideración otros aspectos; uno de ellos es la preferencia bisexual de algunos infectados que han contagiado a sus parejas femeninas; paralelamente, un número importante de drogadictos/as se prostituye para conseguir dinero y comprar la droga. A través de estas relaciones, el virus llega hasta las parejas estables y los posibles hijos. Además, parece que, en las relaciones sexuales, las mujeres son mucho más vulnerables que los hombres. Bayés (1992) lo comenta al citar varios estudios (Masters, Johnson y Kolodny 1987, Najera 1990, Piot, Laga, Ryder y cols. 1990) en donde se habla entre otras cosas, que en las personas contagiadas se detecta mayor cantidad de virus en el semen que en las secreciones vaginales; además de que algunas circunstancias pueden incrementar la vulnerabilidad de la mujer como son las píldoras anticonceptivas

orales, susceptibles de producir pequeñas hemorragias durante el coito, el uso de dispositivos intrauterinos facilitadores de infecciones, la realización del acto sexual durante la menstruación y finalmente el hecho de que, después del coito, las secreciones vaginales pueden hacerse desaparecer del pene con rapidez mediante hábitos de higiene rutinarios, lo cual es más difícil de asegurar con respecto al semen eyaculado en la vagina, con lo que el tiempo que el virus puede permanecer activo en el organismo es, probablemente mayor en la mujer que en el hombre.

Estos descubrimientos, y algunos aspectos más que serán comentados en el siguiente apartado, permiten entender el curso de expansión que la epidemia ha tenido y marcan también la pauta de los puntos que son necesarios tener presentes para la planeación de programas de prevención.

### **1.3 Evolución en la Expansión de la Epidemia**

Como se sabe, en los primeros tiempos de expansión de la epidemia, se registró una proporción mayor de hombres que de mujeres diagnosticados de SIDA. Este fue el resultado de la expansión silenciosa del virus anterior a su descubrimiento e inmediatamente posterior al mismo. La transmisión se dió en gran medida, a través de la conducta de varones homosexuales; de igual manera, los hemofílicos fueron un grupo inicialmente muy afectado al ser ésta una alteración genéticamente transmitida a hombres, que requerían para corregir temporalmente su labilidad hemorrágica de la administración de transfusiones sanguíneas que se ignoraba estaban contaminadas por el virus del SIDA. Finalmente, el grupo de drogadictos intravenosos también fue inicialmente muy afectado, y en éste el número de varones es proporcionalmente mayor, como lo muestran las estadísticas en México (SIDA/ETS septiembre 1994), de 142 casos de drogadictos intravenosos infectados de VIH para septiembre de 1994, 13 eran mujeres y 129 hombres.

Estos datos ayudan a explicar por qué dicha expansión se efectuó con rapidez, debido a que el contagio se llevó a cabo en el interior de grupos prácticamente cerrados -homosexuales varones, drogadictos, etc.- constituidos por un número limitado de personas que mantenían entre sí un número de interacciones de riesgo - penetración anal no protegida, material de inyección compartido, etc.-. Sin embargo, esta realidad está dando paso a otra muy diferente. Una proporción de varones homosexuales y drogadictos se encuentran ya infectados y otra proporción de homosexuales, igualmente importante, ha cambiado sus comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención, en parte como ya se mencionó, debido a los programas preventivos dirigidos a esta población. Igualmente existe en la mayoría de los países, desde hace varios años un buen control sobre los productos sanguíneos. Esto ha dado por resultado que el número de hombres contagiados haya disminuido proporcionalmente, dando la impresión de que existe un cierto freno en el ritmo de crecimiento del problema, como lo comentan en México los informes mensuales del INDRE (SIDA/ETS, agosto 1994).

Aunque lo anterior es cierto y de alguna manera alentador, esto es sólo un aspecto de la evolución de la enfermedad, ya que se está produciendo una variación en la cualidad de la expansión del virus en cuanto al sexo. Mientras que en 1988, en los países industrializados, existían de 10 a 15 hombres contagiados por cada mujer, en la actualidad se pone énfasis en el hecho de que el impacto del SIDA en la mujer se está incrementando en forma considerable. En México la proporción hombre/mujer es diferente según el grupo de edad, para los grupos más afectados (25 a 39 años) esta proporción varía entre 6 y 7 hombres por cada mujer afectada (SIDA/ETS, agosto 1994). La OMS menciona que a menudo la mujer no tiene control sobre su protección, al ser los hombres los que deciden o no usar el condón. Esto paradójicamente hace que sean las mujeres las que soportarán la carga de la segunda década de la epidemia (SIDA/ETS, julio 1993). En México, al igual que en otros países, las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años), son un grupo que experimenta un

incremento exponencial en el número de casos de SIDA (Ortega, Ramos y Gallegos, 1992).

De igual manera, existe una variación en la cualidad de transmisión respecto a la forma. Mientras que , en sus primeras etapas, las principales fuentes de contagio fueron las relaciones homosexuales, las transfusiones sanguíneas, la administración de productos sanguíneos y la drogadicción, en la actualidad el problema se dirige hacia las relaciones heterosexuales y todos los datos apuntan a que éste será en el futuro el principal camino de expansión de la epidemia. La OMS estima que, en el año 2000, del 75 al 80 por ciento de todas las infecciones que tendrán lugar se producirán debido a las relaciones heterosexuales (Bayés, 1992).

Otro aspecto importante que es necesario contemplar para conocer el proceso de transmisión de la enfermedad, está en relación con la población adolescente, en el entendido de que el VIH se encuentra también arraigado en esta población, al quedar claramente establecido que mientras se encuentren conductas que transmiten la infección en la población adolescente, existe la posibilidad de que ésta pueda adquirir el virus (Coates, 1992). La OMS (SIDA/ETS, julio 1993), recomienda que la educación sexual debe iniciarse a temprana edad ya que la mayoría de los estudios señalan que los adolescentes tienen actividad sexual. De igual manera resalta que la educación sexual no aumenta la actividad sexual de los jóvenes, como lo demuestra el hecho de que la edad de la primera relación sexual es similar en Europa y en Estados Unidos, pero debido a que la educación sexual es mejor en Europa, las tasas de embarazo en adolescentes son significativamente diferentes. En el Reino Unido son la mitad de las de Estados Unidos y en Holanda son diez veces menores.

En México, algunos estudios (CONAPO, 1988) también reportan de la existencia de la vida sexual activa en la población adolescente. Sin embargo aunque este sólo hecho los coloca como una población que debe tomarse en consideración para la instrumentación de programas de prevención específicos,

son pocos los estudios que se han abocado a investigar tanto el nivel de información como las condiciones de transmisión del SIDA dentro de este grupo, y son menos todavía las acciones y/o programas preventivos implementados.

Así, en los reportes mensuales que emite el INDRE, los casos llamados pediátricos o de transmisión en niños son los considerados de 0 a 15 años; en ellos aparecen principalmente los casos atribuibles a transmisión perinatal - 77.8% en 1994 de los casos infantiles según éste informe (SIDA/ETS, septiembre de 1994)-. De igual manera, en el mismo reporte aparecen registrados, para el grupo de 15 a 19 años, 246 casos acumulados de SIDA en hombres, distribuidos por categoría de transmisión de la siguiente manera:

- 76 Homosexual
- 44 Bisexual
- 38 Heterosexual
- 30 Hemofílico
- 13 Transfusión Sanguínea
- 3 Drogadicto Intravenoso
- 3 Homosexual/Drogadicto Intravenoso
- 39 No Documentado

Sin embargo, en estos registros no han quedado contemplados grupos importantes de población infantil y adolescente, como podría ser, por ejemplo, la perteneciente al grupo de subempleados - de un bajo nivel socioeconómico-, los denominados niños de la calle. Este grupo de población es importante por sus condiciones de vida, como lo menciona la Doctora Ornelas (citada por Galván y Gay, 1992) la gran mayoría de los jóvenes que viven en la calle proceden de diversos estados de la República, muchos sufren parasitosis, drogadicción y enfermedades de transmisión sexual incluido SIDA, ya que aceptan tener relaciones sexuales con cualquier persona a cambio de ropa, dinero o comida. Cuentan con poca información sobre SIDA y ha sido difícil el

trabajo con ellos ya que las características inherentes a esta población, no ha permitido que los estudios puedan precisar siquiera el número de personas que pernoctan en la calle.

Este hecho es indicador de la necesidad de desarrollar más estudios sobre los niveles de información y comportamientos sexuales, no nada más los de este grupo de población infantil y adolescente, sino además en otros grupos específicos, como por ejemplo el grupo de estudiantes de nivel secundaria y preparatoria, que permita contar con datos más amplios y precisos sobre el curso de expansión que el SIDA ha tenido en ellos.

A partir de todo lo anterior, puede pensarse que la aparente lentificación en el ritmo de expansión de la epidemia por la decreciente transmisión dentro de los grupos en los que originalmente se presentó el mayor número de casos y a los cuales se dirigieron los primeros programas de prevención, evidentemente no agotan el problema, y de no considerarse todos los aspectos de las condiciones en la transmisión del virus, es sólo cuestión de tiempo para que aumente la probabilidad de entrar nuevamente en una fase de crecimiento acelerado de la expansión vírica. Es por eso que, todos los cambios en cuanto a la transmisión de la infección, aunados a las dificultades para encontrar una vacuna o cura para la enfermedad, han hecho que los programas de prevención comiencen a pensarse en función de sus efectos a largo plazo y no nada más a modificar de manera inmediata las conductas de alto riesgo en determinados grupos de población.

#### **1.4 Algunas Consideraciones para la Instrumentación de Programas de Prevención**

Como se mencionó en el apartado anterior, existen algunos cambios que se han presentado en la evolución de la epidemia, los cuales son necesarios de

considerar para elaborar estrategias de prevención acordes con la situación actual que realmente permitan contribuir a frenar el ritmo de expansión de la enfermedad. Ahora bien, junto con estos, existen otros indicadores igualmente importantes de tomar en cuenta para la instrumentación de programas preventivos. En el presente apartado se comentarán los aportados por algunos de los pocos estudios realizados con población joven, que avalan la cada vez más apremiante necesidad de prestar atención a los diversos grupos que componen esta población.

Dentro de estos trabajos, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving (1992) informan, en un estudio de conocimientos sobre SIDA y prácticas sexuales con 3 064 estudiantes de licenciatura de la UNAM, en donde 49.4% eran hombres y 50.6% mujeres, que 1 628 (53.1%) ya habían iniciado su vida sexual, siendo en promedio para los hombres más temprana la edad de inicio (16 años) que para las mujeres (19 años). De igual manera, es mayor en los hombres el número de parejas, 2 en promedio, así como mayor el porcentaje de preferencias homo-bisexuales (6%).

Otros datos que destacan, son el hecho de que aunque la mayor parte de los estudiantes tienen información sobre lo que es el SIDA, ésta no es suficiente, ya que poco más de un cuarto de la población desconocía la fase asintomática del padecimiento y cómo evitar las enfermedades de transmisión sexual; cerca del 10% ignoraba que un enfermo asintomático puede ser transmisor del virus y más de un tercio ignoraba que no existe cura una vez contaminada la persona.

Estos datos sobre el conocimiento erróneo acerca del SIDA en la población joven, que pueden conducir a prácticas que ponen en riesgo su salud, se pueden corroborar con otros estudios. Izazola, Valdespino, Juárez y cols. (1989) encontraron en estudiantes universitarios mexicanos que el 41% consideraba al SIDA como un tipo de cáncer o bien una enfermedad de homosexuales. Sepúlveda Amor y Cols. (1988) en otro estudio realizado en

México, con personas mayores de 15 años, encontraron que aunque la mayoría reconocía los mecanismos de transmisión, un 60% de los entrevistados consideraba al SIDA como una enfermedad exclusiva de los homosexuales.

Dentro de las conclusiones que plantean Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving en el estudio ya citado, resaltan algunos aspectos que podrían ser importantes de considerar si se quiere realizar algún trabajo con esta población. En cuanto a las creencias y actitudes hacia el uso del condón, la mayor parte de la población tenía creencias y actitudes positivas hacia su uso, sin embargo, un alto porcentaje (47.8%) consideraba que su uso no es placentero. En cuanto a las diferencias de creencias y actitudes, más estudiantes que no se han iniciado sexualmente indican creencias y actitudes hacia el uso del condón que pudieran considerarse posibles barreras para la intención de usarlo a futuro: por ejemplo consideran que su uso va contra su religión, o que no es apropiado para usarse con parejas ocasionales. Por su parte, entre los estudiantes con vida sexual, en comparación con los no iniciados sexualmente, se encuentra una mayor inclinación al riesgo, ya que establecen relaciones ocasionales aún sin la protección que podría darles el condón. También en esta población hay creencias que podrían considerarse barreras para su uso: lo evalúan como caro o bien que al usarlo hace que el hombre pierda erección.

Datos similares se pueden encontrar en otros estudios realizados en países latinoamericanos. Cáseres y cols, (1992), se apoyaron en estudios previos que sugieren que los adolescentes peruanos inician su práctica sexual en los primeros años de la segunda década de su vida, con niveles muy bajos de conocimientos respecto a formas de reducir el riesgo de problemas sociales y de salud asociados a la actividad sexual. Estos investigadores realizaron un estudio piloto entre estudiantes de colegios secundarios estatales de Lima, Perú con el objeto de determinar niveles de conocimientos y actitudes acerca de la sexualidad humana, el embarazo, enfermedades sexualmente transmisibles incluido el SIDA, así como niveles de actividad sexual y abuso de sustancias

entre ellos. Adicionalmente realizaron una evaluación sobre conocimientos y actitudes sobre los mismos aspectos, así como de opiniones sobre educación sexual, entre profesores encargados de orientación y bienestar del educando en dichos colegios secundarios.

Dentro de los resultados que reportan resaltan que el nivel de conocimientos respecto a la sexualidad humana y el SIDA es deficiente en el grupo de adolescentes pese a que biológicamente están ya aptos para iniciar su vida sexual y que en muchos casos ya lo han hecho o lo van a hacer pronto. Las deficiencias son mayores en lo referido a conductas que previenen la adquisición de enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no planificado.

El conocimiento sobre SIDA no llegó a mostrar correlación con una actitud de aceptación del uso del condón para prevenir el SIDA entre estos jóvenes. Contrastan las diferencias entre las respuestas de varones y mujeres, éstas últimas mostraron en general niveles inferiores de información y actitudes más negativas hacia la sexualidad y el SIDA. Tal diferencia, sugieren los autores, es consecuencia del doble patrón moral y de la importante carga de discriminación en la actitud cultural hacia lo sexual, y es un motivo más de desventaja de las adolescentes en su proceso de desarrollo psicosexual y en sus posibilidades concretas para tomar decisiones respecto de su sexualidad y protegerse de los riesgos existentes.

En cuanto a la evaluación realizada con los docentes, los resultados sugieren que al parecer éstos también han recibido una formación deficiente en las áreas investigadas, al mostrar insuficientes niveles de conocimiento, actitudes erotofóbicas y tendencia a discriminar a personas con VIH. Los autores consideran que es probable que tales actitudes negativas afecten seriamente su capacidad de transmitir un mensaje educativo positivo sobre la sexualidad, por lo cual los programas que se planifiquen para formarlos deben poner especial interés en modificarlas.

En relación a la implementación de los programas en las escuelas, Coates (1992) plantea la necesidad de poner a prueba intervenciones que sean innovadoras. Apoyado en los resultados de algunos estudios que muestran la efectividad de utilizar a compañeros líderes de la misma edad para la prevención en el uso de drogas; propone la posibilidad de desarrollar e implementar este tipo de estrategias para prevenir el SIDA. Utilizar compañeros de la misma edad o mayores con el fin de impartir información específica con relación al sexo, sobre cómo tomar decisiones y sobre cómo resistir la participación en la actividad sexual indeseada o coercitiva, puede ayudar en la efectividad de las diferentes intervenciones que persiguen modificar el comportamiento de alto riesgo en los jóvenes.

En México, a pesar de que dentro de los Planes y Programas de Estudio de la Educación Básica (1993), se incluyen dentro de asignaturas como Ciencias Naturales temas relacionados con la comprensión del funcionamiento y transformación del cuerpo humano -buscando el desarrollo de hábitos tendientes a la preservación de la salud y el bienestar-, los aspectos relacionados con la educación sexual se han circunscrito a la transmisión de información sobre los procesos anatómo-fisiológicos de los órganos genitales y su papel reproductor, sin que se logre desarrollar una metodología que permita que se estudien, analicen y manejen los temas relacionados con la sexualidad, buscando lograr una actitud que derive en la autodeterminación libre e informada de la misma.

Específicamente en relación al SIDA, también son prácticamente nulos los trabajos que se han realizado en el sector educativo, con miras a su prevención. Han existido algunas colaboraciones entre la SEP y CONASIDA para la realización de cursos de información sobre SIDA a profesores de educación básica, sin embargo, éstos no han tenido una cobertura amplia ni un seguimiento apropiado sobre sus resultados, además de que no existen registros accesibles sobre las características de su realización. De igual manera, por convenio entre la SEP y CONASIDA, se acordó la realización de un folleto de

información sobre SIDA dirigido a la población escolar para ser distribuido como complemento a los libros de texto gratuito. De este folleto titulado "Crecer en los tiempos del SIDA" (SEP/CONASIDA, 1994), tampoco existen datos sobre su proceso de implementación: su grado de distribución y la capacitación necesaria a los profesores para su manejo.

### **1.5 Actitudes y Conocimientos hacia el SIDA**

El objetivo de las campañas contra el SIDA es tratar de cambiar las conductas de riesgo, o sea los factores comportamentales que facilitan la propagación del virus y al mismo tiempo establecer conductas protectoras. Sin embargo esa no es una tarea fácil. Aunque se sabe cuáles son los modos preponderantes de transmisión del virus y cuáles las medidas mínimas preventivas para evitar el contagio; la adopción de dichas medidas por parte del grueso de la población, requiere de los trabajadores de la salud, las instituciones educativas y los grupos civiles en general, de un trabajo serio y en muchos casos prolongado y no exento de obstáculos.

Considerando las condiciones actuales de la enfermedad, se puede contemplar que el contagio y muerte por SIDA es probable que se incremente a futuro, involucrando a un número altamente significativo de individuos. Lo anterior cobra sentido, si tomamos en cuenta los resultados reportados por Chiriboga y Uribe (1994) en un artículo sobre el uso del condón como medida preventiva para enfermedades de transmisión sexual. Ellos consignan que la OMS estima que diariamente se llevan a cabo 100 millones de relaciones sexuales en el mundo, de las cuales 910 mil terminan en embarazos, 356 mil en enfermedades de transmisión sexual y 6 mil en infecciones por VIH.

De igual manera, comentan que se calcula que en 1990 se usaron en el mundo aproximadamente 6 mil millones de condones. Pero esta cantidad dista mucho de los 13 mil millones que se estima hubieran sido necesarios para todas

las relaciones en las que se corría el riesgo de exponerse a la infección de SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual, o evitar embarazos no deseados.

Por lo que respecta a México, los autores reportan que en 1990 se vendieron de 30 a 32 millones de condones, que sumados a los 15 millones que distribuyó el sector público de manera gratuita, se puede concluir que en México se usaron aproximadamente de 45 a 50 millones de condones en 1990, asumiendo que todos fueron utilizados en relaciones sexuales.

Sin embargo, se concluye en el artículo, que esa cantidad no es suficiente para evitar en forma significativa en nuestro país enfermedades sexualmente transmisibles e infecciones por VIH; ya que si se calcula que existen de 35 a 40 millones de hombres en edad sexualmente activa en México, al distribuir esos 50 millones de condones, cada sujeto tendría la posibilidad de utilizar únicamente 1 o 2 por año. Aunque, también mencionan los autores, hay que tomar en consideración que no todos los hombres sexualmente activos tienen prácticas de riesgo para la adquisición de enfermedades sexualmente transmisibles.

De tal manera, al estar dentro de sus características el contacto sexual como principal forma de contagio, al movilizar gran cantidad de recursos médicos, económicos y civiles; por el cúmulo de reacciones que ha provocado en la sociedad en general, el SIDA se ha tornado en una enfermedad de tipo social.

El carácter social del SIDA está marcado principalmente por su forma de transmisión. El acto sexual, en cualquiera de sus modalidades, es ante todo un acto social. Pero además, la sexualidad es social porque, como Castro (1989) plantea, "en el caso de los seres humanos, muy poco hay en ella que pueda ser tenido como lo natural y lo normal. Si bien es cierto que los impulsos sexuales del hombre poseen una poderosa determinación biológica y psicológica, la

forma en que dichos impulsos se manifiestan es una construcción social y cultural."(p. 413-414)

La discusión en torno de por qué y cómo las personas hacen lo que hacen con su propia sexualidad no puede supeditarse a un examen simplista de la anatomía y fisiología de los órganos sexuales (Piña, Jiménez y Mondragón, 1992). Aunque esto parece obvio a estas alturas, es importante insistir en ello, ya que como Lizarraga (1990) comenta, "nuestra cotidianidad está saturada de formulismos y dogmatismos, que pauperizan los universos plurales del deseo, del placer, de la caricia y el orgasmo. La sexualidad en general, y la humana en particular, tiene varios significados y cumple diversas funciones, que se retroalimentan. Los muchos significados y las funciones de la sexualidad son parte constitutiva de las especies, así como de los grupos en que estas se subdividen y de los individuos."(p. 16-17)

El acto sexual, es social, no sólo porque implica por lo menos a dos personas, sino porque la manera en que estas dos personas ejercen su sexualidad es un producto social, culturalmente determinado, sujeto a ciertas normas y valores entendidos, que varían de un grupo social a otro. La homosexualidad, la bisexualidad y la heterosexualidad son las principales expresiones que adquiere la sexualidad humana.

Siendo la sexualidad un asunto que por lo general transcurre en un ambiente íntimo, la transmisión del SIDA es, al mismo tiempo, la consecuencia de un acto social y privado. Si la transmisión se da en un contexto privado, los efectos de la misma son, evidentemente, públicos. El carácter público de la enfermedad ha generado diversos procesos sociales complejos. El desarrollo de prejuicios de parte de mucha gente en torno a esta enfermedad, y el estigma que recae sobre sus víctimas es un ejemplo de ellos.

Diversos factores determinan que una enfermedad genere prejuicios y estigmatice a sus víctimas. En relación al SIDA, Castro (1989) también

comenta, "en primer lugar, se trata de un padecimiento relacionado con lo sexual, y lo sexual es una materia sensible en nuestra sociedad. En segundo lugar, es un fenómeno que además de asociarse a lo sexual, es mórbido; es una enfermedad venérea, y quienes padecen este tipo de males son señalados porque se les atribuye una vida sexual desordenada. En otras palabras, las enfermedades venéreas se consideran propias de grupos y conductas socialmente desacreditadas."(p. 415)

Así, ante la letalidad del mal, el difícil control del contagio y la imposibilidad inmediata de detenerlo o extinguirlo, el miedo, la incertidumbre y la ansiedad han puesto en marcha viejos mecanismos irracionales, por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables a través de la exacerbación de prejuicios ya existentes.

Algunas de las reacciones que socialmente han surgido con el SIDA, no distan mucho de las reacciones que en otros momentos de la historia se han producido en relación a otras epidemias. Como Pescador y Bronfman (1989) lo comentan, la amenaza de la peste, suscitó la aparición de lo que ellos denominan "epidemias mentales", con ellas, la mayor parte de la población recurrió a conductas antisociales extremas, cuyo planteamiento esencial era la asociación del castigo con la conducta inmoral de un grupo en particular, que podía coincidir con el de las víctimas.

Estos autores también mencionan que la influencia que las "epidemias mentales" pueden llegar a alcanzar en la actualidad entre la población, no debe de subestimarse, si se toma en cuenta que siempre corren en su favor la desinformación, el temor natural al contagio y una serie de prejuicios ya existentes y fácilmente exacerbables. "En un siglo que se precia de haber separado el discurso científico del teológico, de haber desarrollado un discurso médico racional totalmente desacralizado, de haber enfrentado exitosamente las epidemias conocidas, y de haber prescindido de cualquier interpretación metafórica de la enfermedad, el SIDA ha venido a desafiar espacios públicos y

privados de la vida humana, ha planteado dilemas lo mismo en el orden de la salud pública, que de la psicología, el derecho y la moral; se ha constituido en una mortal amenaza, ha relativizado los triunfos que la medicina logró durante más de dos siglos frente a las enfermedades infecciosas, ha cuestionado las maneras en que una comunidad concibe y organiza sus relaciones con el proceso de salud-enfermedad, y ha suscitado reacciones semejantes a las de antaño en esferas sociales, políticas y científicas."(p. 384)

Lo anterior es importante porque, marca la pauta de dónde surgen las creencias y actitudes de la población hacia el SIDA como enfermedad, las personas infectadas y/o enfermas y las políticas de prevención que se instrumentan. En el entendido de que los programas de prevención son prácticamente la mejor vía para combatir la propagación de la enfermedad, las actitudes y creencias de la población adquieren capital importancia, ya que fundamentalmente es a partir de poder identificarlas y en su caso poder incidir en ellas para modificarlas, que los programas de prevención encuentran su éxito o su fracaso.

Respecto a las actitudes, en el Manual de Encuestas sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) sobre Sexualidad (CONASIDA, 1990), se habla de las actitudes como una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que dispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Resalta el hecho de que las actitudes son adquiridas y no heredadas, por lo tanto su desarrollo implica socialización y hábito. El nivel socio-económico y educacional, la ocupación, la edad, entre otros factores tienen influencia sobre las actitudes y creencias sobre sexualidad. También plantea que mediante el conocimiento de las actitudes y creencias de una persona respecto a algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas, tomando en consideración que las actitudes y creencias son dinámicas y que existen más de una para cada situación, sobre todo en cuanto a sexualidad y SIDA se refieren.

Por otro lado Arias Galicia (1980) (citado por Galván y Gay, 1992), llama al objeto de las actitudes como objeto psicológico, que está en relación con cualquier símbolo, persona, institución o cosa, y ante los cuales la gente difiere en grado y tipo de reacción.

La base de las actitudes son las creencias. En el manual referido líneas arriba (CONASIDA, 1990), se plantea a las creencias como una proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace. El contenido de una creencia puede descubrir un objeto o situación como verdadero o falso, valorarlo como bueno o malo, o recomendar determinado curso de acción como deseable o indeseable. Sea o no el contenido de una creencia descriptivo, valorativo o recomendativo, toda creencia es una predisposición a la acción. De tal manera, las creencias representan los componentes primordiales y determinantes de las actitudes; ellas le asignan al objeto o a la situación un atributo positivo o negativo.

Para los aspectos específicos de investigación, el manual marca la dificultad, desde el punto de vista práctico y metodológico de separar actitudes y creencias. Por lo tanto, generalmente se procede a partir de un cuestionario para medir actitudes, que contiene un conjunto de enunciados de creencias, de las cuales se supone que son teóricamente representativas de la actitud hacia el objeto. Por ejemplo, si se desarrolla un instrumento que contenga creencias positivas y negativas hacia el SIDA, se puede presuponer que con las afirmaciones que representan estas creencias es posible operacionalizar el concepto "actitud hacia el SIDA".

Finalmente es importante mencionar que, el concepto de actitudes está íntimamente relacionado con otros conceptos como prejuicios, estereotipos, razón, valores, convicciones, preferencias, aversiones, etc. Sobre estos conceptos es difícil establecer sus relaciones ya que existen divergencias en las ciencias sociales sobre los atributos distintivos y específicos de cada uno de ellos.

Ahora bien, como Galván y Gay (1992) lo mencionan, la medición de las actitudes no puede proporcionar de manera inequívoca la actitud de una persona en el momento que se enfrenta a un fenómeno en la vida cotidiana; sin embargo, sí puede proporcionar un panorama general de cómo reaccionarán los grupos investigados frente a diversos objetos psicológicos. Esto ayudará a tener un acercamiento con los motivos que impulsan a los individuos a actuar de determinada manera; abriendo la posibilidad de implementar métodos, técnicas y programas para influir en las actitudes, ya sea para buscar el cambio en aquellas que ocasionan conductas conflictivas o destructivas, o para reforzar las que son favorables para el desarrollo integral de la persona y su sociedad.

En relación al SIDA, existen diversos estudios acerca de las múltiples actitudes que la enfermedad ha desencadenado y sobre las cuales hay que prestar atención. Por ejemplo, Galván y Gay (1992) refieren un estudio realizado por Allen y Miller (1989) en la Universidad del Estado de California en el que se investigó la actitud de los estudiantes hacia un grupo de mujeres con SIDA. En los resultados se menciona la disposición de los estudiantes para ofrecer apoyo a las víctimas si éstas se habían contagiado por medio de transfusiones o por un marido infiel. Sin embargo, los estudiantes mostraban una actitud de rechazo y no apoyo, si las víctimas se habían contagiado por ser esposas infieles o por usar drogas intravenosas.

En otro estudio, también citado por Galván y Gay (1992), realizado por Díaz-Loving, Martínez, Ramos y Saldivar (1992), con estudiantes universitarios, se encontró que las explicaciones sobre el SIDA, que mayor aceptación tenían entre los estudiantes, era que el SIDA es el resultado de la pérdida de valores y la irresponsabilidad, además de las relacionadas con la falta de higiene, la vida inmoral, las relaciones sexuales con prostitutas, el no controlar la ansiedad sexual y tener relaciones sexuales con personas de ambos sexos. De igual manera, varios sujetos indicaron que se sentían seguros de no estar contagiados, a pesar de haber tenido varias parejas en su vida, por el hecho de

que cuando salían con una persona solamente mantenían relaciones sexuales con ella; así, una monogamia serial les daba la impresión de seguridad y baja promiscuidad.

Por otro lado Pescador y Bronfman (1989), reportan que en 1985 en Nueva York, 10 000 padres de familia boicotearon la asistencia de sus hijos a la escuela, al ser autorizada por parte de la alcaldía la asistencia de un niño de siete años enfermo de SIDA. Encuestas realizadas a partir del acontecimiento mostraron que el 53% de los estadounidenses pensaba que era posible contagiarse al compartir el salón de clases con un enfermo. Otras encuestas mostraban que el 40% de los neoyorquinos estaría a favor del aislamiento de los enfermos.

De igual manera, además de las creencias y actitudes respecto al SIDA, otro de los aspectos que es necesario tener presente es el nivel de conocimientos que sobre la enfermedad tiene la población y los efectos que cobran en la prevención. Por lo general se asume que si se da información y se aumentan los conocimientos sobre las consecuencias que acarrea determinado comportamiento, se producirá un cambio hacia un comportamiento más saludable de parte de aquellas personas a quienes está dirigido el mensaje. La evidencia producida por la mayoría de los programas de educación para la salud no respalda ese presupuesto. El cúmulo de conocimientos no ejerce necesariamente mayor influencia sobre los hábitos contraproducentes a la salud. No ha adelgazado al obeso, erradicado el uso del tabaco a pesar del peligro de cáncer, los desórdenes respiratorios o los problemas cardíacos, así como tampoco ha impactado en el patrón de nutrición que crea alto riesgo de enfermedades cardiovasculares (Magaña y cols., 1992).

Al respecto, Bayés (1992) comenta que el abandono de los comportamientos de riesgo y la adopción de los preventivos no es meramente un problema de conocimientos. Apoyado en algunos estudios (Pardell, Salleras y Salvador, 1983; Russel, Wilson Taylor y Baker, 1979; Haviky Maeland, 1988)

refiere que el colectivo profesional con mayores conocimientos sobre las terribles características del cáncer de pulmón y sobre la relación existente entre consumo de cigarrillos y cáncer de pulmón, es el de los médicos; y según los estudios existe un alto índice de fumadores en este grupo. De igual manera, antes de sufrir un infarto, sólo abandona el hábito de fumar el 10% de los pacientes a los que su médico advierte sobre la necesidad de hacerlo. De los fumadores que sobreviven a un infarto, a los 6 meses un 40% continúa fumando y este porcentaje alcanza el 50% tras un período de 3 a 5 años.

De igual manera, en relación al SIDA, Bayés (1992) reporta resultados de estudios que hablan en este sentido; por ejemplo, cita el trabajo de Asia de la Loma (1988), en el cual señala que 107 drogadictos fueron atendidos en un centro de asistencia en Madrid. A pesar de que el 94% contaba con información adecuada sobre el virus del SIDA y sus formas de transmisión sólo, el 13% usaba sistemáticamente preservativo en sus relaciones sexuales y un 17% afirmaba que no compartía agujas y jeringas al inyectarse. Por su parte Rischi y cols. (1987), reportan que tras informar a ambos miembros de 32 parejas heterosexuales, en las que el hombre se encontraba contagiado con el VIH pero no la mujer, sobre las características del SIDA, las vías de contagio y los comportamientos de prevención adecuados, el 44% de las parejas siguieron practicando el coito sin protección alguna, con el resultado de que, al cabo de unos meses, 12 de las 14 mujeres implicadas se habían contagiado.

Preciado y Montesinos (1992), y el mismo Bayés (1992), indican algunos puntos que sirven para dar una explicación tentativa a este hecho. Por un lado, plantean que los comportamientos de riesgo van seguidos, de forma segura, o casi segura, e inmediata, por una consecuencia placentera intrínseca, a menudo intensa, de corta duración. Las consecuencias nocivas que pueden derivarse de la práctica de los comportamientos de riesgo son vividos sólo como probables y siempre a largo plazo. No existe una cadena de hechos sensibles, como sería una sintomatología creciente en número, que vincule la práctica del comportamiento de riesgo con el momento de aparición del dolor o primeros

signos de la enfermedad. Así por ejemplo, frente a un estado de obesidad, producto de una dieta desbalanceada y alta en grasas, podría influir más el placer asociado al acto de comer, que probables trastornos cardiovasculares futuros.

Por otro lado, los comportamientos de prevención van seguidos de forma segura, o casi segura, e inmediata, por una evitación, aplazamiento o atenuación de la consecuencia placentera. Las consecuencias positivas que pueden derivarse de la práctica de los comportamientos de prevención son vividos sólo como probables y a largo plazo.

En relación a la sexualidad, el orgasmo, la excitación sexual, la eyaculación y otros reforzadores sensoriales asociados a la conducta de riesgo, son muy gratificantes. Por lo tanto, no es de extrañar que la amenaza del SIDA sea insuficiente para cambiar la conducta de riesgo. Por su parte, Magaña y cola.(1992) concluyen que la sola transmisión de información no inducirá, a quienes estén sexualmente activos, a renunciar al sexo, ni motivará a los que usan drogas intravenosas a dejar de usarlas. Es probable que muchas personas elijan la estimulación placentera, cierta, efímera, pero inmediata, proporcionada por los comportamientos de riesgo, a pesar de las terribles consecuencias que en el futuro puedan derivarse de su decisión.

De lo anterior se desprende finalmente, que los conocimientos sobre el SIDA son una condición necesaria pero no suficiente para la adopción de comportamientos preventivos. Los conocimientos implican datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información, concepto; pero también como comprensión y análisis. Sin embargo, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta (CONASIDA, 1990).

Así, una vez incrementado el nivel cognitivo sobre SIDA y sus medidas preventivas, se establece un cimiento adecuado para mejorar actitudes tanto de percepción de riesgo, como eliminación de sanción social y prejuicios hacia el SIDA; disponibilidad a la búsqueda de servicios de información para que, a su vez, haya cambios en el comportamiento sexual, que incluya medidas preventivas (Izazola y cols., 1989). En este sentido, Cáceres y cols. (1992) apuntan que el conocimiento sobre SIDA se asocia a una menor tendencia a discriminar a personas con VIH/SIDA; de igual manera que el aumento en la información sobre prevención puede apoyar a mejorar la actitud hacia el uso de los condones.

Teóricamente, las conductas que llevan a tener contacto con el virus del SIDA son modificables. La posibilidad de cambiar las conductas de riesgo y aumentar las protectoras, es uno de los grandes retos. Sin embargo, para que las campañas educativas en SIDA que buscan la protección, alcancen el éxito, deberán contemplar el lugar que las actitudes y conocimientos tienen frente a la enfermedad. En el entendido de que dependiendo del tipo y nivel de conocimientos que se tengan, estos pueden ser una base positiva o negativa en las actitudes, creencias y prácticas; un conocimiento adecuado en sexualidad y SIDA también puede estimular el autoanálisis y ser parte del elemento motriz para la adopción de medidas preventivas (CONASIDA, 1990).

Teniendo en cuenta lo anterior, además de tener un conocimiento del contexto social y cultural del grupo al que está dirigido y en el cual ocurren los comportamientos, será posible que los programas preventivos logren alcanzar los tres pasos que se consideran importantes en el proceso de cambio: (1) el catalogar a la conducta de riesgo como problemática, las personas deberán ver su propio riesgo de estar infectadas como algo muy real, en este sentido deberán tener un conocimiento de las conductas que llevan a la transmisión de la enfermedad y su propia susceptibilidad al contagio. (2) decidirse a cambiar, en donde es necesario que el sujeto perciba como efectivas para reducir la probabilidad de contraer el virus, la reducción de conductas de riesgo y el

incremento de las de prevención y (3) ejecutar la acción, en donde la persona tiene que desarrollar el concepto de autoeficacia, esto es, deberá sentirse capaz de realizar una acción aún antes de intentarla (Coates, 1992 y Preciado y Montesinos, 1992).

### 1.6 Conclusiones

Con lo expuesto hasta aquí, quedan de manifiesto algunas cuestiones fundamentales en relación al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: la primera, que la enfermedad se ha convertido en una amenaza seria para la humanidad. Actualmente los patrones de comportamiento en cuanto a las transmisiones del virus han tenido cambios, comenzando a afectar a grupos de población en los que originalmente no se presentaron los principales índices de contagio; dentro de estos grupos están, por ejemplo, la población rural y las personas heterosexuales, y en particular las mujeres en donde existe un incremento significativo en el número de infecciones. Esto hace necesario que los programas preventivos se reorienten para poder abarcar a estos grupos de población, si no se quiere entrar en una nueva fase de expansión acelerada de la epidemia.

Para efectos del presente trabajo, es importante resaltar al grupo de población infantil y adolescente como prioritario en la prevención, ya que su atención adecuada puede producir efectos a más largo plazo, al ser orientados antes de que inicien su vida sexual o cuando recién la han iniciado. Para esto son relevantes los estudios ya comentados, realizados con esta población, y algunos más como el de Galbán, Quesada y Cádiz (1989), los cuales apuntan hacia la cada vez más urgente necesidad de crear políticas educativas que permitan la creación de programas de educación sexual y de educación para la salud en las etapas de educación básica y, tanto en los estudiantes como en la

población en general, promover el cambio de actitudes hacia el uso del condón, considerando al condón como parte de la relación o juego sexual y ponderando sus cualidades de protección para sí mismo y para su pareja.

Por consiguiente, cualquier programa nuevo de promoción de la salud para prevenir la infección por VIH para adolescentes debe asegurarse de que ellos presenten, entre otras cosas, niveles razonables de conocimientos y actitudes referidas a la sexualidad que influyen en el comportamiento sexual. En caso de que los niveles sean inadecuados, tal programa deberá ampliar sus objetivos educativos, incluyendo un enfoque integral de la sexualidad.

De tal manera, apoyándose en los datos que estos estudios aportan, es posible considerar al medio escolar como particularmente adecuado para brindar información integral a grandes grupos de adolescentes que constituyen una audiencia cautiva, y sin olvidar que probablemente tal oportunidad no se vuelva a presentar una vez que estos jóvenes han terminado su educación escolar y se exponen, desinformados, a riesgos cada vez mayores.

Como Preciado y Montesinos (1992) comentan, las organizaciones naturales en donde deben de realizarse las campañas de prevención son las escuelas y universidades para jóvenes y los lugares de trabajo para adultos. El hecho de que personas de cualquier edad y sexo pueden ser infectadas, deben ser considerados en los esfuerzos para prevenir la expansión de la epidemia. Es necesario entender también que las campañas deben estar adaptadas a los distintos grupos ya que éstos presentan características de normas grupales diferentes.

Ahora bien, dentro de la población escolar infantil y adolescente, se encuentra el grupo de sujetos que por sus características físicas y/o psíquicas presentan requerimientos especiales de educación. Para este grupo, en relación al SIDA, los trabajos son prácticamente inexistentes. La importancia de iniciarlos, tema del presente trabajo, radica en primera instancia en el hecho de

que independientemente de su discapacidad la gran mayoría accede a la sexualidad y eso los hace, como a cualquiera, sujetos a estar expuestos al contagio por VIH. Pero además, ha existido, en una infinidad de casos, una tendencia a tratar y educar a estos sujetos dentro de su medio socio-cultural, como si su discapacidad los convirtiera en incapacitados para regular y decidir las cuestiones más fundamentales de su vida. Esto ha dado como resultado que se encuentren en condiciones de mayor desinformación respecto a la sexualidad, lo cual los expone a caer más fácilmente en situaciones de riesgo al contagio por VIH. Estos aspectos serán comentados en los siguientes capítulos.

## CAPITULO 2

### EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO

"La calidad de una sociedad y de una civilización se mide por el respeto que manifiesta hacia los más débiles de sus miembros"

#### 2.1 Breve Recorrido Histórico

La atención en México a los sujetos con requerimientos de educación especial, como una preocupación del Estado para brindar oportunidades de integración social a todos aquellos que sufren algún tipo de discapacidad, ha tenido una trayectoria marcada por las circunstancias sociales, culturales y políticas de cada época. Presentar a grandes rasgos su evolución, tiene importancia porque permite conocer las diferentes concepciones con las cuales se ha buscado la educación e integración de estos sujetos; ayudando además a entender el camino que ha recorrido para llegar a su momento actual.

El primer antecedente en México, como en la gran mayoría de los países, se encuentra circunscrito a un trabajo realizado bajo una concepción eminentemente asistencial, en el que grupos civiles, enmarcados dentro de una labor social y altruista, se dedicaron a la atención de grupos de población infantil marginada y/o discapacitada. Así, después de la conquista, aparecieron los primeros establecimientos de caridad planeados por sectores civiles y religiosos que con sus propios recursos buscaban dar atención a los desprotegidos y marginados sociales, abocándose principalmente a los

huérfanos, deficientes mentales, enfermos físicos crónicos e inadaptados sociales; procurando brindarles asistencia médica y alimentaria y en algunos casos algún tipo de instrucción. Estos establecimientos pasaron posteriormente a manos de las misiones religiosas por órdenes del Monarca Español Carlos III, que inició la fundación de la Casa Cuna y el Asilo para Huérfanos (Sevilla, 1989).

Posteriormente, los esfuerzos se dirigieron a lo que podría llamarse los antecesores de los "niños de la calle"; en la Circular 1438 de la Secretaría de Relaciones (agosto, 1834) en un intento por reeducar y evitar la vagancia, se decreta:

"...los vagos, que fueran destinados a casas de corrección, inmediatamente pasarán a aprender oficio al departamento de ocupación...sólo podrán obtener su libertad, acreditando haber aprendido oficio , o tener ocupación para adquirir honestamente medios con que subsistir, especificando el lugar en el que va a residir y a ejercer su profesión...a fin de evitarse se repita la causa que motivó su conducta" (p. 2)

Es hasta 1850, que el presidente de la República José Joaquín Herrera establece un asilo para jóvenes delincuentes a expensas de los fondos municipales (Sevilla, 1989).

Sin embargo, es hasta finales del siglo XIX que el Estado comenzará a sentar las bases para una política educativa en la que se contemple a la Educación Especial y que daría inicio a una real preocupación política y administrativa en los gobiernos posteriores al del presidente Benito Juárez por brindar atención a los sectores que requerían educación y cuidados especiales. Los primeros establecimientos fundados y controlados por el Estado estaban destinados a los inadaptados sociales y a los deficientes sensoriales.

De tal manera, es a partir de 1860 que comienzan a aparecer los primeros indicios de una estructura estatal en relación con la Educación Especial. En 1861 quedan secularizados todos los establecimientos de beneficencia que administraba el clero, mediante el decreto del 2 de febrero promulgado por el presidente Benito Juárez. Ese mismo año, el 15 de abril, también expide una ley en la que manda establecer una escuela de sordomudos en la Ciudad de México (Sevilla, 1989):

"Se establecerá inmediatamente en la capital de la República una escuela de sordomudos que se sujetará al reglamento especial que se forme para ella; y tan luego como las circunstancias lo permitan, se establecerán escuelas de la misma clase, sostenidas por los fondos generales, en los demás puntos del país que se creyera conveniente"(p. 16).

Esta escuela fue inaugurada por Maximiliano de Habsburgo en 1866, durante la intervención francesa. En 1867 terminada la intervención, el presidente Juárez la nacionaliza y establece la Escuela Nacional de Profesores y Profesoras para la Enseñanza de Sordomudos.

En 1870 el filántropo Ignacio Trigueros funda con carácter de institución particular la Escuela de Ciegos; en 1871 esta escuela se convierte en plantel oficial y durante el régimen del presidente Porfirio Díaz se nacionaliza. También durante el porfiriato, en 1890, se realiza un congreso Nacional de Instrucción Pública en donde se concluye entre otras cosas la conveniencia y necesidad de aumentar el número de escuelas destinadas a la enseñanza de alguna profesión u oficio, así como de las que se dedicaban a la educación de los ciegos, sordomudos y delincuentes juveniles.

Sin embargo, aunque a nivel oficial comienzan a fundarse escuelas oficiales, éstas siguen conservando un carácter asistencial. Se buscaba compensar un déficit físico como en el caso de los ciegos, o social como en los menores infractores, a través de una atención que tenía como finalidad

proveerlos de un oficio con el cual pudieran integrarse socialmente. Es hasta principios de este siglo que la atención a los discapacitados comienza a tener connotaciones educativas más específicas. Así, en 1908 se promulga en la Ley de Educación Primaria:

"Artículo 16.- El ejecutivo establecerá escuelas o enseñanzas especiales para los niños cuyo deficiente desarrollo físico, intelectual o moral requiera medios de cultura diversos de los que se prescriben en las escuelas primarias.

La educación que en esas condiciones reciban durará solamente el tiempo indispensable para que se logre normalizar el desarrollo de los alumnos, que deberán ser incorporados tan pronto como sea posible, en los cursos que les corresponden de las escuelas comunes.

Mientras no se establezcan las referidas escuelas y enseñanzas especiales, las deficiencias de desarrollo de que habla este artículo serán causa de excepción, cuando se compruebe debidamente, para eximir a los padres que encargados de los niños, de las penas que los reglamentos señalen por no cumplir el precepto de la educación obligatoria".(p. 7)

Después de 1910 se va desarrollando de manera más constante la atención institucional a las personas con requerimientos de educación especial. En 1915 el Dr. José de Jesús González (Uribe, 1967) influido por la corriente educativa francesa inició la organización de una escuela particular para niños débiles mentales en la ciudad de León Guanajuato. A él se le considera el precursor de la educación de los deficientes mentales por sus múltiples estudios al respecto, que sirvieron de apoyo a los posteriores trabajos y que se encuentran compilados en uno de los libros que mayor renombre le dieron, "Los niños anormales mentales psíquicos", de 1918.

Durante las primeras décadas de este siglo la educación de los discapacitados comienza a tener una fuerte influencia de los avances médicos, lo que provoca que la atención que se brinda a estos sujetos comience a transformarse en un modelo médico-terapéutico como base para brindar una

alternativa educativa. Se pensaba que a partir de poder precisar las alteraciones físicas y del desarrollo de estas personas, en comparación con el desarrollo normal, se podrían instrumentar alternativas educativas con las cuales poder compensarlos.

De tal manera, en 1925 durante el periodo del presidente Plutarco Elías Calles se establece un Departamento de Psico-Pedagogía e Higiene con la finalidad de sentar la base científica para el conocimiento de la población preescolar urbana y las constantes del desarrollo físico y mental de niños mexicanos, para deducir las estrategias de aplicación en el trabajo escolar y la vigilancia de la salud; al frente de este departamento se encontraba el DR. Rafael Santamaría, los objetivos eran (Sevilla, 1989):

1° De previsión social, para estudiar las causas de retardo de los escolares y proponer la manera de remediarlas, y plantear las bases del mejoramiento social de los niños.

2° De orientación profesional, que se ocupará de hacer un análisis de las profesiones y oficios

3° De Escuelas Especiales. Como resultado del conocimiento de las aptitudes de los escolares y de la clasificación de ellos, vendrá la selección de los anormales físicos y mentales. Esta sección se ocupará de establecer y vigilar las escuelas y clases al aire libre para niños débiles y predispuestos, las colonias de vacaciones y las escuelas para niños listados.

Vigilará las escuelas para anormales sensoriales, ciegos y sordomudos, con el fin de que, reorganizada su enseñanza, se logre que todos reciban educación e instrucción y aprendan un oficio apropiado, haciendo para ello aplicables a estos niños las leyes de la instrucción obligatoria. Se procurará la incorporación a la Secretaría de Educación de las Escuelas Especiales existentes para anormales o retrasados.

Establecer escuelas y clases para los anormales mentales, con el fin de que reciban una educación de acuerdo con sus necesidades y adaptada a sus aptitudes".(p. 29)

Con el Dr. Santamaría (Uribe, 1967) se inician las investigaciones concernientes a la clasificación de alumnos mediante el estudio y adaptación de pruebas de inteligencia en las cuales trabajó para elaborar escalas psicométricas que estuvieran al alcance de los maestros. Publicó una adaptación provisional de la escala de Binet-Simon, que junto con la Escala de Lenguaje de A. Descoudres sirvió para realizar una investigación en 1926 sobre las características de 12 887 alumnos.

En 1929, el Departamento de Psico-Pedagogía e Higiene ya había logrado determinar las constantes de desarrollo físico de los niños de clase media y había podido seleccionar y clasificar a los alumnos de la gran mayoría de las escuelas del Distrito Federal; por lo que inicia un estudio antropométrico en los niños de clase popular, de la que concluye que el medio determina una pequeña inferioridad en contra de esos niños y en favor de la clase media.

Como las escalas psicométricas ya estudiadas no proporcionaban información sobre las aptitudes especiales y el tipo mental de los examinados, lo que se consideraba necesario para basar en ellos la educación de los deficientes mentales, se adaptaron las escalas de Vermeulen y Stanford. Para 1931 se adaptaron nuevas escalas individuales, ya que hacía falta un sistema de medición ajeno al uso de la palabra, por ello, después de adaptarlas, se estandarizaron las pruebas de Kohs y Sangren.

En 1935 fue creado el Instituto Médico Pedagógico, mejor conocido como Parque Lira. Al frente se encontraba el DR. Solís Quiroga y agrupaba a dos escuelas; una en la que se atendió aproximadamente a 295 niños en su mayoría deficientes mentales profundos, y la segunda que se denominó Escuela de Recuperación Física. Dicho instituto además de prestar atención a niños con requerimientos especiales, fue un centro de enseñanza especializada que cobró renombre en América Latina, de cualquiera de sus latitudes venían médicos, estudiantes y profesores para tomar los cursos que en él se impartían. Se

convirtió prácticamente en la primera institución de educación especial interesada en prestar diversos servicios relacionados con los problemas que presentaba la niñez, entre los que se encontraban:

- Cursos destinados a formar maestros especialistas en la educación de los niños débiles mentales, ciegos y sordomudos, los cuales fueron el antecedente de la Escuela Normal de Especialización.

- Clínica para el servicio público, en particular para las escuelas primarias, con el fin de atender a los niños que padecían trastornos emocionales y problemas de bajo rendimiento escolar y reprobación.

- Centro de orientación y consulta de médicos especialistas en estos problemas.

- Centro de prácticas de trabajadores sociales psiquiátricos.

- Clínica de conducta destinada a los alumnos de las escuelas primarias y al público en general.

- Centro de salud para los padres, maestros y alumnos.

- Centro de consulta eugénica destinada a la investigación de los problemas de la herencia.

En 1936 se crea el Instituto Nacional de Psicopedagogía y en 1937 comienza a funcionar la Clínica de la Conducta y Ortografía. Durante casi 20 años funcionan solamente estas instituciones de carácter oficial en el país (Uribe, 1967).

Conforme el Estado va asumiendo la responsabilidad de estructurar un sistema oficial para coordinar la educación especial, también va formulando la política educativa que le permita regular este ramo de la educación; con lo que además se generan propuestas cada vez más apegadas a una atención pedagógica que posibilite que las personas con discapacidad puedan acceder a una alternativa educativa como el grueso de la población. Por lo tanto a finales de 1941 el ministro de educación envía a las cámaras legislativas una iniciativa para reformular la Ley Orgánica de la Educación Pública, con la intención de crear una Escuela Normal para formar Maestros Especialistas en la atención de

niños deficientes mentales. La iniciativa fue aprobada y las modificaciones aparecen en la Ley Orgánica de la Educación Pública del 23 de enero de 1942.

Como consecuencia, en junio de 1943 se inaugura la Escuela Normal de Especialización con la carrera de Maestros Especialistas en la Educación de Anormales Mentales y Menores Infractores. Con este hecho la Educación Especial va adquiriendo mayor solidez y para 1955 ya funcionaban las carreras de Maestro Especialista en Educación de Ciegos, Maestro Especialista en Educación y Cuidado de Sordomudos y Especialista en el Cuidado y tratamiento de Niños Lesionados en el Aparato Locomotor.

En 1959 se crea la Oficina de Coordinación de Educación Especial, orientada hacia la detección temprana de los niños deficientes mentales para recibir atención pedagógica; como resultado de este trabajo se crean las Escuelas Primarias de perfeccionamiento. A partir de ese momento se inicia la expansión del sistema tanto en la capital como en el interior del país, ya que se establecen servicios en las principales ciudades de la República (Valdes, 1988). Para 1966 se había logrado la apertura y funcionamiento de 10 escuelas en el D.F., y en los estados de la República existían escuelas en las ciudades de San Luis Potosí, Aguascalientes, Puebla, Mérida, Hermosillo, Monterrey, Tampico, Culiacán, Chihuahua, Colima, Saltillo y Córdoba.

Esta oficina de Coordinación es el antecedente inmediato por consolidar una estructura a nivel nacional que impulsara la atención de los sujetos con necesidades de educación especial, ya que hasta el momento el Estado había impulsado proyectos importantes, pero con alcances locales que no permitían configurar de manera definitiva una política educativa para estos sujetos, a pesar de la promulgación de las diferentes leyes.

A finales de 1970 -el 18 de diciembre-, es cuando se logra consolidar los esfuerzos para concretar y fortalecer un sistema educativo para niños con

necesidades de educación especial. En esta fecha, se ordena por decreto presidencial la creación de la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.). Corresponde a esta Dirección organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación de niños atípicos, y la formación de maestros especialistas. (Sevilla 1989)

En el año de 1973 es derogada la Ley Orgánica de la Educación Pública y en su lugar se da a conocer la Ley Federal de Educación, que en relación a Educación Especial postula:

"Artículo 15.- El sistema educativo nacional comprende los tipos elemental, medio y superior, en sus modalidades escolar y extraescolar. En estos tipos podrán impartirse cursos de actualización y especialización. El sistema educativo nacional comprende, además, la Educación Especial o la de cualquier otro tipo y modalidad que se imparta de acuerdo con las necesidades educativas de la población y las características particulares de los grupos que la integren".(p. 18)

La creación de la Dirección General de Educación Especial no sólo consistió en el establecimiento de una instancia más que buscara organizar actividades en torno a la educación de los discapacitados; en realidad representó un hecho que marcó un antes y un después en la Educación Especial en México al constituirse y un organismo que permita generar a nivel nacional una infraestructura reguladora y propositiva de alternativas educativas para los sujetos con necesidades especiales.

Con la Dirección General de Educación Especial se marca definitivamente un cause educativo a la atención de estos sujetos. Aunque su desarrollo se ha visto influido por modelos médicos y psicológicos, [principalmente en lo referente al diagnóstico y evaluación de la población, en donde las pruebas psicométricas en algunos momentos han llegado a ocupar un lugar importante]; sus propósitos y objetivos, (comentados en un apartado posterior), son

eminentemente educativos. Así, se plantean los objetivos educativos como una manera de integrar a esta población en el contexto de la educación general, y como la vía para proveerlos de los elementos necesarios para su integración social.

De tal manera, las alternativas de atención se van sustentando en postulados teóricos que permiten derivar estrategias pedagógicas y didácticas acordes a las características de los sujetos; se integran la teoría Piagetiana del desarrollo y la concepción constructivista del aprendizaje. Junto con las alternativas educativas, la Dirección General de Educación Especial va desarrollando la infraestructura a nivel nacional que permita dar cobertura a toda la población que así lo requiera. Se establecen Departamentos de Educación Especial en todos los estados de la República, que se encargan de coordinar y administrar los servicios educativos que cada entidad va demandando. Sobre los diversos servicios que se han creado, de acuerdo a cada uno de los grupos que componen esta población, se hablará en un apartado posterior.

Ahora bien, en este momento, como es sabido, todo el sistema educativo en México se encuentra sufriendo importantes cambios tanto a nivel de su estructura organizativa y administrativa, como en las concepciones educativas existentes; estos cambios surgen a partir de las corrientes impulsadas por organismos internacionales como la UNESCO, que buscan elevar la calidad de la educación a nivel mundial. Las nuevas posturas se encuentran orientadas por el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica (1992), documento en el que se plasman las nuevas políticas educativas impulsadas por el Estado. Para Educación Especial, uno de los cambios más importantes se encuentra en la reglamentación que aparece consignada en la recién promulgada Ley General de Educación (1993), a través de su artículo 41:

"Artículo 41.- La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como a aquéllos con aptitudes

sobresalientes. Procurará atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social.

Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva.

Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren a alumnos con necesidades especiales de educación".(p. 6)

Sin embargo, como en toda renovación, los cambios son paulatinos y los objetivos y metas se planean en una perspectiva a mediano y largo plazo. Por lo tanto, aunque para Educación Especial se tienen contemplados cambios fundamentales en su organización y operación, estos cambios recién inician su instrumentación; de tal manera, los servicios continúan, en términos generales, funcionando bajo las propuestas de trabajo que con el paso de los años se han generado en la Dirección General de Educación Especial.

## **2.2 Características Generales de los Sujetos de Atención**

En términos generales se define a los sujetos de Educación Especial como las personas que por sus características físicas, psíquicas y sociales pueden presentar dificultades de diferente naturaleza y grado para progresar en los programas de la escuela regular (D.G.E.E./SEP. 1985).

Esta denominación, como se puede observar, hace referencia en un sentido amplio, a la población probable de ser atendida; y que en sentido estricto se dirige a los sujetos que tienen dificultades para cursar la primaria regular, comprendiendo edades que van de los 4 a los 16 años para quienes cursan los niveles de preescolar y primaria especial, además de los sujetos que asisten a

los centros de intervención temprana que abarca desde los primeros meses hasta los 4 años. Sin embargo, para efectos del trabajo específico con cada uno de los alumnos, existen perfiles que ayudan a determinar el tipo de servicio y atención que requieren, y que se encuentran consignados en cada uno de los manuales de organización elaborados para cada uno de los diferentes servicios.

Así por ejemplo, para los deficientes mentales se establecen criterios que incluyen, entre otros, un CI máximo de 70 y un mínimo de 30 para poder pertenecer al servicio. De igual manera para los sordos existen criterios en función de su nivel de hipoacusia que ayudan a determinar los apoyos que requerirán, ya sea físicos como aparatos auditivos, o pedagógicos como lenguaje manual, que a su vez permita definir el grado y grupo al cual será inscrito.

Ahora bien, junto con estas características que definen a los sujetos de atención y que son establecidas por la Institución, existen otras que también conforman a esta población y que se pueden observar en la práctica cotidiana de la labor educativa. Un alto porcentaje de la población que asiste a Educación Especial pertenece a un nivel socio-económico bajo, de hecho la gran mayoría de los servicios se encuentra establecido en las colonias populares y marginales. Esto hace que a su vez el nivel socio-cultural con el que cuentan también sea bajo, así como el nivel de estimulación socio-ambiental con el cual se han desarrollado.

Muchos de los sujetos que asisten a solicitar el servicio únicamente han recibido algún tipo de atención médico-terapéutica en relación con la discapacidad, pero prácticamente ninguna estimulación en lo referente a los aspectos educativos, de socialización y/o integración a su medio. Para estos sujetos, su ingreso a las escuelas de educación especial es prácticamente la primera experiencia de socialización fuera del grupo familiar. Esto debido principalmente a que dados los bajos niveles educativos de los padres o tutores, aunado a las reacciones psicológicas que genera en ellos el tener un hijo con

alguna discapacidad (las cuales fluctúan entre la sobre protección y el rechazo), no permite que sean integrados a su comunidad de manera adaptativa.

Así, es frecuente que en estos casos se presenten actitudes de inhibición y retraimiento, dificultando los procesos de intergración al medio escolar, lo cual también repercute en los progresos académicos. De tal manera, es necesario durante el primer período de su ingreso a la escuela, trabajar de manera más específica, además de las cuestiones relativas a los contenidos escolares, aspectos relativos a la socialización e integración.

### **2.3 Objetivos y Tipos de Servicio**

Los principios y fines generales de Educación Especial no difieren de los de la escuela regular, siendo la naturaleza y grado de los problemas del alumno, las variables que determinan sus objetivos específicos y programas adicionales o complementarios que son aplicables con carácter transitorio o permanente en instituciones educativas especializadas o en las mismas escuelas regulares (DGEE/SEP, 1985).

Los fines generales de Educación Especial se encuentran sustentados en el artículo 3° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Es por ello que se fundamenta en una filosofía humanista, que parte de la premisa que en todo individuo hay un ser humano, cualesquiera que sean sus limitaciones. A partir de esta premisa es que postula sus principios básicos de educación (DGEE/SEP, 1985):

1.- Basarse más en las posibilidades del alumno que en sus limitaciones. En función de este principio es que se elaboran programas amplios

que respondan a los potenciales e intereses del alumno, para que su propia experiencia sea la fuente de su aprendizaje.

2.- Integración. Este principio tiene una connotación más específicamente educativa y en él se comprueba que no todos los alumnos pueden ser integrados en el aula regular. Existen algunos que presentan serias perturbaciones emocionales con conductas hiperactivas o antisociales, otros con disfunciones corporales, sensoriales o mentales y de salud física graves. Para cada uno se debe elegir el medio que ofrezca los estímulos más apropiados para su desarrollo y educación

Según el grado y la naturaleza de las limitaciones, existen diversos recursos, que corresponden a una relación inversa entre las limitaciones y la integración; a menor limitación mayor integración. De acuerdo con este principio la integración puede realizarse en diversos niveles:

- En el aula regular, con ayuda de un maestro auxiliar que preste su asistencia directa, o colabore con el maestro transmitiéndole estrategias y técnicas adicionales.

- En el aula regular, con asistencia pedagógica o terapéutica en turnos opuestos.

- Organizar pequeños grupos para reconstruir aprendizajes a fin de reintegrarlos a la escuela regular.

- En clases especiales en la escuela regular.

- En escuelas especiales.

- En el hogar, en hospitales, etc.

3.- Individualización. Con este principio se busca proporcionar a cada sujeto la calidad y cantidad de conocimientos de acuerdo a sus posibilidades y ritmo de aprendizaje; sin que esto signifique necesariamente que el proceso de enseñanza aprendizaje se realice en forma particularizada. Más bien, la labor del maestro debe estar encaminada a coordinar la individualización y socialización, para organizar el trabajo en el aula que repercuta en beneficio de la adaptación del niño.

4.- Normalización. Es un principio fundamental, ya que conlleva la búsqueda de condiciones de vida normal, que favorezcan la adaptación del sujeto al medio social. De tal manera, es elemental establecer una estrecha interrelación entre familia y escuela a fin de coordinar la implementación de acciones y estrategias tendientes a la normalización del alumno; además de tener en consideración otras acciones básicas como:

- Fomentar el respeto que merece cada persona, brindándoles el máximo de posibilidades para su realización y para el reconocimiento de sus éxitos por pequeños que sean.

- Propiciar las actitudes favorables que deben observar la escuela y la familia para satisfacer las necesidades de pertenencia y seguridad del niño.

- Coordinar acciones con Secretarías de Estado y medios de comunicación, para una proyección más amplia de este principio.

A partir de estos principios, la Educación Especial se concibe como un conjunto orgánico y articulado de estructuras, programas y procedimientos que establecen las dependencias y entidades del sector público entre sí, y con las organizaciones de los diversos grupos sociales y privados a fin de efectuar acciones de común acuerdo, destinadas a la atención de personas con necesidades de educación especial. Se apoya en una estructura institucional que

en distintos niveles de operación define responsabilidades para cada uno de los participantes, plateándose como objetivos de la institución (Valdes, 1988):

- Orientar la acción educativa hacia el desarrollo de niños y jóvenes con requerimientos de educación especial.

- Ampliar el acceso a las oportunidades educativas, laborales y culturales para todos los niños y jóvenes con requerimientos de educación especial.

Los servicios que ofrece se clasifican en dos campos de acción según las necesidades de atención que requieran los alumnos: Educación Especial Indispensable y Educación Especial Complementaria.

El primer campo abarca a personas cuya necesidad de educación es indispensable para su integración y normalización. Las áreas que comprende son Deficiencia Mental, Trastornos de Audición y Lenguaje, Trastornos Neuromotores y Trastornos Visuales. La atención se brinda en Centros de Intervención Temprana, Escuelas y Centros de Capacitación de Educación Especial.

El segundo grupo es la educación complementaria al proceso educativo regular. Este grupo comprende las áreas de problemas de aprendizaje, lenguaje y conducta, así como la atención a niños con capacidades y aptitudes sobresalientes. La atención se brinda en Unidades de Grupos Integrados, Centros Psicopedagógicos y en grupos de escuela del sistema regular.

A fin de determinar a qué ámbito de acción se canalizará a los alumnos para su atención, se realiza un diagnóstico interdisciplinario en Centros de Orientación, Evaluación y Canalización, que en términos generales comprende una evaluación psicológica, una evaluación pedagógica, un estudio de trabajo social y para algunos casos un examen médico.

Las áreas de atención para personas cuya necesidad de Educación Especial es Indispensable son:

#### Area de Deficiencia Mental

Atiende a las personas que presentan una disminución significativa y permanente en el proceso cognitivo, acompañado de alteraciones de la conducta adaptativa. El proceso educativo se inicia en el nivel de intervención temprana, que tiene como finalidad prevenir un problema específico o tratarlo para evitar un daño potencial, o buscar la habilitación del sujeto ya afectado por el daño. La intervención temprana se inicia desde los cuarenta días y continúa hasta los cuatro años y medio; se brinda en los Centros de Intervención Temprana, en donde se les proporciona atención psicopedagógica a los niños de alto riesgo o que presentan retraso en su desarrollo durante la primera infancia.

Al finalizar la intervención temprana los niños que así lo requieran continúan asistiendo a las escuelas de educación especial, cuyo objetivo es proporcionar atención psicopedagógica especializada a niños y jóvenes que no logran desarrollar óptimamente sus posibilidades en el sistema educativo regular a efecto de propiciar su integración y participación en el medio social.

En estas escuelas se atienden a los alumnos en horarios similares a los de la escuela regular, mediante técnicas específicas, en grupos reducidos según el grado de la deficiencia mental y la edad cronológica.

Cumplido este proceso escolar, los alumnos son canalizados a los Centros de Capacitación donde se les instruye en los diferentes talleres que los conforman, para que reciban instrucción laboral y se pueda favorecer su integración al medio productivo, logrando de ese modo realizar una vida lo más normal posible.

#### Area de Trastornos de Audición y Lenguaje

Esta área abarca la atención de niños sordos e hipoacúsicos que por su afección ven limitada su integración en el ámbito social. Para su atención se cuenta con programas de intervención temprana, preescolar, primaria y secundaria. El servicio se brinda en centros específicos para dotar de los instrumentos de comunicación indispensables para su adaptación a la sociedad de oyentes. El objetivo final en esta área es la integración de estos sujetos a la escuela regular y en la actividad productiva.

#### Area de trastornos Visuales

Esta área abarca aquellas personas que poseen una disminución visual tal, que les es difícil o imposible aprender con las técnicas pedagógicas que se utilizan en la escuela común. Se aplican programas generales que resultan de adaptar, en lo que se refiere a recursos didácticos, de experimentación y objetivos, los programas oficiales de jardines de niños y escuela primaria.

El objetivo de estos programas es formar un sujeto autosuficiente, que compense hasta donde sea posible sus limitaciones físicas para poder integrarse a la sociedad normovisual de la que forma parte. También se aplican programas especiales referentes a cada aspecto del desarrollo individual, de acuerdo con las necesidades de cada alumno. Estos programas se acompañan de una preparación profesional o capacitación laboral que garantice la independencia económica de las personas.

### Area de Trastornos Neuromotores

Esta área atiende a niños y jóvenes con alteraciones del sistema nervioso central, que comprometen de manera general o específica la motricidad voluntaria, y dificultan sus actividades básicas cotidianas, el aprendizaje escolar y su adaptación social. De acuerdo con las características funcionales de las alteraciones motoras, se requiere una educación específica que permita desarrollar los procesos de aprendizaje y rehabilitar al niño para su integración escolar, su adaptación social y más tarde la actividad productiva.

Para alcanzar estos objetivos los planes y programas se desenvuelven en los niveles educativos de intervención temprana, que abarca desde la detección o aparición de la alteración y el ingreso al jardín de niños, nivel de educación preescolar, nivel de educación primaria y nivel de capacitación laboral.

Los programas para los periodos de preescolar y primaria se aplican a niños con inteligencia normal. Los que presentan deficiencia mental asociada se integran a grupos especiales en la misma institución. Los que presentan problemas visuales, auditivos o de lenguaje, requerirán de programas específicos en estas áreas.

Las áreas que se ofrecen a las personas que requieren Educación Especial Complementaria son:

### Area de Problemas de Aprendizaje

Para esta área se distinguen dos tipos generales de problemas de aprendizaje. Aquellos que aparecen en la propia escuela regular como resultado de las aplicaciones de métodos inadecuados o de procedimientos convencionales del cálculo o lecto-escritura que pueden no corresponder al nivel de las nociones básicas que los alumnos han adquirido en su experiencia cotidiana; y

aquellos que se originan en alteraciones orgánicas y/o del desarrollo que intervienen en los procesos de aprendizaje.

La experiencia en esta área indica que, cuando se trata de la adquisición inicial del cálculo elemental y la lecto-escritura, las dificultades son de ambos tipos, y cuando se trata de conocimientos más avanzados, tanto del cálculo como de la lecto-escritura, los problemas de aprendizaje pertenecen en la mayoría de los casos al segundo tipo.

Esto permite que se distinga a los niños con problemas en el primer año de la escuela regular, de aquellos que presentan dificultades entre segundo y sexto año. Los primeros son atendidos en los Grupos integrados, donde se brinda atención psicopedagógica a los sujetos que habiendo tenido experiencia escolar en el primer grado de primaria regular, no han accedido a la lecto-escritura y/o el cálculo, debido a problemas en el desarrollo de los procesos educativos básicos. La finalidad es que una vez que se logren superar las dificultades en estos aspectos se puedan integrar a la escuela regular.

El servicio se brinda dentro de las escuelas primarias, donde grupos de 20 alumnos a cargo de un maestro asesorado en una metodología especial, facilita al niño el acceso a la lecto-escritura y al cálculo.

Los niños que presentan dificultades de aprendizaje entre segundo y sexto grado, ingresan a los Centros Psicopedagógicos en donde se les proporciona atención a los alumnos que presentan dificultades en los procesos de aprendizaje y/o en el desarrollo del lenguaje, con el fin de optimizar su proceso educativo. Este servicio se brinda en el turno contrario al que asiste el alumno a su escuela.

Toda esta gama de servicios se operacionaliza con la participación de profesionistas de diversas disciplinas, tales como Maestros Especialistas, principal eje en la atención y conducción de los sujetos que requieren de

educación especial; y que se apoyan en las aportaciones de Psicólogos, Trabajadores Sociales, Médicos de diferentes especialidades, Pedagogos y otros profesionales interesados en ramas afines a la pedagogía especial.

## **2.4 Conclusiones**

Con lo expuesto en el presente capítulo se puede apreciar que el desarrollo de la Educación Especial en México como una estructura generadora de una política educativa a nivel nacional es relativamente corto, ya que a pesar de que su recorrido ha sido largo, así como variadas las posturas con las cuales se ha tratado de dar atención a este tipo de población, es hasta 1970, con la conformación de la Dirección General de Educación Especial, que realmente logra adquirir un carácter eminentemente educativo.

Esto permite entender que si bien aún existe una gama infinita de necesidades educativas que son necesarias de atender para poder dar una alternativa educativa más integral a los sujetos con requerimientos de educación especial (de hecho el presente trabajo busca apuntar a uno de estos aspectos que se considera importantes de tomar en consideración), también es posible reconocer los avances que en sus breves 25 años de vida ha tenido la Dirección General de Educación Especial, ya que su crecimiento se ve reflejado no sólo en el número de servicios, sino también en la diversidad de los mismos, que busca atender a una también diversa gama de requerimientos en este tipo de población. Así por ejemplo, actualmente existen en el D.F. un total de 279 servicios en los que se atiende a 23 870 alumnos en 1 367 grupos, a través de 1 052 maestros, 275 directores y 964 especialistas entre psicólogos, trabajadores sociales, médicos y terapeutas de lenguaje (D.G.E.E., 1994).

Es importante mencionar, que además de las estrategias pedagógicas generadas para cada uno de los servicios, se han elaborado varios proyectos que buscan apoyar de manera directa e indirecta a los maestros y alumnos para el

logro de los objetivos educativos que se plantean. Por ejemplo, se han desarrollado varias propuestas de trabajo con padres, que intentan incidir en las características y condiciones de las relaciones familiares que como ya se mencionó, en algunos casos pueden obstaculizar el adecuado desempeño escolar de los sujetos, y que se espera puedan ayudar a una mejor integración social y familiar de los mismos.

Otro de estos proyectos, y sobre el cual se apoya básicamente el presente trabajo, está relacionado con el trabajo del área de educación sexual, que durante más de 10 años ha buscado apoyar en este aspecto, ya que además de la importancia que por sí sola tiene la sexualidad en la educación y formación de cualquier sujeto, en este tipo de población la educación sexual adquiere ciertas particularidades, sobre las cuales se integra el siguiente capítulo.

## CAPITULO 3

### EDUCACION SEXUAL EN EDUCACION ESPECIAL

"siempre ha sido irónico que las familias  
existan a causa del sexo, y que es el sexo  
el tema más difícil de discutir"

- Ang Lee -

#### 3.1 Consideraciones Generales

La sexualidad es una faceta fundamental del ser humano al formar parte nodular en la conformación del sujeto; ya que involucra espectros biológicos, culturales, de aprendizaje, psicológicos, etc. En sentido estricto la sexualidad se inicia con la vida y termina con la muerte de cada sujeto. Esto significa que desde el momento mismo del nacimiento el nuevo ser posee, además de su sexo, de sus órganos sexuales, un potencial psicológico y social marcado por el contexto en el que nace, que se desarrollará y que aprenderá a manejar y expresar. Esto en el entendido de que, la vida sexual del individuo se aprecia más por el resultado de su comportamiento, por lo que hace y dice, por lo que actúa y expresa, que por sus órganos sexuales que lo diferencian anatómicamente y fisiológicamente. La sexualidad aparece en cada momento de la vida, porque involucra, comprende, le da sentido, valor, unidad e integración a la personalidad de cada sujeto (CONAPO, 1986).

Así, en términos generales, la sexualidad se puede considerar como la modalidad global de ser persona en la amplia gama de relaciones que se establecen con los otros, y por lo tanto, empieza con la vida y se va modelando y desenvolviendo a lo largo de toda ella. Incluye el amor, la afectividad en todas sus manifestaciones, la corporiedad, la búsqueda de placer; aspectos fundamentales que mueven a establecer las relaciones con los otros (Bravo, 1993).

Ahora bien, abordar el tema de la sexualidad es penetrar en una controversia de conceptos, actitudes y expectativas en donde se relacionan factores sociales, culturales, biológicos, etc.; esto principalmente cuando de sexualidad y educación se trata.

Hablar de educación sexual, invariablemente provoca fuertes polémicas en relación a qué, cuándo, a quién y en dónde enseñar aspectos de sexualidad. La posibilidad de que se imparta una educación sexual fuera del hogar representa para muchas personas una amenaza a las estructuras morales y éticas que norman la vida de los individuos. Generalmente aparece una fuerte carga emocional provocada por mitos y tabúes que social e históricamente han determinado que la sexualidad se encuentre envuelta en gruesos preceptos de "ética, pecado y moralidad" (Alvarez Gayou, 1984).

Pero para hablar de educación sexual es necesario distinguir dos niveles, la informal y la formal. La educación informal es aquella que se da de manera natural en el desarrollo y formación del individuo dentro de su medio social. La primera instancia en la que se da esta forma de educación es la familia y comprende básicamente la transmisión de los valores y normas que rigen el contexto social en el que cada sujeto se desenvuelve. Esta forma de educación se encuentra permeada e influida por otras instancias como son los medios de comunicación, la religión, el momento histórico social en el que se da y la cultura en general. Del interjuego de todos estos factores es de donde pueden surgir los mitos y tabúes a los que líneas arriba se hacía referencia, y que es

necesario tener presentes, ya que su influencia es importante en la formación sexual de cada individuo.

Por su parte, la educación formal es aquella que con una clara intención formativa y sustentada en una pedagogía, metodologías y filosofía específicas busca transmitir un saber científico que permita al individuo desarrollarse de manera plena dentro de su contexto social. Este tipo de educación recae general y fundamentalmente en la escuela.

De tal manera, por educación formal de la sexualidad se entiende el proceso intencional metodológico y funcional para que en acciones educativas se realicen, se estudien, analicen y manejen los temas relacionados con la sexualidad, con el propósito de lograr una actitud consciente hacia el cambio de conducta sexual que lleve a la autodeterminación libre e informada de todo aquello en que esté presente toda expresión tanto en lo personal como en lo social (CONAPO, 1986).

### **3.2 Breves Antecedentes de la Educación Sexual**

En México los antecedentes institucionales de la educación sexual se encuentran en 1930, cuando por primera vez se intentó incluir en los programas de estudio de la educación primaria algunos temas relacionados con la sexualidad. En esa ocasión una fuerte protesta de padres de familia, que juzgó moralmente improcedente el hecho, dio por terminada la iniciativa (CONAPO, 1986).

Es hasta 1972, que se propone una reforma educativa que introduce en los programas y textos escolares algunos aspectos de educación sexual; además se realizan reformas al artículo cuarto constitucional, que propician la creación de la Ley General de Población y el Consejo Nacional de Población (CONAPO),

con el que surgen las políticas nacionales para el Programa Nacional de Educación Sexual (DGEE/SEP, 1984).

El objetivo primordial de las políticas y programas emanados por CONAPO eran, en principio, influir en la tasa de crecimiento demográfico del país. Aunque existía la claridad de que para lograr esto era necesario iniciar una seria campaña de educación sexual a todos los niveles, con la intención de propiciar en todos los sujetos un ejercicio libre y responsable de su sexualidad; el Programa Nacional de Educación Sexual se ve influido y en gran parte circunscrito por lemas como "la familia pequeña vive mejor", y es a partir de esta concepción, de donde surgen todas las campañas sobre el uso de métodos anticonceptivos, prácticas sexuales, salud reproductiva, etc.

De igual manera, los temas de sexualidad incluidos en los programas escolares, se ven influidos por esta política al quedar, de alguna manera, equiparada la educación sexual con la reproducción y/o la planificación familiar. Así, en una revisión de los libros de texto se puede comprobar que lo que por educación sexual se abordaba, eran vagas alusiones a la anatomía de los sexos y una imprecisa e incompleta referencia a la fisiología reproductiva (Lizarraga, 1990).

Actualmente se ha intentado ampliar esta mirada de la educación sexual. En la reciente reformulación de contenidos y materiales educativos realizada por la Secretaría de Educación Pública en 1993, se dio relevancia a los temas relacionados con el cuidado personal y la preservación de la salud. La intención es generar una cultura de la salud, con la cual, los alumnos adquieran conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo humano y su interacción con el medio que les rodea. Al respecto se han incluido temas sobre alimentación, higiene, riesgos sobre adicciones y procesos y efectos de la maduración sexual (Planes y Programas de Estudio de la Educación Básica, 1993).

Paralelamente a estas modificaciones en los programas escolares, y con la intención de que el maestro pueda abordar estos temas en el trabajo cotidiano, se han elaborado materiales de apoyo como la Guía de la Salud (SEP, 1992), Guía Básica de Educación para la Vida Familiar (CONAPO/SEP, 1990) y Guía Básica de Educación Sexual para el Maestro de Secundaria (CONAPO/SEP, 1990).

Aunque estas acciones buscan una manera diferente y más amplia de abordar las cuestiones de la sexualidad dentro del marco educativo, los avances que en la práctica se han encontrado no son tan significativos; generalmente los temas siguen circunscritos a los aspectos anatómo-fisiológicos relacionados con la reproducción, existiendo pocas posibilidades de que los temas sean trabajados a partir de una reflexión seria sobre las variadas implicaciones que la sexualidad tiene para cada sujeto. A esto contribuye de manera importante el hecho de que en la curricula de las escuelas de formación para maestros, y prácticamente en la de cualquier especialista, no exista una materia de sexología o educación de la sexualidad, que provea de los elementos necesarios para poder manejar el tema de manera objetiva y alejada de prejuicios y cargas valorativas o morales (Delfin, 1988).

Específicamente en el plano de la educación sexual a personas con requerimientos de educación especial, los trabajos datan del año de 1982 cuando en la Dirección General de Educación Especial se crea el Área de Educación Sexual, constituida a partir de Programa Nacional de Educación Sexual desarrollado por CONAPO entre 1976 y 1982. En ese momento la política general de CONAPO era crear equipos de trabajo de educación sexual al interior de cada nivel del sistema de educación básica; para que éstos a su vez construyeran un modelo de educación sexual que contemplara tanto los objetivos de las diferentes instituciones como las características y necesidades de la población atendida (DGEE/SEP, 1992).

Para el equipo que se conformó en Educación Especial se plantearon dos propósitos fundamentales; uno era responder a la política demográfica que el gobierno impulsaba y el otro atender la problemática en materia de educación sexual que el maestro enfrentaba en el trabajo cotidiano. En relación al primero, se buscaba contribuir con los elementos que facilitaran el desarrollo de una adecuada cultura poblacional que contribuyera a la formación de una actitud responsable, crítica y participativa ante los problemas relacionados con la población, el ejercicio responsable de la sexualidad y en especial los aspectos relacionados con la capacidad reproductiva.

El segundo aspecto, tal vez el más importante, el que mayor demanda tenía y que hasta el momento sirve de guía a las acciones de trabajo en esta Área, se refiere a la implementación de las estrategias que posibiliten la institucionalización de la educación sexual, es decir, su integración al trabajo diario del docente de una forma que sea congruente con los fines y objetivos de la Dirección General de Educación Especial y con las estrategias pedagógicas propuestas para lograrlo. Esto, como una manera de responder a una problemática que por las características de la población que se atiende, presenta ciertas particularidades.

En los diferentes servicios que dependen de Educación Especial se han manifestado serias inquietudes con respecto al manejo del comportamiento socio-sexual de los alumnos dentro del aula. Los reportes del personal en cuanto a las conductas sexuales de los alumnos tales como masturbación, conductas "homosexuales", embarazos no deseados, exhibicionismo, etc. y la preocupación de los padres de familia en relación a la formación de pareja de sus hijos, la posibilidad de esterilización, la presunta vulnerabilidad de las personas con deficiencia mental frente al abuso sexual, etc., presentan un panorama problemático cuyas alternativas de solución es necesario medir con especial cuidado para no atentar contra la integridad de los alumnos.

Como ya se mencionó, tratar temas de educación sexual fuera del contexto familiar, generalmente propicia múltiples respuestas marcadas por las cargas valorativas y morales de todos aquellos que se ven involucrados. Esto adquiere particular significado cuando de la educación sexual de las personas con necesidades especiales se trata. Muchos educadores y padres de personas con requerimientos especiales, no acaban de aceptar la sexualidad de sus educandos. En no pocas ocasiones la sexualidad queda impregnada del propio concepto de deficiente o limitado; peligroso, torpe, carente de sensibilidad, incapaz de ser responsable, susceptible de ser engañado por cualquiera. Si la mayoría de las veces, la sexualidad se circunscribe a la consideración de un "instinto" que hay que aprender a controlar para no caer en el libertinaje, la ansiedad se incrementa cuando se abre la posibilidad de admitir que las personas con requerimientos especiales pueden tener derecho a esa expresión. Los conocimientos en materia de educación sexual han experimentado notables avances; sin embargo, la no transmisión y el ocultamiento de los hechos sexuales en particular a los niños y jóvenes, sigue siendo un hecho cotidiano. En el caso de las personas con necesidades especiales la situación se torna más precaria (García, 1993).

Frente a las personas con algún tipo de limitación física y/o psicológica, se suele adoptar la postura de creerlos seres inocentes, niños eternos por cuyas mentes jamás cruzarían pensamientos relacionados con la sexualidad. El que algunos de estos sujetos se comporten como niños se debe a que son tratados como tales, no se les permite crecer, desarrollarse, madurar, independizarse, tomar decisiones, ser autónomos, ni responsabilizarse de sí mismos, ya que esto genera la idea de que serían más difíciles de controlar. Aunado a esto tiende a creerse que quien tiene un padecimiento físico y/o mental se convierte ipso facto en un impedido sexual y si llega a manifestar algo de esta área de inmediato se le considera como un "degenerado", provocando gran angustia y temor entre quienes le rodean (Delfín, 1988).

De esta forma, y bajo el pretexto de no tener necesidades, o si las tienen tendrán que olvidarlas, algunas familias han tratado de hacer a un lado el tema, debido a temores infundados, derivados de un absoluto desconocimiento sobre la materia y lo que es más grave, en muchos casos, este comportamiento ha llegado a influir en el propio afectado; asumiendo plenamente el mensaje transmitido por la familia, sin intentar replantearse nuevas opciones de vida (Alonso García, 1993).

A partir de lo anterior, resalta la necesidad de que la educación sexual quede integrada en los programas de educación general, que van a hacer posible la integración de los sujetos en la sociedad, con la pretensión de que lleven una vida lo más normal posible. El principio de normalidad implica que se debe acabar con todo discurso o práctica acerca de la protección. Las personas con necesidades especiales tienen que aprender a ser responsables de su comportamiento y a tomar decisiones, en la medida de sus posibilidades, evitando su infantilización e inmadurez. Este principio no disminuye la responsabilidad que tiene la sociedad para facilitarle todos los recursos sociales que necesita para que su discapacidad no le impida actuar normalmente (Fernández de Quero, 1993).

Por lo tanto, es necesario hablar de la sexualidad de los sujetos con necesidades especiales. Estas personas, son capaces de sentir, comunicarse y amar. De disfrutar de las sensaciones de su cuerpo y de las caricias de sus manos. También de y con las del otro. Tienen derecho, como cualquier persona, a vivir, expresar y disfrutar de su sexualidad. Negarlo, es un hecho injusto porque menoscaba su propia condición de ser humano y afecta negativamente a sus relaciones interpersonales (García, 1993).

### **3.3 Objetivos y Fundamentos de la Educación Sexual en Educación Especial**

El reconocimiento de la sexualidad de las personas con requerimientos de educación especial, como en la de cualquiera, abarca las tres dimensiones que conforman al ser humano: biológica, psicológica y social.

Tal reconocimiento debe empezar por un cambio de actitud de los especialistas que los atienden y de su núcleo familiar, de tal forma que se les proporcionen elementos y herramientas sociales que en el proceso de normalización e integración les permitirá desenvolverse adecuadamente y sin desventajas en el medio cultural en el que actúan.

Para contribuir en este aspecto, el área de Educación Sexual de la Dirección general de Educación Especial, ha buscado de manera permanente, proveer al maestro de los elementos necesarios que le permitan trabajar e incluir dentro de su práctica, los aspectos relativos a la sexualidad. Esta área se constituyó fundamentalmente con el propósito de dar una respuesta sistemática a la demanda urgente de apoyo técnico del personal docente, frente a la problemática relacionada con las manifestaciones de la sexualidad que diariamente presentan los alumnos en los servicios de educación especial.

Tal problemática se relaciona sobre todo con manifestaciones de conductas sociales como masturbación frecuente de los alumnos en público, una fuerte inquietud por ver y tocar los propios genitales o los de otros compañeros, intentos de relaciones coitales, conductas consideradas como homosexuales o amaneradas, violaciones o abusos sexuales hacia alumnos de ambos sexos, embarazos no deseados, intentos de establecer relaciones de noviazgo por parte de los alumnos así como inquietudes respecto al matrimonio y la procreación, etc.

Generalmente se coloca al alumno sorprendido en alguna de estas conductas, como sujeto indeseable, no merecedor de estar inscrito en escuela alguna; se le aísla del contexto social al ser catalogado como "peligroso" impidiendo el proceso adecuado de socialización, y en ocasiones, se elige drásticamente la alternativa de la esterilización con la idea fantaseosa, surgida de la ignorancia, de que acabar con la posibilidad de reproducción se extermina el impulso sexual (D.G.E.E./SEP, 1984).

Estas situaciones son vividas por padres de familia y maestros con sorpresa y desconcierto, y las más de las veces, vistos como una patología agregada a las características de los alumnos de educación especial. Esto genera alteraciones negativas tanto en la dinámica del aula-taller-escuela, como en las relaciones familia-escuela y se convierte en un obstáculo importante que dificulta el aprendizaje de los alumnos y de sus posibilidades de integración al medio escolar, familiar y comunitario en su sentido más amplio, objetivo último de Educación Especial. Se ignora, que en rigor se trata de inquietudes, intereses y manifestaciones de la sexualidad propios de los alumnos de acuerdo a su edad y con las condiciones limitantes en que éstos viven y se desarrollan. Su ámbito está casi siempre limitado al ambiente familiar y a la escuela; generalmente los adultos, padres y maestros ejercen sobre ellos una vigilancia casi constante por temor a que manifiesten su sexualidad fuera de lo convencionalmente admitido como deficientes mentales ó con dificultades de audición, de lenguaje, visuales, etc. (D.G.E.E., 1993).

Al plantear demandas para la solución de los "problemas sexuales" de los alumnos, maestros y padres de familia se ubican al margen de estas conductas como simples expectadores. Sin embargo, no es necesario hacer un profundo análisis de la situación para comprender que gran parte de los "problemas" son producidos o reforzados por los mismos educadores, al carecer de la formación para enfrentar la sexualidad humana. Es pues, en la formación de los adultos educadores donde se puede encontrar una alternativa para prevenir o solucionar el problema (D.G.E.E./SEP, 1984).

De tal manera, las propuestas que se han implementado en los servicios de educación especial tienen la finalidad de apoyar eficazmente al maestro, tomando en consideración algunos principios básicos:

- Las cuestiones de la sexualidad no son un tema escindido del resto de las actividades de la persona y de la vida. Por lo tanto la educación sexual necesita estar integrada a los programas de educación general que van a hacer posible la integración de los sujetos a la sociedad.

- Los sujetos con requerimientos de educación especial comparten con el resto de las personas necesidades e intereses en lo que respecta a su vida sexual y afectiva. Por lo cual, no es justificable segregarlos o considerarlos un grupo aparte en estos aspectos.

- Las personas con requerimientos de educación especial tienen derecho a una educación que les permita desarrollar sus capacidades sexuales y afectivas, y aprender las habilidades eróticas que les sirvan para expresarlas de forma integrada, de manera que sean un factor de madurez y bienestar para ellas y para los que les rodean.

Con base en lo anterior, el objetivo primordial del área de educación sexual al apoyar al maestro, es facilitar que mediante su trabajo cotidiano en el aula, propicie en el alumno la autodeterminación responsable de su sexualidad en función de sus posibilidades y contribuya con esto a su integración efectiva al medio en el que se desenvuelve (D.G.E.E., 1993).

Se busca que las acciones que se realicen en esta materia se encuentren enfocadas hacia un tratamiento pedagógico de los "problemas sexuales" presentados por los alumnos en el ámbito escolar y/o familiar. Se trata de ubicar estos problemas como lo que son: dificultades en el proceso de socialización que se manifiestan de esa manera y que deben ser abordados en el aula por el maestro como situaciones que permitan introducir nuevos aprendizajes para el alumno. Al proponer estas situaciones como objetos de

conocimiento se logra un aprendizaje efectivo en este terreno; que a su vez facilita el desarrollo del alumno y su integración al medio (D.G.E.E., 1993).

Para lograr la integración de la educación sexual al medio escolar, se diseñó un Modelo de trabajo que permite rescatar las experiencias que en la vida diaria tienen los alumnos, para ser reorientados con un sentido pedagógico. Pero antes de pasar a los aspectos concretos del Modelo de trabajo, es necesario hacer algunos comentarios sobre la sustentación teórica del mismo.

El trabajo del área de educación sexual, tiene su fundamento en los principios rectores de Educación Especial, postulados teóricos de los que se derivan las estrategias de trabajo para cada una de las áreas de atención, y que se circunciben a los planteamientos emanados de los principios constructivistas de la pedagogía operatoria.

Específicamente para los aspectos relativos a la educación sexual se busca que cada elemento de una plática, de un juego, de una actividad escolar, pueda convertirse en un objeto de conocimiento. Para esto, es importante pensar a la educación sexual no como un tema más que se tiene que impartir en forma tradicional, sino como aquella educación que en forma socializadora, le permite a los alumnos desarrollarse lo más plenamente posible (D.G.E.E./SEP, 1986).

Ahora bien, para integrar la educación sexual en el trabajo diario del aula, es necesario partir de la premisa de que ésta debe pensarse e impartirse sobre la base de una relación respetuosa entre alumno y maestro. Esta forma de relación puede lograrse al reconocer que en el proceso educativo están en juego dos sexualidades y no sólo la del alumno. Es fundamental el respeto mutuo hacia la intimidad y vivencia de la sexualidad de cada uno, de tal forma que el lugar que el maestro tiene frente al alumno no limite sus posibilidades de expresión con represiones irracionales que no le ayudan a desarrollarse.

Fomentando esta forma de relación y considerando que la sexualidad como objeto de conocimiento tiene características tanto de lo científico, (aspectos que son importantes que el alumno maneje como por ejemplo la anatomía y fisiología de la sexualidad), así como de lo social, (que incluye normas, valores, pautas de conducta, etc.), el acceso integral a este objeto de conocimiento se inscribe en las áreas intelectual y moral del desarrollo del sujeto. En este sentido los principios constructivistas de la pedagogía operatoria ofrecen una metodología educativa perfectamente aplicable a la educación sexual. La pedagogía operatoria reconoce que la génesis tanto del conocimiento intelectual como del moral responde a los mismos principios constructivistas y extienden la práctica pedagógica a los aspectos sociales y de convivencia, de la misma forma que a los intelectuales (Moreno, 1983).

De acuerdo a la postura constructivista, el niño reconstruye constantemente la realidad al interactuar con los objetos físicos, sociales y simbólicos que la constituyen. De esta manera la interacción implica una acción ejercida en ambos sentidos cuando el niño se aproxima a estos objetos. Es decir, que el sujeto al ejercer su acción sobre el objeto lo modifica al asimilarlo a las estructuras mentales que ha adquirido a través de la experiencia, efectuando diversas acciones sobre él: comparándolo con otros objetos, uniéndolo a otros iguales, reflexionando, criticando, etc.; al mismo tiempo, a partir de estas acciones del sujeto, el objeto le obliga a modificar sus estructuras mentales para resolver las contradicciones que surgen de la acción del sujeto sobre él y pueda asimilarlo. Estas contradicciones surgen, en un proceso educativo, cuando la idea que el niño ha construido internamente sobre el objeto no corresponde con la realidad; el niño puede percatarse de esas contradicciones a partir de la contrastación empírica de sus hipótesis en el plano físico, o a partir de la contrastación de las opiniones del niño con las del grupo al que pertenece. De aquí que la actitud "problematizadora" del maestro está relacionada con la creación de situaciones-contraste que hagan emerger las contradicciones subyacentes a la interacción del niño con los objetos y ayudarlo a reflexionar sobre ellas para solucionarlas. De esta manera se puede promover

en los alumnos la construcción de sus propios sistemas de pensamiento sin contravenir su desarrollo (Not, 1980).

En el entendido de que la construcción del conocimiento no se efectúa en el vacío, sino en el contexto mismo donde el niño se desarrolla (siendo ese lugar, el que le ofrece diariamente múltiples experiencias y problemas que lo obligan a adaptarse a él), corresponde al maestro retomar y utilizar dichas experiencias para producir situaciones-contraste que posibiliten que la educación sea un facilitador para los procesos de adaptación del niño a su mundo, de manera que pueda moverse de la forma más autónoma posible dentro de él.

Basarse en estos preceptos para realizar un ejercicio pedagógico, puede ser posible si se parte, como se mencionó líneas arriba, de una relación respetuosa en la que el maestro asuma una actitud abierta y respetuosa frente al desarrollo, inquietudes, intereses y experiencias de los alumnos, que les permita acceder al logro de la autonomía, que, en lo que respecta a la educación sexual se concretiza cuando el sujeto es capaz de regular su comportamiento sexual sin necesidad de un control externo representado por sus padres y maestros (D.G.E.E./SEP, 1985).

### **3.4 Modelo de Educación Sexual en Educación Especial**

A partir de los preceptos teóricos comentados en el apartado anterior se diseñó un Modelo de trabajo que permitiera abordar las cuestiones relativas a la sexualidad de los sujetos de Educación Especial. La intención del Modelo es proporcionar una alternativa pedagógica lo suficientemente flexible, que permita al maestro diseñar un plan de trabajo propio en función de las necesidades educativas detectadas en su grupo, de manera que sea él mismo quien establezca los objetivos educativos pertinentes y las actividades escolares

y extraescolares que considere esenciales para cubrir las necesidades más inmediatas de sus alumnos.

El Modelo busca orientar al maestro en relación al cómo estructurar sus actividades educativas diarias a lo largo de un ciclo escolar con el fin de estimular el logro de la autonomía de los alumnos, más que determinar qué es lo que debe hacer para alcanzar una transmisión de contenidos. Esto es de particular importancia porque se pretende romper con los planteamientos propuestos por los programas que generalmente se diseñan para tratar las cuestiones referentes a la educación sexual, en los que a partir de establecer objetivos generales y específicos a alcanzar por los sujetos a los que va dirigido de acuerdo a un temario con contenidos previamente definidos, se espera lograr un adecuado nivel tanto de conocimientos como de conductas y actitudes hacia la sexualidad. El problema con esta forma de abordar la educación sexual radica en que al preconcebir los objetivos y temas a trabajar se dejan fuera las inquietudes e intereses particulares de quienes reciben la información, limitando de esta manera los alcances que el programa puede tener; como ya se comentó, particularmente en relación a la sexualidad, hay que tener en consideración que ésta involucra a la totalidad del sujeto, por lo tanto las cuestiones relativas a la educación de esta área no se pueden limitar a la sola transmisión de contenidos.

De esta manera, aunque en el Modelo de trabajo que se elaboró se considera necesario trabajar temas específicos, (como ya se mencionó, un adecuado nivel de conocimientos puede servir de cimiento para una adecuada actitud y comportamiento frente a la propia sexualidad y a la de los demás), estos temas se plantea que sean tratados sólo a partir de que las inquietudes e intereses de los alumnos así lo requieran. Esto da la posibilidad de que se puedan integrar tres elementos que son básicos en la vivencia de la sexualidad: el pensar, el sentir y el actuar. Al dar cabida a los contenidos temáticos en función de los intereses de los alumnos se puede conjuntar su pensar y sentir,

que redundará de manera más efectiva en como actúan y expresan su sexualidad.

Para poder llevar a cabo esto, se diseñó como parte concreta del Modelo lo que se denominó "La Jornada Escolar", con la finalidad de ofrecer al maestro un método de organización para el desarrollo de las actividades escolares diarias dentro del aula, de tal manera que todas aquellas acciones que se realizan, puedan presentarse en forma clara y siempre con una intención educativa. La Jornada comprende cuatro elementos de organización:

1.- Asamblea.- trabajo grupal para realizarse al inicio del día, en el que a través de una discusión o plática se resume lo realizado el día anterior en sus casas o escuela, con la intención de identificar inquietudes, problemas, opiniones de grupo, mediante la confrontación de experiencias e información de los alumnos. Se espera que con la discusión se generen propuestas de trabajo en relación a un tema y se elabore un plan a seguir durante el día. Con esto se fomenta el planteamiento de hipótesis, la participación grupal y favorece el establecimiento de normas de convivencia.

2.- Experiencia Clave.- se desprende de la asamblea, puede ser la experimentación o investigación de un tema. Se pueden realizar actividades extraescolares para contrastar hipótesis en otros espacios o con otras personas. Se recomienda que el alumno registre esta actividad escribiendo en la forma que pueda. Se busca poner al niño en contacto con los objetos del mundo físico-social y simbólico para contrastar con la realidad sus hipótesis y permitir la aceptación de otras formas de percibir las cosas.

3.- Experiencia de aprendizaje.- es el momento en el que el maestro utiliza las experiencias de la vida cotidiana para introducir el conocimiento científico necesario, a través de juegos o actividades, que permitan la reflexión de los alumnos y así reforzar la Experiencia Clave.

ESTA TESIS NO DEBE  
VALER DE LA BIBLIOTECA

4.- Reunión Final.- es el trabajo grupal para revisar el trabajo de cada día. Se platica de lo que se hará el día siguiente; si se terminó un tema, se evalúa; si no, se continuará el día siguiente. Se busca que con el análisis de los temas trabajados el alumno pueda adquirir normas de convivencia y se contextualice como sujeto dentro del grupo.

A partir de esta forma de organización, que a primera vista puede parecer simple, se pueden trabajar temas, que surgidos de la experiencia cotidiana de los alumnos, los ayuden a ir conociendo y normando socialmente su comportamiento. Así, por ejemplo, de las experiencias comentadas en la Asamblea se pueden desprender temas como el noviazgo, los roles, la paternidad, etc.; que a través de las actividades escolares, planeadas pedagógicamente para propiciar la reflexión y confrontación de diferentes maneras de pensar y actuar, les transmitan tanto conocimientos científicos como referentes de comportamiento social dentro de su grupo.

Esta forma de organización permite trabajar lo que en apartados anteriores ya fue comentado como la "problemática sexual" que se presenta en los alumnos de educación especial y que hace referencia a las expresiones sociales de la sexualidad, como reflejo de sus inquietudes. Por ejemplo, una de estas manifestaciones que con mayor frecuencia se presenta, principalmente en los alumnos con deficiencia mental, es la masturbación en público. Generalmente frente a estas situaciones el alumno es remitido al psicólogo para que se intrumente algún trabajo que suprima la conducta, sin embargo, de esta manera se está excluyendo el aspecto fundamental de la cuestión, que es su componente social. Al aislar al alumno y su conducta en el cubículo del psicólogo, además de censurar implícitamente la conducta, se está limitando la posibilidad de que sea trabajada y analizada justo en el ámbito en el cual se presenta.

El modelo de educación sexual propone que cuando una conducta como ésta se presente, sea retomada por el maestro para ser trabajada a través de La

Jornada Escolar. Esto permitirá que los alumnos , mediante las actividades y la información que se les proporcione en relación al tema, puedan externar y aclarar sus inquietudes al respecto; además de que por medio de la reflexión y confrontación de los diferentes puntos de vista respecto a la conducta en cuestión -que se generen en los momentos de discusión- los alumnos puedan normar su conducta dentro de su ámbito social. Así, al trabajar bajo esta perspectiva (una conducta como la masturbación en público), se espera que tanto el alumno motivo de la conducta, como todos los demás compañeros puedan tener referentes sobre lo que los otros piensan y sienten respecto de esa y otras conductas, lo cual les ayude a manifestar sus conductas de una manera más acorde a su grupo social. Con este trabajo no se busca suprimir la conducta de masturbación, por el contrario, partiendo del respeto al derecho que todo sujeto tiene para acceder a su propia sexualidad, se trata de lograr que esas expresiones estén enmarcadas dentro de los parámetros de lo público lo privado en su medio; contribuyendo con esto a la autonomía del alumno y finalmente a su integración.

Como ya se mencionó, la organización de La Jornada Escolar puede parecer simple a primera vista, pero resulta claro que, para que el maestro pueda trabajar de esta manera, es necesario que cuente con un conocimiento mínimo indispensable sobre la constitución y desarrollo de la sexualidad durante la vida, y maneje elementos básicos del desarrollo cognitivo para comprender la forma en que el niño construye su conocimiento y a partir de allí pueda ubicar su función como facilitador de este proceso. Por lo anterior, para la implementación de un trabajo como éste, se tiene contemplada una estrategia de capacitación a los maestros, que básicamente consiste en dos momentos (D.G.E.E./SEP, 1992):

1.- Curso Inicial; estructurado a partir de cuatro ejes temáticos: Educación, Sexualidad y Desarrollo, Caracterización del Sujeto de Educación Especial según cada atipicidad y el Modelo de Educación Sexual. Con estos ejes, se busca la comprensión de las causas de las manifestaciones de la

sexualidad en las escuelas de educación especial dentro del proceso de desarrollo y aprendizaje del sujeto; así como un análisis de la propuesta de educación sexual y las actividades establecidas en la misma, lo que permita iniciar el trabajo en el aula.

2.- Talleres de Capacitación Continua; en ellos participa el personal que se encuentre aplicando la propuesta en su trabajo diario, se reúnen de 15 a 20 trabajadores de la educación que realizan esta actividad, con una periodicidad mensual, durante una jornada de trabajo, en la que se abordan las situaciones que se les han presentado en el desarrollo de las actividades de la propuesta de educación sexual, y se aprovecha la experiencia de todos para resolverlas; en la segunda parte de la jornada se trabajan los temas importantes para la práctica educativa, que se han detectado en los talleres anteriores y que son los más urgentes para abordar y resolver las dificultades presentes en su trabajo docente.

Esta capacitación busca apoyar al maestro para que con más herramientas pueda acceder al trabajo de la sexualidad dentro del ámbito escolar; además de tratar de acercarse a lo que idealmente algunos autores han denominado como las características que debería tener quien trabaja cuestiones relacionadas con la sexualidad, y que se resumen en los siguientes puntos (Delfin, 1988):

- 1.- Necesita conocer el tema.
- 2.- Debe conocer las características del grupo al que se dirige.
- 3.- Debe haber asumido su propia sexualidad.
- 4.- Debe conocer los diferentes tipos de lenguaje sexual: infantil, técnico, vulgar.
- 5.- Uno de sus objetivos deberá ser el crear personas capaces de controlar su propia sexualidad, enfatizando que no se trata de reprimir, ni producir autoculpa, ni autodesprecio.
- 6.- Debe ser un individuo respetuoso de la sexualidad de los demás.
- 7.- Promotor de la autonomía.

8.- Capaz de empatizar con los otros individuos.

### 3.5 Conclusiones

En el capítulo dos se comentó cómo a partir de su historia, Educación Especial ha ido conformando una estructura que le permita a los sujetos con requerimientos de educación especial, acceder a una calidad de vida en función de los principios de normalización e integración a su medio social. Ahora bien, si suscribimos lo expuesto en el presente capítulo en relación al lugar que la sexualidad tiene en la conformación de cada sujeto, también es necesario avalar la necesidad de que los aspectos relacionados con la educación sexual sean incluidos dentro de los programas educativos para que esta integración y normalización adquiera un sentido más amplio.

Lograr esta inclusión ha requerido para Educación Especial un recorrido de más de 10 años de trabajo, y ha sido en la capacitación y formación de los adultos educadores donde ha concentrado su esfuerzo, en la idea de que por medio de adultos capacitados, respetuosos y flexibles frente a los intereses e inquietudes de sus alumnos, se pueda generar una mejor educación sexual.

Aunado a lo anterior, y partiendo de la necesidad de instrumentar programas preventivos en SIDA para la población escolar, dadas las condiciones actuales de la enfermedad, es que se considera la pertinencia del presente trabajo, que busca iniciar un acercamiento con los maestros y personal de apoyo en relación a este tema, para contribuir con los alcances en materia de educación sexual y de educación en general, en su búsqueda por proveer a los sujetos con necesidades de educación especial de los elementos necesarios para enfrentar sus circunstancias de vida de la mejor manera posible.

## CAPITULO 4

### MANUAL DE SIDA PARA EDUCACION ESPECIAL

#### 4.1 Antecedentes Generales

Retomando el capítulo anterior, la educación sexual ha sido abordada dentro de Educación Especial desde hace varios años. Los cambios y adecuaciones que este trabajo ha sufrido desde sus inicios, con la implementación de cursos de información básica para personal docente, hasta la elaboración y operación del Modelo de trabajo que actualmente está vigente; han estado marcados principalmente por el contacto directo con el personal de los servicios, en quienes recae la práctica educativa y con quienes se puede realizar una valoración de la pertinencia de las propuestas a partir de su realidad educativa cotidiana.

De esta manera, una de las finalidades del Curso Inicial y los talleres de Capacitación Continua, que forman parte de la capacitación del Modelo de educación sexual, es retomar las necesidades del personal, que sirvan de guía para la elaboración de propuestas de trabajo en esta área. Dentro de las sesiones que conforman estas estrategias de trabajo, el SIDA aparece como uno de los temas que más dudas e inquietud provoca, tanto en el plano personal como profesional, es decir, por las implicaciones que para cada uno puede tener, como por la necesidad de encontrar alternativas que permitan abordar el tema en las escuelas.

A partir de estas inquietudes, y frente a la ausencia de trabajos en SIDA con población infantil y adolescente en el sector educativo y específicamente con personas con discapacidad, se pensó en la pertinencia de instrumentar un programa de SIDA específico para Educación Especial, que tuviera una cobertura amplia a todos los maestros y personal de apoyo que labora en los servicios. En un primer momento el programa se enfocó a la elaboración de un "paquete didáctico", conformado por material (libros, artículos, películas, juegos), que sirviera de apoyo para trabajar con los alumnos, además de cuestiones relativas a la sexualidad, los aspectos relacionados con el SIDA.

Sin embargo, se consideró importante iniciar el trabajo con los maestros y equipo de apoyo, ya que al ser ellos los directamente involucrados en trabajar el tema con los alumnos, era necesario que contaran en primera instancia, además de materiales de apoyo, con la información necesaria que permitiera un tratamiento serio y objetivo del tema. Además, aunque en algunos grupos de trabajo se había externado interés y preocupación sobre el tema, la ausencia misma de trabajo al respecto impedía conocer, de manera más específica, el nivel de información y la actitud que frente a la enfermedad existía, que a su vez ayudara de indicador sobre las condiciones en las cuales se podría implementar el programa.

De tal manera, se optó por iniciar el programa, a través de la elaboración de un Manual de Información sobre la enfermedad, dirigido a los maestros y equipo de apoyo, que les permitiera contar con el mínimo de información necesaria al respecto, esperando además, que esto ayudara a modificar posibles actitudes negativas existentes. Sobre la pertinencia y validez de un manual como éste, da cuenta la presente investigación.

#### **4.2 Características Generales del Manual de Información Básica sobre SIDA**

En términos generales la intención de proporcionar al personal docente de Educación Especial un Manual de Información Básica sobre SIDA era:

- Transmitir información indispensable con la que debe contar cualquier sujeto, en el entendido que todos estamos expuestos al contagio de la enfermedad, en tanto no tomemos las medidas pertinentes para evitarlo.

- Ser un manual de apoyo a la práctica del maestro, en el desarrollo de los objetivos planteados para el área de salud, para el momento en el que considere necesario trabajar el tema con sus alumnos y/o padres de familia.

Se realizaron varias versiones preliminares del manual, que fueron revisadas y analizadas conjuntamente por los integrantes del Área de Educación Sexual y representantes de la Dirección Técnica de la Dirección General de Educación Especial, ya que se buscaba que la información que contuviera fuera sencilla, concreta y de fácil lectura. La versión final quedó conformada en varios apartados, en los que se desarrolló la información que se consideró pertinente de acuerdo a la población a la que estaba dirigida. Con esta versión, que aparece en el anexo 1, se inició el trabajo. Los apartados incluyen:

- Presentación: Plantea la importancia de trabajar el tema del SIDA, en función de los principios que han regido los trabajos de educación sexual en Educación Especial, así como de los objetivos educativos planteados por el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica implementado por la Secretaría de Educación Pública.

- Introducción: Se desarrollan algunas consideraciones sobre el punto de sexualidad y educación; así como las características generales de las principales enfermedades de transmisión sexual.

- SIDA: incluye datos generales sobre los antecedentes de la enfermedad, aspectos relevantes sobre qué es el SIDA, formas de contagio, grupos o prácticas de riesgo, evaluación y etapas de la enfermedad.

- Uso correcto del condón: Al ser la vía sexual la principal forma de transmisión del virus y el uso del condón una de las principales formas de prevención, se incluyeron las consideraciones generales para su uso adecuado.

- Derechos Humanos: Se plantean los derechos de las personas que viven con VIH o SIDA.

- Centros de información: Para todos aquellos interesados en recibir algún tipo de atención respecto al SIDA, se incluyeron los datos de algunos centros que prestan este servicio.

- Bibliografía sugerida: Para los interesados en ampliar la información, se presentaron algunas referencias que pueden servir de consulta.

### **4.3 Evaluación del Manual**

Con la elaboración del manual se buscaba proporcionar un nivel de información básica sobre SIDA en el grueso del personal docente de Educación Especial; información que sirviera además, de base para modificar posibles actitudes negativas hacia la enfermedad. Para evaluar si el Manual de Información Básica sobre SIDA lograba cubrir su cometido, se decidió realizar un muestreo con la aplicación del Cuestionario de Actitudes y Conocimientos acerca del SIDA (Díaz-Loving y Villagrán-Vázquez, 1990). El cuestionario fue elaborado y validado por los autores en una investigación realizada en la División de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM.

El cuestionario original consta de varias secciones que buscan investigar diversos aspectos relacionados tanto con la información y actitudes que la población puede tener acerca del SIDA, así como de las prácticas que pueden propiciar la infección de la misma:

A.- Datos Generales: incluye desde datos socio-demográficos como sexo, edad, estado civil, etc., hasta religión, lugares de origen y residencia, medios de información y comunicación utilizados.

B.- Vida Sexual: investiga inicio de la vida sexual activa, preferencias sexuales, número de parejas sexuales y frecuencia de la actividad sexual.

C.- Uso del Condón: busca saber la frecuencia en el uso del condón en las relaciones sexuales.

D.- Actitudes hacia los Condones: incluye consideraciones sobre cómo, cuándo y con quién usar los condones.

E.- Información y Actitud hacia el SIDA: busca saber conocimientos sobre formas de contagio, posibilidades de curación de un enfermo, lugares para realizarse la prueba de detección, etc.; actitudes hacia los enfermos, posibilidad percibida de contagio en diferentes grupos sexuales, intención de cambiar conductas de riesgo, etc.

F.- Enfermedades Sexualmente Transmisibles: investiga padecimientos de enfermedades sexualmente transmisibles y conocimientos para prevenirlas.

G.- Prácticas: busca indicadores de utilización de jeringas o agujas.

H.- Consumo de Drogas: busca saber la frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas y la utilización de cualquier tipo de drogas.

Para efectos del presente trabajo, sólo se tomaron para la aplicación las secciones D y E, que eran las que se encontraban en relación directa con la información que el Manual contenía y las variables que se querían investigar. La versión final que se aplicó aparece en el anexo 2.

La estructuración y procedimientos del trabajo se encuentran en el siguiente capítulo.

## **CAPITULO 5**

### **METODOLOGIA**

A partir del marco teórico mencionado se puede observar la importancia y necesidad de desarrollar estrategias de control y prevención del SIDA en grupos de población que pueden ser fundamentales para este fin, como sería el sector educativo en general y los alumnos de educación especial en particular. En un sentido más amplio, también estos trabajos permitirían encontrar las estrategias de apoyo a los maestros y en general a todo el personal que labora en el ámbito educativo para el mejor logro de los objetivos que se plantean alcanzar para algunas áreas, como salud y medio ambiente, comunicación, etc. Por lo tanto, para la presente investigación se plantea la siguiente metodología:

#### **OBJETIVOS**

##### **Objetivo General:**

Comparar en el personal que labora en los servicios de Educación Especial, si existen diferencias en el conocimiento y actitudes en relación al SIDA, antes y después de revisar y analizar el Manual de Información Básica sobre SIDA.

##### **Objetivos Específicos:**

1.- Elaborar un Manual de Información Básica sobre SIDA dirigido al personal de Educación Especial.

2.- Evaluar el nivel de información sobre sida del personal de Educación Especial.

3.- Evaluar la actitud hacia el SIDA del personal de Educación Especial.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿El Proveer al personal que labora en los servicios de Educación Especial de un Manual con Información Básica sobre SIDA, influye en sus conocimientos y actitudes sobre la enfermedad y su prevención?

## **HIPÓTESIS**

Hipótesis Nula 1.- No existen diferencias significativas en la actitud hacia el SIDA, antes y después de la revisión del Manual de Información Básica sobre SIDA en el personal de Educación Especial.

Hipótesis Alterna 1.- Existen diferencias significativas en la actitud hacia el SIDA, antes y después de la revisión del Manual de Información Básica sobre SIDA en el personal de Educación Especial.

Hipótesis Nula 2.- No existen diferencias significativas en los conocimientos sobre SIDA, antes y después de la revisión del Manual de Información Básica sobre SIDA en el personal de Educación Especial.

Hipótesis Alterna 2.- Existen diferencias significativas en los conocimientos sobre SIDA, antes y después de la revisión del Manual

de Información Básica sobre SIDA en el personal de Educación Especial.

## **DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

**Variable Independiente:**

Revisión y Análisis del Manual de Información Básica sobre SIDA.

**Definición Conceptual:**

Un manual es un documento o libro que contiene las nociones esenciales de un arte, ciencia o disciplina (Diccionario Enciclopédico Larousse, 1994). Para este trabajo, el Manual contiene las características fundamentales sobre SIDA.

**Definición Operacional:**

El Manual está conformado de una serie de apartados, en los que se desarrollan los principales temas en relación al SIDA (Anexo 1). El objetivo del Manual es proporcionar al personal de Educación Especial, información indispensable con la que debe contar cualquier sujeto, en el entendido que todos estamos expuestos al contagio de la enfermedad, en tanto no tomemos las medidas pertinentes para evitarlo. Además de ser un material de apoyo a la práctica de los maestros para el momento en el que consideren necesario trabajar el tema con los alumnos y/o padres de familia.

**Variable Dependiente 1:**

- Conocimientos acerca del SIDA.

**Definición Conceptual:**

- Conocimiento acerca del SIDA: Es la información con la que se cuenta acerca de qué es el SIDA, su medio de transmisión y las formas para evitar su contagio. Las siglas SIDA significan Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es decir un conjunto de signos y síntomas causados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y que se caracterizan por la insuficiencia del Sistema Inmunológico para proteger a la persona contra infecciones y enfermedades y que es adquirido por contagio y no por herencia (Hein y Digerónimo, 1991).

**Definición Operacional:**

Esta variable fue medida a través de las puntuaciones que obtuvieron cada uno de los sujetos de la muestra de investigación en el cuestionario de conocimientos y actitudes creado para dicho fin por Díaz-Loving y Villagrán-Vázquez (1990).

**Variable Dependiente 2:**

- Actitudes hacia el SIDA.

**Definición Conceptual:**

- Actitud hacia el SIDA: Es la predisposición para reaccionar favorable o desfavorablemente hacia las medidas de prevención, en cuanto a la transmisión del VIH y a los enfermos con SIDA. (Galván Izquierdo M. y Gay Mayoral G. 1992)

**Definición Operacional:**

Esta variable fue medida a través de las puntuaciones que obtuvieron cada uno de los sujetos de la muestra de investigación en el cuestionario de conocimientos y actitudes creado para dicho fin por Díaz-Loving y Villagrán-Vázquez (1990).

**MUESTRA:**

La muestra con la que se trabajó, fue seleccionada entre el personal que labora directamente en los servicios de Educación Especial. Se conformó de un grupo de 50 participantes. El muestreo fue de tipo no probabilístico intencional ya que los sujetos no fueron seleccionados al azar sino de acuerdo a los siguientes criterios:

- Trabajar en la D.G.E.E.
- Cooperar voluntariamente
- Edad 25-50 años
- Ambos sexos
- Comprometerse a asistir a las dos reuniones de trabajo programadas.

**TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio de campo, ya que la aplicación de los instrumentos se realizó en el medio natural en el que se desenvuelven los sujetos.

## **NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Es un estudio descriptivo, ya que se buscó identificar las características de los sujetos estudiados de acuerdo a sus opiniones acerca de las variables estudiadas.

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Es un diseño preexperimental, pretest-postest.

01 X 02

- 01= aplicación del instrumento antes de la revisión del Manual.
- X = evisión del Manual de Información Básica sobre SIDA.
- 02= aplicación de los instrumentos después de la revisión del Manual.

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1.- Se elaborará un Manual de Información Básica sobre SIDA, que cuenta con diversos apartados de temas relacionados con la enfermedad (anexo 1).

2.- Se utilizó un cuestionario (anexo 2), que incluye reactivos tomados de las secciones de Conocimientos, Actitudes y Creencias sobre SIDA, y Actitudes y Creencias sobre el Condón; que forman parte del cuestionario autoaplicable de Actitudes y Conocimientos acerca del SIDA, elaborado por Díaz-Loving y Villagrán-Vázquez (1990). La selección de los reactivos está en función de la relación estrecha que guardan con el contenido del Manual de Información Básica sobre SIDA. La validez de los reactivos fue realizada por los autores, a

través de jueces, para obtener su representatividad o adecuación muestral del contenido (Galván Izquierdo M. y Gay Mayoral G. 1992).

El cuestionario contiene además una serie de preguntas sociodemográficas y una pregunta final relacionada expresamente con la opinión sobre el contenido y utilidad del Manual de Información Básica sobre SIDA. En total consta de 58 reactivos distribuidos de la siguiente manera:

- Datos sociodemográficos: 4 reactivos sobre datos generales del participante. (1,2,3,4)

- Información sobre SIDA: 26 reactivos, en los que se contemplan los siguientes aspectos:

- \* Explicación sobre lo que es el SIDA: 1 reactivo. (17)
- \* Principales formas de contagio: 20 reactivos.  
(18,19,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38)
- \* Conocimiento sobre la fase asintomática de la infección: 1 reactivo. (20)
- \* Posibilidades de curación de un enfermo: 1 reactivo. (39)
- \* Conocimiento sobre las medidas a tomar por una persona infectada: 1 reactivo. (40)
- \* Percepción de amenaza en la comunidad: 1 reactivo. (41)
- \* Conocimiento sobre los lugares para realizarse la prueba de detección del VIH: 1 reactivo. (46)

Para calificarlo se asignaron 3 puntos a las respuestas acertadas, 2 puntos si el conocimiento demostrado era regular, y si es ausente o equivocado un punto.

- Actitudes hacia el SIDA: 18 reactivos, en los que se contemplan los siguientes aspectos:

- \* Actitud hacia los enfermos de SIDA: 12 reactivos.

(5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16)

- \* Posibilidad percibida de contagio en diferentes grupos sexuales y en si mismo: 1 reactivo, subdividido en 9 incisos. (42)
- \* Preocupación por el contagio: 1 reactivo. (43)
- \* Conocimiento sobre cambios de conducta favorecedores de evitar la infección: 1 reactivo. (44)
- \* Intención de cambiar conductas: 1 reactivo. (45)
- \* Disposición para la realización de la prueba de detección de VIH: 2 reactivos. (47,48)

Para calificarlo, a la actitud favorable se le asignó 3 puntos, a la indiferente 2 puntos y a la desfavorable 1. En la percepción de riesgo de contagio se asignaron 3 puntos a una respuesta de mucha posibilidad, 2 puntos a posibilidades regulares y 1 punto a ninguna. En el reactivo de preocupación por el contagio, se asignaron 3 puntos a una alta preocupación, 2 a la respuesta moderada y 1 a la preocupación nula.

- Actitudes hacia el uso del condón: 9 reactivos. Se calificaron con 2 puntos a las respuestas favorables y 1 punto a las desfavorables. (49,50,51,52,53,54,55,56,57)

- Comentarios sobre el manual de Información Básica sobre SIDA: 1 reactivo, relacionado con la opinión sobre el contenido del Manual y su utilidad. (58)

Según las preguntas, los tipos de respuesta que incluye el cuestionario son:

- Abierta.
- Dicotómica.
- Tres categorías cerradas.
- Tres categorías semi-abiertas.
- Lickerl de tres categorías.

## **PROCEDIMIENTO**

Se envió un oficio a cada una de la 6 Coordinaciones de Servicios Educativos en el Distrito federal, en el que se solicitó su cooperación para seleccionar como mínimo a 8 personas que laboraban en los servicios de Educación Especial para que participaran en dos reuniones de trabajo, en las que se analizaría el Manual de Información Básica sobre SIDA que se elaboró. En el oficio se especificaba lugar, fechas y sede en que se realizarían las reuniones, así como las actividades que se pensaban desarrollar en ellas.

En la primera reunión, con duración aproximada de dos horas, se explicó a los participantes los objetivos del trabajo, su pertinencia y validez, así como, la importancia de su participación. Se realizó la primera aplicación del cuestionario y se entregó a cada participante un ejemplar del Manual Información Básica sobre SIDA, para que en el lapso de una semana realizaran su lectura y análisis.

En la segunda reunión, con una duración aproximada de cuatro horas, se llevó a cabo la segunda aplicación del cuestionario y se discutieron las dudas que sobre el contenido del documento existían. Para esta reunión se contó con el apoyo de un especialista en el tema.

Finalmente, con los datos obtenidos de la calificación de los cuestionarios, se realizó el análisis estadístico.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para el análisis de todas las variables se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Para el contraste de hipótesis se

realizó una prueba "t" de student para dos muestras correlacionadas, ya que las mediciones se encuentran a nivel de medición intervalar.

## CAPITULO 6

### RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del análisis estadístico. En la primera parte aparecen los datos generales de la muestra, conformada por 50 sujetos que laboran en la Dirección General de Educación Especial. En la segunda parte se encuentran los datos de las variables de conocimientos y actitudes hacia el SIDA, para determinar si se aceptan o rechazan las hipótesis planteadas.

#### 6.1. Datos Sociodemográficos.

Con respecto a la edad, la muestra presenta una  $X = 37.62 \pm 5.79$  años ( $X \pm D.E.$ ), con un rango de 26 a 49 años. En cuanto al sexo de los sujetos 42 (84%) eran mujeres y 8 (16%) hombres. En relación al nivel máximo de escolaridad 52.0% (26) de los sujetos habían estudiado Licenciatura en Educación Especial, 24% (12) eran Técnicos en Trabajo Social, 12% (6) tenían Maestría en Educación Especial, 10% (5) eran Licenciados en Pedagogía y 2% (1) tenía Licenciatura en Psicología. Finalmente en relación al puesto en el que desempeñan sus funciones 13 (26%) de los sujetos de la muestra eran Directores de Escuela, 8 (16%) Asesores, 8 (16%) supervisores, 8 más (16%) Profesores de grupo, 8 (16%) eran personal técnico de apoyo en las escuelas; 5 sujetos (10%) no consignaron en el cuestionario el puesto que ocupan.

#### 6.2. Resultados Inferenciales.

De acuerdo con los datos del análisis estadístico sobre los conocimientos en SIDA que se muestran en el cuadro I, se concluyen los siguientes resultados:

En relación a los niveles de conocimientos, se encontró que sobre la explicación de lo que es el SIDA, los sujetos de la muestra ya contaban con altos conocimientos acerca del padecimiento. La X en la situación pretest fue ligeramente menor que en el postest; es decir hubo un incremento aunque éste no fue significativo.

Con respecto al conocimiento sobre las principales formas de contagio se puede observar que en el pretest se obtiene una X de  $48.8 \pm 3.24$  ( $X \pm D.E.$ ) y en el postest de  $51.18 \pm 3.36$ ; lo cual representa un incremento altamente significativo ( $P \leq 0.0001$ ), que puede interpretarse como un incremento de los conocimientos en este aspecto, producto de la lectura del Manual de Información.

Los resultados sobre el conocimiento de la fase asintomática de la enfermedad fueron muy similares en las dos situaciones evaluadas, por lo que no se reflejaron diferencias significativas; ya existiendo un adecuado conocimiento previo a la lectura del Manual de Información en este aspecto.

En relación al conocimiento sobre las posibilidades de curación de las personas con SIDA, se encontró que los sujetos de la muestra ya contaban con adecuados conocimientos al respecto.

Al cuestionar sobre las medidas a tomar por las personas infectadas, se pudo observar un incremento significativo de los conocimientos ( $P \leq 0.05$ ) después de la lectura del Manual de Información; ya que en la situación pretest los sujetos de la muestra obtuvieron una X de  $2.78 \pm 0.58$  y en el postest fue de  $2.92 \pm 0.34$ .

En cuanto a la percepción de amenaza en la comunidad, se puede detectar que los sujetos de la muestra tenían un conocimiento regular ( $1.90 \pm 0.79$ ), el cual se vio incrementado en la situación postest ( $2.56 \pm 0.73$ ), existiendo una

diferencia significativa ( $P \leq 0.0025$ ). Es decir los sujetos podían percibir de mejor manera las situaciones de riesgo al contagio dentro de su comunidad.

Respecto a los lugares para realizarse la prueba del VIH, los sujetos reportaron contar con este conocimiento de manera previa a la lectura de Manual de Información por lo que no se encontraron diferencias significativas en las dos situaciones evaluadas.

Por su parte, para las actitudes hacia el SIDA, se pueden concluir los siguientes resultados a partir del análisis estadístico que se muestra en el cuadro II:

Para la actitud hacia los enfermos de SIDA se encontró que los sujetos de la muestra presentaban una actitud favorable desde el pretest; por lo que no se encontraron diferencias significativas en las dos situaciones evaluadas.

En cuanto a la percepción de posibilidades de contagio en diferentes grupos de población, la lectura del Manual de Información incrementó significativamente ( $P \leq 0.04$ ) la actitud favorable en este aspecto. Sin embargo, es importante observar que el incremento se encuentra ligeramente por arriba de la X, es decir no se presenta una favorabilidad total.

Sobre la preocupación al contagio de la enfermedad, no se observaron diferencias significativas en las dos situaciones; la preocupación de los sujetos fue regular en ambos momentos.

En relación a la idea de que el cambio de algunas conductas puede evitar el contagio del virus, se encontró que los sujetos estudiados coincidían totalmente al respecto ( $P \leq 0.05$ ). Sin embargo, para el aspecto que evalúa la intención particular de los sujetos para cambiar conductas que les permita evitar el contagio; consideraron en general, tanto en el pretest, como en el

postest, que estas medidas no eran necesarias en su caso, por lo que no se observaron diferencias significativas en este reactivo.

Respecto a la disposición para realizarse la prueba de detección del VIH, en general los sujetos muestran una actitud favorable para realizársela, por lo que tampoco se encontraron diferencias significativas en este aspecto.

Finalmente, en la actitud hacia el condón, se encontró que los sujetos se ubicaron tanto en el pretest como en el postest ligeramente por arriba de la X; sin embargo la lectura del Manual de Información no logró hacer significativa la actitud de los sujetos sobre este aspecto.

### **6.3 Resultados cualitativos.**

La última pregunta del cuestionario en el postest fue de tipo abierto, buscaba conocer la opinión de los sujetos en relación al Manual de Información Básica sobre SIDA en los aspectos de contenido, estructura, presentación y utilidad. Su análisis fue de tipo cualitativo y no cuantitativo principalmente por cuestiones prácticas, ya que resulta difícil categorizar la amplia gama de opiniones y sugerencias que fueron proporcionadas.

En general el documento fue calificado por su contenido como adecuado ya que la información que incluía permitía responder las principales dudas sobre el SIDA, además de que consideraron esta información como una buena base para poder profundizar sobre el tema en los aspectos que para cada uno fueran más relevantes.

En cuanto a su estructura y presentación, el documento fue considerado como bueno, tanto por la secuencia en que es presentada la información, como por el lenguaje que es utilizado, ya que permite una lectura fácil y fluida.

El aspecto que tuvo más diversidad de opiniones fue el referente a la utilidad para los maestros del Manual de Información. Para algunos la importancia del documento es fundamental para contar con elementos que les permitan dar respuesta a las posibles dudas de sus alumnos, considerándolo un material con el que debe contar cualquier persona.

Sin embargo, para otros su utilidad es limitada porque consideran que es información que no se puede transmitir en su totalidad a los alumnos y padres de familia, dados los prejuicios que existen en cuanto al SIDA y la sexualidad de las personas con discapacidad. De igual manera, consideran que el Manual de Información es adecuado para que los maestros actualicen su información, pero que requieren mayor capacitación sobre el tema y otros aspectos de sexualidad; además de material de apoyo adecuado y accesible para los alumnos. Sugieren que para que pueda ser un mejor material de apoyo se amplíen algunos aspectos como "pros y contras" de la realización de la prueba, o el apartado de enfermedades sexualmente transmisibles.

CUADRO I

Medias, Desviación Estándar y Niveles de Significancia de los puntajes obtenidos en los conocimientos sobre el SIDA.

Reactivo	Antes		Después		"t"	P <sub>≤</sub>
	X	D.E.	X	D.E.		
17: Explicación sobre lo que es el SIDA.	2.8	0.60	2.94	0.23	1.54	0.12
18-38: Principales formas de contagio.	48.8	3.24	51.18	3.36	4.24	.0001
20: Conocimiento sobre la fase asintomática.	2.82	.522	2.86	.404	.53	.59
39: Conocimiento sobre posibilidades de curación.	2.96	.282	3.0	0.0	1	.32
40: Medidas a tomar por personas infectadas.	2.78	.58	2.92	.34	1.99	.05
41: Percepción de amenazas en la comunidad.	1.98	.78	2.52	.73	3.18	.0025
46: Lugares para realizarse la prueba.	2.84	.42	2.96	.19	1.76	.083

CUADRO II

Medias, Desviación Estándar y Niveles de Significancia de los puntajes obtenidos en la actitud hacia el SIDA.

Reactivo	Antes		Después		"t"	P≤
	X	D.E.	X	D.E.		
5-16: Actitud hacia los enfermos.	32.54	2.70	32.88	2.85	.83	.40
42-51: Posibilidades de contagio entre diferentes grupos.	21.26	3.02	22.32	2.41	2.04	.04
43: Preocupación por el contagio.	1.64	.82	1.7	.67	.45	.65
44: Cambios de conducta favorecedores de evitar infección.	2.9	.36	3.0	0.0	1.94	.05
45: Intención de cambiar conductas.	1.56	.70	1.68	.65	.94	.34
47-48: Disposición para realizase la prueba.	4.22	.73	4.34	.68	1.02	.30
49-57: actitud hacia el condón.	14.96	2.13	15.3	2.30	.82	.41

## DISCUSIÓN

En el apartado respectivo (Capítulo 1), fue ampliamente comentado cómo el SIDA es una enfermedad que por sus orígenes, modos de transmisión y efectos, ha despertado gran polémica en los aspectos médicos, sociales, filosóficos, morales, etc., por lo que se han producido una amplia gama de pronunciamientos públicos desde los diferentes grupos que han considerado necesario opinar sobre la enfermedad. Esto ha permitido que un número significativo de personas, principalmente en las zonas urbanas, en donde de manera preponderante se ha dado la transmisión de la epidemia, hallan escuchado hablar del SIDA y sobre él tengan sus ideas particulares y niveles de conocimiento.

Este aspecto se puede observar en los resultados obtenidos con la muestra de trabajo. En general los sujetos estudiados contaban con niveles altos de información, previos a la lectura del Manual de Información Básica sobre SIDA, esta información está en relación a los aspectos generales de la enfermedad, como son conocimientos adecuados para poder dar una acertada definición de la enfermedad, o saber de la imposibilidad de curación de los enfermos en este momento; y que se ven reflejados en los puntajes altos obtenidos desde el pretest.

Sin embargo también queda evidenciado que tanto la información que se conoce, así como la difusión, no es suficiente para erradicar ideas equivocadas en torno a la enfermedad; ideas que como se planteó en el marco teórico, a partir de trabajos como los de Galván y Gay (1992), subyacen y sustentan actitudes negativas.

En la muestra, aún prevelecia en algunos sujetos ideas equivocadas en relación a aspectos fundamentales de la enfermedad, como son los modos de transmisión; así, algunas personas continuaban pensando que baños y albercas públicas pueden ser punto de contagio, o que tener relaciones sexuales, aunque se use condón, con una pareja ocasional, incluso la masturbación mutua con una pareja ocasional, son conductas que provocan la infección del virus. Estos datos apuntan en el mismo sentido a los encontrados en otros estudios, como el de Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving (1992) con estudiantes universitarios.

De igual manera, los resultados de la muestra, también avalan lo comentado en el marco teórico en relación a la pertinencia de elaborar y trabajar con materiales y programas preventivos que permitan a la población acceder a una información clara y precisa sobre los diferentes aspectos de la enfermedad, como lo recomienda la OMS (SIDA/ETS julio,1993). Esto se observa en los puntajes significativos del postest obtenidos en los aspectos arriba mencionados; en donde los conocimientos sobre los modos de transmisión se ven incrementados de manera favorable después de la lectura del Manual de Información. De igual manera, después de la lectura se incrementan los conocimientos en otros aspectos como son las medidas a tomar por las personas infectadas para no contagiar a otras; así como una mayor conciencia de que el SIDA puede ser una amenaza de salud para la comunidad.

En cuanto a las actitudes hacia el SIDA, el comportamiento de la muestra también corrobora algunos de los planteamientos hechos en el Capítulo 1. Probablemente lo más interesante a resaltar esté en relación a la concepción de que los conocimientos adecuados son necesarios para propiciar actitudes positivas, más no suficientes; esto es, el sólo hecho de contar con los conocimientos necesarios, en este caso sobre SIDA, no es suficiente para que las personas manifiesten actitudes adecuadas en relación a la enfermedad, aunque es importante que estos conocimientos existan para que dichas actitudes puedan producirse.

Así, en los resultados de la muestra se puede observar por los puntajes del pretest, que en general también existían hacia la enfermedad, niveles altos en cuanto a actitudes positivas; esto, podría pensarse, sustentado en los niveles altos de conocimientos con los que ya contaban. Sin embargo, también se puede observar que la información contenida en el Manual y el consiguiente incremento de conocimientos consecuencia de su lectura, no fue suficiente para que de igual manera se incrementaran significativamente, sobre algunos aspectos, los puntajes en las actitudes positivas.

De tal manera, por ejemplo, se incrementaron de manera significativa los puntajes del postest en cuestiones relativas a la aceptación de la necesidad de cambiar ciertas conductas como una manera para evitar la infección, dando después de la lectura del Manual de Información, una aceptación de este aspecto en el total de la muestra. Esto incluso puede correlacionarse, como favorecido también por el incremento, ya comentado, en los puntajes de conocimientos sobre medidas a tomar por las personas infectadas para no contagiar a otras.

Sin embargo, si con estos puntajes se podría suponer una actitud que en primera instancia indicara una predisposición favorable para la adopción personal de ciertas conductas preventivas, o la modificación de las conductas de riesgo existentes; tal actitud no se ve reflejada de la misma manera en los puntajes cuando el cuestionamiento se formula de manera directa y personal sobre la intención de cada uno para cambiar alguna conducta como consecuencia de lo escuchado o aprendido sobre SIDA. En este caso los puntajes de pretest-postest no sufrieron mayor variabilidad y su incremento no fue significativo; lo que podría interpretarse como una perseverancia en la idea de que las posibilidades de contagio y por ende la necesidad de asumir conductas preventivas, se encuentra en los otros y no necesariamente en uno.

En otras palabras, la conciencia de que cualquiera, incluido uno mismo, puede estar expuesto a la infección si no adopta ciertas conductas preventivas,

no se logra, al menos en este caso, de manera amplia con la información contenida en el Manual de Información. Lo cual hace pensar que para llegar a esos grados de concientización, que generen actitudes que predispongan a conductas más favorables, es necesario un trabajo de prevención más sistemático que incluya además de la información, otro tipo de estrategias probablemente más vivenciales, como podrían ser los talleres o trabajos grupales, en donde es más factible dar cauce a las inquietudes, dudas y angustias que la enfermedad provoca. Estos resultados son similares a los reportados en otros estudios que buscan correlacionar niveles de conocimientos y actitudes como son los de Magaña y cols. (1992), Bayés (1992) y Preciado y Montesinos (1992).

Ahora bien, ubicando resultados en el contexto educativo en el cual se trabajó, queda de manifiesto la validez de las inquietudes que motivaron la presente investigación; es decir, la importancia de iniciar trabajos en SIDA dentro del sector educativo, en particular en el ámbito de la educación especial.

Como ya se mencionó en el Capítulo 3, la "problemática" que en torno a las manifestaciones de la sexualidad se vive en los servicios de educación especial, ha provocado que desde hace más de 10 años se generen dentro de este sector educativo alternativas para trabajar las cuestiones de la sexualidad con la población que se atiende. Este trabajo ha dado por resultado que un número significativo de maestros y personal de apoyo de los servicios cuenten con algún tipo de orientación al respecto; con lo cual se ha generado un espacio sensible por parte de los maestros hacia las necesidades en esta área, de las personas que presentan algún tipo de discapacidad.

Esta adecuada predisposición ayudó a que el Manual de Información Básica sobre SIDA fuera recibido en general con comentarios positivos por parte de los integrantes de la muestra; al considerar que la información que contenía es necesaria para ellos tanto como adultos con una vida sexual activa, como por su actividad docente, en la que necesitan mantener una información

actualizada; resaltando que temas como el SIDA sean tratados abiertamente en todos los ámbitos, para que sus características y las medidas preventivas puedan ser transmitidas de la mejor manera.

Sin embargo, es interesante que justamente frente a la pregunta sobre la utilidad del Manual de Información para ellos como maestros, la tendencia de los comentarios se dirige a la necesidad de contar con mayor información y capacitación al respecto para poder trabajar el tema tanto con los alumnos, como con los padres de familia; manifestando que no se sientan en condiciones de manejar el tema debido a los prejuicios que el SIDA despierta, así como a los prejuicios que existen sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, principalmente hacia los niños y adolescentes. Esto presenta grandes dificultades para asumir que pueden acceder a una vida sexual activa, como lo comentan los trabajos de Delfin (1988), García (1993) y Alonso (1993). Lo anterior, como ya se afirmó en reiteradas ocasiones a lo largo del presente trabajo, los coloca en relación al SIDA en una situación más vulnerable ante las posibles situaciones de contagio.

De tal manera, se ratifica la necesidad e importancia de diseñar programas preventivos en SIDA que inscritos dentro del sector educativo puedan tener una incidencia a corto y mediano plazo en el control de la diseminación de la enfermedad; al ser esta población la que está iniciando o iniciará su vida sexual activa. Estos programas deberán buscar estrategias nuevas de trabajo a partir de los conocimientos, avances y dificultades que ya se han encontrado en la prevención.

Con los resultados aquí presentados, se puede afirmar que la población de maestros es un grupo importante a tener en consideración, ya que es en los educadores, que por su actividad y posibilidad de intervención en un amplio sector de población adulta y joven, en donde se puede tener un importante apoyo para lograr la sensibilización necesaria respecto a las implicaciones del SIDA, que permita avanzar en su control; ya que como Preciado y Montesinos

(1992) comentan en su estudio, es en las escuelas en donde se encuentran las organizaciones naturales propicias para desarrollar campañas de prevención.

Dentro de este trabajo, la elaboración y difusión de materiales como el Manual de Información Básica sobre SIDA, que se diseñó para la presente investigación, adquieren un lugar capital, ya que si bien queda de manifiesto que no puede ser la única estrategia de trabajo; sirve de base y complemento a otras alternativas para alcanzar adecuados niveles de conocimiento y actitudes positivas que predispongan favorablemente hacia los diferentes aspectos implicados en el SIDA, como la misma necesidad de difusión sobre las características de la epidemia, la adopción de conductas preventivas y el adecuado trato hacia las personas infectadas con VIH y aquellas que propiamente ya desarrollaron la enfermedad.

## CONCLUSIONES

A partir de los resultados ya comentados, se presentan las siguientes conclusiones:

Se elaboró un Manual de Información Básica sobre SIDA que sirvió como instrumento de referencia para poder medir los niveles de conocimientos y actitudes hacia el SIDA por parte de los integrantes de la muestra.

A la lectura del Manual de Información, se incrementaron significativamente en el área de conocimientos los aspectos relativos a las principales formas de contagio, a las medidas a tomar por personas infectadas para evitar contagiar a otras y la percepción de que el SIDA puede ser una amenaza para la comunidad. Para estos aspectos se rechazan las hipótesis nulas. En el resto de los aspectos evaluados aunque se presentó incremento en el nivel de conocimientos, éste no fue significativo.

Para el área de actitudes, la lectura del Manual de Información modificó de manera significativa los aspectos relacionados con las creencias de la posibilidad de contagio de virus entre diferentes grupos de población; y la necesidad de cambiar algunas conductas como una manera de evitar la infección. Para estos aspectos también se rechazan las hipótesis nulas. De igual manera en el resto de los aspectos evaluados existieron incrementos hacia actitudes más favorables, pero éstos no fueron significativos.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Para la elaboración del presente trabajo se contó con el apoyo de las autoridades de la Dirección General de Educación Especial. Sin embargo, por su estructura administrativa y canales de comunicación, los tiempos para la realización de la fase experimental se vieron modificados en diferentes momentos; y aunque esto no alteró los resultados de la investigación, su realización podría haber sido en un lapso menor. Así por ejemplo, a la versión final del Manual de información Básica sobre SIDA, le antecedieron dos versiones más, antes de ser autorizada por la Dirección Técnica para ser trabajada con los maestros; esto, independientemente de la validez del procedimiento, requirió más tiempo del programado en la planeación original, ya que fue necesario esperar la revisión de cada una de las versiones para después proceder a los ajustes solicitados.

De la misma manera, para definir las reuniones de trabajo con los maestros, en las que se hicieron las aplicaciones del cuestionario y entrega y revisión del Manual de Información, fue necesario enviar mediante oficio a cada una de las 6 Coordinaciones de Servicios de Educación Especial en el D.F. la invitación a que seleccionaran el personal que participaría en las reuniones. Este procedimiento, además de requerir más tiempo del originalmente programado; propició que algunos de los participantes, al no ser invitados personalmente, se presentaran a la primera reunión sin haber recibido la información necesaria sobre su objetivo. Esta situación se salvó con la explicación con la que se inició la reunión.

Por tal motivo, sería conveniente que para futuros trabajos en este sector educativo, se pudiera establecer una relación directa con las instancias

administrativas involucradas, que permita una comunicación más eficaz que ayude al desarrollo del trabajo en los tiempos y procedimientos planeados. De igual manera sería conveniente que la invitación a participar se haga de manera directa y personal para evitar desde un principio confusiones sobre el objetivo y finalidad de la investigación.

Por otro lado para la sustentación teórica del trabajo, fue difícil encontrar referencias que ayudaran a sustentar los planteamientos que aquí se hacen. Por un lado porque, como ya se mencionó en reiteradas ocasiones, son pocos los trabajos en SIDA que se han desarrollado pensando en la población escolar-infantil y/o adolescente; y dentro de estos son, prácticamente nulos los dedicados a trabajar con personas con discapacidad o requerimientos de educación especial.

Además, aunque en la Dirección General de Educación Especial el área de educación sexual tiene una historia de trabajo, por diversas circunstancias no existe un adecuado registro de las dificultades, avances y evolución que en esta área se han tenido, lo cual también dificultó un análisis más puntual sobre las características de este trabajo.

De tal manera, se espera que el presente trabajo ayude a resaltar la importancia de generar material que apoye futuras investigaciones, que permitan avanzar tanto en los aspectos de la educación sexual en general, como en los programas de prevención en SIDA.

**ANEXO 1**

**MANUAL DE INFORMACIÓN**

**BÁSICA SOBRE EL SIDA**

## PRESENTACION

El Área de Educación Sexual de la Dirección General de Educación Especial, ha buscado de manera permanente, proveer al maestro de los elementos necesarios que le permitan trabajar e incluir dentro de su práctica los aspectos relativos a la sexualidad.

Las propuestas que se han implementado en los servicios tienen la finalidad de apoyar eficazmente al maestro para que mediante su trabajo cotidiano en el aula, propicie en el alumno la autodeterminación responsable de su sexualidad en función de sus posibilidades y facilite así, su integración efectiva al medio escolar familiar y social. Para esto se han tomado en consideración algunos principios básicos:

-- Las cuestiones de la sexualidad no son un tema diferente, escindido del resto de las actividades de la persona y de la vida. Por lo tanto la educación sexual tiene que estar integrada a los programas de educación general que van a hacer posible la integración de los sujetos a la sociedad.

-- Los sujetos con requerimientos de educación especial comparten con el resto de las personas necesidades e intereses en lo que respecta a su vida sexual y afectiva. Por lo cual, no es justificable segregarlos o considerarlos un grupo aparte en estos aspectos.

-- Las personas con requerimientos de educación especial tienen derecho a una educación que les permita desarrollar sus capacidades sexuales y afectivas, y aprender las habilidades eróticas que les sirvan para expresarlas de forma integrada, de manera que sean un factor de madurez y bienestar para ellas y para los que le rodean.

Los fundamentos del trabajo que se ha desarrollado, se encuentran en los principios rectores de Educación Especial, emanados del artículo tercero constitucional y de la ley general de educación. De manera más específica, el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica marca, la perspectiva bajo la cual se inscribirá el trabajo educativo a desarrollar. En donde, entre otras, busca "reforzar el aprendizaje de aquellos contenidos relacionados con el cuidado y la salud del alumno..." a partir de "canalizar la mayor parte del esfuerzo hacia la información y orientación de los maestros..." a través de fortalecer "los recursos educativos que se destinan a la formación del magisterio, en particular, la dotación de material y equipo, y la disponibilidad de mayor atención del personal docente..."(1)

Con base en lo anterior y como parte del programa de educación sexual de la Dirección General de Educación Especial, se elaboró el presente documento informativo para el personal docente, sobre uno de los temas que requieren una atención urgente: El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.

Su importancia y pertinencia responde a los siguientes aspectos:

-- El SIDA forma parte de la realidad al ser hoy en día un grave problema de salud pública, por lo que se requiere que la población en general cuente por lo menos con la información mínima que le permita conocer las características y comportamiento de la enfermedad, que le ayude a decidir sus propias medidas de prevención.

-- El desarrollo de transmisión que la enfermedad ha tenido, hacen patente, entre otras cosas, la importancia que tiene brindar una adecuada educación sexual.

-- Es necesario que el sector educativo, al ser una de las instancias que intervienen en la preparación de los individuos para la vida, participe en la implementación de programas pensados ex profeso para la población que atiende. Entendiéndose por ésta maestros, alumnos y padres de familia.

-- De manera más específica la nueva política educativa, a través de los planes y programas de estudio que ha diseñado, busca brindar a los alumnos los conocimientos necesarios que le permitan contar con una mirada veraz y crítica sobre el mundo que les rodea. Por lo cual, también es necesario proporcionar a los maestros los materiales de apoyo que colaboren para este fin.

Es así que el presente material está pensado para el personal docente de los servicios, con la finalidad de:

1.- Proporcionarles información indispensable con la que debe contar cualquier sujeto, en el entendido que todos estamos expuestos al contagio de la enfermedad, en tanto no tomemos las medidas pertinentes para evitarlo.

2.- Ser un material de apoyo a la práctica del maestro, en el desarrollo de los objetivos planteados para el área de salud, para el momento en el que considere necesario trabajar el tema con sus alumnos y/o padres de familia.

En relación al segundo punto partimos del hecho de que el problema del SIDA, como enfermedad, está en concordancia con la importancia que han adquirido los temas sobre el cuidado personal y la preservación de la salud en la reciente reformulación de contenidos y materiales educativos que realizó la Secretaría de Educación Pública. En ella se plantea que "la educación para la salud debe de estar enfocada al desarrollo de una cultura de la salud, es decir, que el alumno la valore como algo que le pueda permitir desarrollar plenamente sus potencialidades, al concebirla no sólo como la ausencia de enfermedad o

invalidez sino como una situación de bienestar completo, físico, mental y social, en el cual intervienen los miembros de la comunidad.

Adquirir una cultura de la salud permitirá a los alumnos cuidarse a sí mismos, hacerse responsables de su persona para abatir riesgos y convertirse en promotores de la salud en su medio familiar y social."(2)

Lo anterior tendría como propósito "sentar las bases de una educación para la salud, a través del conocimiento del cuerpo humano y de su interacción con el medio que lo rodea"(3)

Para lograr esto, uno de los objetivos es que "el alumno conozca la estructura organización y funciones de su cuerpo para entenderlo como una unidad funcional en la cual todos los procesos que se realizan están relacionados entre sí; esto le permitirá a la vez comprender el riesgo existente ante cualquier elemento o situación que pueda alterar su adecuado funcionamiento."(4)

Es así que en el nuevo plan de estudios para la educación básica y los programas de asignaturas que lo integran, se busca asegurar que los niños adquieran entre otras cosas "los conocimientos fundamentales para comprender los fenómenos naturales, en particular los que se relacionan con la preservación de la salud..."(5). Es por eso que los programas para la asignatura de Ciencias Naturales, que entrarán en vigor para el ciclo escolar 1994-95 tienen como propósito central "que los alumnos adquieran conocimientos, capacidades y valores que se manifiesten en una relación responsable con el medio natural, en la comprensión del funcionamiento y las transformaciones del organismo humano y en el desarrollo de hábitos adecuados para la preservación de la salud y el bienestar."(6)

Para lograr esto, los contenidos en Ciencias Naturales han sido organizados en cinco ejes temáticos, que se desarrollan simultáneamente a lo largo de los seis grados de la educación primaria. Uno de estos ejes se denomina El Cuerpo Humano y la Salud. En él "...se organiza el conocimiento de las principales características anatómicas y fisiológicas del organismo humano, relacionándolo con la idea de que de su adecuado funcionamiento dependen la preservación de la salud y el bienestar físico.

Se pretende que los niños se convenzan de que las enfermedades pueden ser prevenidas, poniendo de relieve el papel que en la preservación saludable del cuerpo humano desempeñan hábitos adecuados de alimentación e higiene; así mismo, se presentan elementos para el conocimiento y la reflexión sobre los procesos y efectos de la maduración sexual y los riesgos que presentan las adicciones más comunes"(7).

Es sobre estos aspectos, que el presente documento busca apoyar al maestro para la consecución de los objetivos educativos y el desarrollo de los

contenidos escolares que se plantean. Es claro que la pretensión no está encaminada a que el docente reproduzca esta información tal cual con los alumnos y/o padres de familia. Más bien, se plantea su lectura, análisis y discusión para que le pueda ser de utilidad tanto en el plano personal como profesional.

Finalmente también consideramos que el presente documento puede inscribirse como una contribución al Programa de Actualización del Maestro, en donde se concibe "la tarea educativa desde una nueva perspectiva, que requiere replantear el concepto tradicional de la función docente, del proceso de formación inicial y la necesaria y permanente adecuación por la vía de la actualización"(8). Y que tiene como propósito "apoyar al maestro en el conocimiento y aplicación de la información y de las opciones didácticas que contienen los nuevos materiales y lograr que, a partir del análisis, aplicación y evaluación de éstos, aproveche distintos medios de actualización, e incorpore el trabajo colegiado y el intercambio cotidiano con otros maestros"(9).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- 1.- Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica. SEP 1992.
- 2.- Guía para el Maestro. La Salud. SEP 1992, p. 6
- 3.- Ibid. p. 11
- 4.- Ibid. p. 7
- 5.- Plan y Programas de Estudio de Educación Básica Primaria.  
SEP 1993, p. 13
- 6.- Ibid. p. 73
- 7.- Ibid. p. 76
- 8.- Guía para el Director. SEP 1992, p. 17
- 9.- Ibid. p. 9

## INTRODUCCION

### SEXUALIDAD Y EDUCACION: ALGUNAS CONSIDERACIONES.

Si el fin último de la educación es "educar para la vida", y como marca el artículo tercero constitucional, "tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano"(1); se hace necesario no perder el énfasis en la formación, que sin desconocer la reciprocidad que existe entre educación e instrucción busque la generación de sujetos reflexivos y críticos, capaces de asumir de manera responsable el curso de sus vidas.

Esto es de particular importancia cuando de sexualidad se trata en educación. Generalmente en el ámbito educativo los aspectos de la educación sexual se han circunscrito a la transmisión de información sobre los procesos anatómo-fisiológicos de los órganos genitales y su papel reproductor. Sin que este aspecto deje de ser importante en sí mismo es necesario tener presente que "...el camino para trabajar los aspectos de la sexualidad 'a partir de la educación' lleva a centrar el proceso no en la información, sino en las actitudes de análisis crítico..."(2). Es decir, que independientemente de la validez o pertinencia que puedan tener los contenidos que configuren un programa de educación sexual, el aspecto medular del trabajo se centra en la utilización de una metodología que permita que se estudien, analicen y manejen los temas relacionados con la sexualidad, con el propósito de lograr una actitud que lleve a la autodeterminación libre e informada.

Lograr esto no es tarea fácil, la educación sexual "es una empresa seria, compleja, respetuosa y que, por ser el elemento humano el actor principal, implica sensibilidad y responsabilidad que debe medirse, puesto que la problemática que se va a analizar surge de lo más íntimo y profundo de cada ser, de cada persona"(3); es por eso que "teorizar resulta problemático en este aspecto pedagógico de la formación del hombre. Se complican las cosas al hacer referencia a la sexualidad, ya que se enhebra la vida íntima de cada persona que en grupo se encuentra con barreras ya de índole ético, ya social, económico y aún religioso"(4). Es por esto que en Educación Especial, "...la educación sexual se ubica más en el plano ético que en el plano intelectual, en la construcción de valores morales relacionados con el comportamiento socio-sexual"(5).

Con esto no se quiere decir que las cuestiones de la "transmisión de información" se relativicen o pierdan importancia; al contrario, como mencionamos al principio hay que reconocer la reciprocidad que existe entre educación e instrucción, en donde la "transmisión de información", en su calidad de divulgar el "conocimiento científico" deberá de estar mediada por las

necesidades y cuestionamientos de los sujetos a quien va dirigida. Sólo así adquirirá importancia y significado.

En la educación sexual, el "conocimiento científico" adquiere relevancia, porque es lo que permitirá, una toma de postura más crítica respecto a cualquier tópico, mediante la reflexión y análisis de las implicaciones personales, en el plano emocional, erótico y placentero.

"El tabú del incesto, de la virginidad, fidelidad, adulterio, entre otros, señalan como la sexualidad está impregnada de falsos conocimientos que carecen de explicación lógica (causa y efecto).

Por ello el conocimiento científico se contrapone a la prohibición irracional, a las interpretaciones falsas de la realidad social. La verdad objetiva destruyó toda una serie de creencias erróneas, permitiendo conocer con precisión las causas y efectos de la manifestación de la sexualidad en sus tres aspectos: socio-cultural, psicológico y biológico"(6).

En relación al SIDA, tema del presente documento, y las enfermedades de transmisión sexual en general, lo anterior adquiere sentido ya que la información veraz y actualizada contribuirá de manera significativa a que se puedan tomar las medidas personales, preventivas y de atención, que se consideren pertinentes y que puedan tener un efecto eficaz y oportuno.

#### **ENFERMADADES DE TRANSMISION SEXUAL.**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), también conocidas como enfermedades venéreas, son aquellas que se transmiten por vía sexual, incluyendo el SIDA. A lo largo de la historia de la humanidad y en muchas sociedades, este tipo de enfermedades han sido consideradas un asunto prohibido, sobre el cual es difícil hablar abiertamente, ya que están ligadas a un tabú mayor: el sexo; ya prácticamente denuncian que hubo alguna forma de actividad sexual.

A menudo se escuchan historias pavorosas al respecto, y muchas de esas historias provienen de la época en que el tratamiento de estas enfermedades era muy demorado y agresivo, en muchos casos con resultados fatales. Con el advenimiento de los antibióticos la curación se hizo relativamente fácil y, en la década de los 50, se registró un descenso muy marcado en la incidencia de estos padecimientos; sin embargo, en la de los 70, se inició una nueva alza en el número de personas que sufrían estas enfermedades hasta constituir en nuestros días un gran problema de salud.

Actualmente se prefiere sustituir el término "enfermedades venéreas" por el de "enfermedades de transmisión sexual" por ser menos restringido que el primero,

e involucrar no sólo a las enfermedades clásicas -sífilis, gonorrea-, sino a todas aquellas que se contraen a través del contacto sexual, además por considerarse con menos carga valorativa.

La lista de enfermedades sexualmente transmisibles ha crecido enormemente en los últimos años, al mismo tiempo que ha ido disminuyendo la edad de las personas expuestas a ellas, de tal forma que, actualmente, es frecuente que hombres y mujeres de 14 a 16 años de edad padezcan estas enfermedades. Esto es consecuencia directa de la inadecuada información que tienen los adolescentes especialmente, a cerca de cómo se transmiten, cómo se manifiestan y cómo se evita el contagio. Para los adolescentes, el riesgo de adquirir una enfermedad de éstas es mayor, porque es menos probable que establezcan una relación estable y monogámica; además es común que, debido a la falta de información adecuada, retrasen el tratamiento y no tomen medidas preventivas cuando deciden iniciar su vida sexual activa, lo que, en no pocos casos, ocasiona que sufran de las complicaciones de estas enfermedades.

Por otro lado, las enfermedades de transmisión sexual han tenido una valoración social, en donde para el individuo que es miembro de una pareja monogámica, la posibilidad de tener una enfermedad de este tipo se convierte en una especie de castigo y evidencia de la transgresión al pacto de exclusividad sexual; muchos pacientes se resisten a comunicar al médico su experiencia extramarital, lo que desde luego puede complicar el diagnóstico.

La presencia de una enfermedad de Transmisión Sexual en un individuo que ha tenido relaciones sexuales con su pareja habitual después del probable contacto infectante obliga a implantar tratamiento en ambos miembros de la pareja. Esto, en no pocas ocasiones, resulta difícil y amenazante para la integridad de la pareja. Muchos individuos, aún siendo solteros o sin contar con compañera sexual habitual, se resisten a pedir ayuda profesional, debido a los sentimientos de culpa que experimentan. Esto, aunado al hecho de que los síntomas de algunas de estas enfermedades suelen desaparecer sin tratamiento específico permaneciendo la enfermedad y la posibilidad de contagio, esto dificulta importantemente el control epidemiológico.

Algunos de los factores que han determinado el aumento del número de casos de enfermedades de transmisión sexual son:

- El extraordinario movimiento de población por todo el mundo por motivos de distracción o trabajo.
- Aumento de la actividad sexual como consecuencia del uso de métodos anticonceptivos.
- El desconocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual en casi la totalidad de la población, e incluso, en gran parte del personal de

salud, que ignora la magnitud del problema y la complejidad de su diagnóstico y tratamiento.

- Cambios en la moral y en las costumbres en torno a la conducta sexual.
- El uso indiscriminado e inadecuado de los antibióticos que enmascaran los síntomas, y convierten a muchos individuos en portadores asintomáticos de la enfermedad.

La lista de padecimientos que se considera como enfermedades de transmisión sexual es bastante grande; a continuación se presentan los cuadros clínicos de las más comunes(7):

### GONORREA (Purgación, gota)

¿Cuáles son los síntomas?

- Aparecen entre 2 y 21 días después de tener relaciones sexuales
- La mayoría de las mujeres y hombres no presentan síntomas aun cuando tengan la enfermedad.
- Mujeres:
  - flujo vaginal espeso, amarillo o blanco.
  - Ardor o dolor al orinar o al defecar.
  - Un dolor más intenso que de costumbre durante la menstruación.
  - Cólicos o dolor en la parte baja del abdomen.
- Hombres:
  - Una secreción espesa, amarilla o blanca, que sale del pene.
  - Ardor o dolor al orinar o al defecar.

¿Cómo se contagia?

- Durante las relaciones sexuales, ya sea por la vagina o por el recto, o mientras se practica el sexo oral (mamar el pene, la vagina o el ano) con alguien que tiene gonorrea.

Si no se recibe tratamiento ¿qué puede pasar?

- La persona infectada le puede transmitir la gonorrea a su compañera/o sexual.
- La infección se vuelve cada vez más grave. Se pueden dañar los órganos reproductores.
- Se puede afectar el corazón o puede producir enfermedades de la piel, artritis o ceguera.
- Tanto hombres como mujeres corren el riesgo de no poder tener hijos.
- Una madre con gonorrea puede contagiar a su bebé durante el parto, lo cual puede resultar en malformaciones congénitas.

## URETRITIS NO ESPECIFICA

¿Cuáles son los síntomas?

- Aparecen de 1 a 3 semanas después de tener relaciones sexuales.
- La mayoría de las mujeres y algunos hombres no presentan síntomas, aunque tengan la enfermedad.
- Una secreción amarilla o blanca que fluye del pene.
- Ardor en la vagina o flujo vaginal abundante.
- Ardor o dolor al orinar.

Si no se recibe tratamiento, ¿qué puede pasar?

- La persona infectada le puede transmitir la infección a su compañera/o sexual.
- La infección se puede volver cada vez más grave. Se pueden dañar los órganos reproductores.
- Tanto hombres como mujeres corren el riesgo de no poder tener hijos.
- Una madre que tiene la infección puede contagiar a su bebé durante el parto, lo que puede resultar en defectos congénitos.

## SIFILIS

(Chancro, mala sangre)

¿Cuáles son los síntomas?

Primera etapa:

- Los primeros síntomas aparecen entre 1 y 12 semanas después de tener relaciones sexuales.
- Aparece una llaga o úlcera de color rojiza-café en la boca o en los órganos sexuales, que no es dolorosa.
- Aparece una úlcera dura de 1 a 5 semanas. Esta desaparece pero la sífilis permanece.

Segunda etapa:

- Los síntomas aparecen de 6 semanas a 6 meses después de que brote la úlcera.
- Un salpullido en cualquier parte del cuerpo.
- Gripe.

¿Cómo se contagia?

- Durante las relaciones sexuales, ya sea por la vagina o por el recto, o mientras se practica el sexo oral (mamar o chupar el pene la vagina o el recto) con alguien que tiene sífilis.

Si no se recibe tratamiento, ¿qué puede pasar?

- La persona infectada le puede transmitir la sífilis a su compañera/o sexual.
- Se puede afectar el corazón, el cerebro, producir ceguera o la muerte.

- Una madre que tiene sífilis puede contagiar a su bebé durante el parto. Esto podría resultar en una serie de defectos congénitos o la muerte del bebé.

### VAGINITIS

(Vaginitis bacterial, tricomoniasis, moniliasis)

#### ¿Cuáles son los síntomas?

- Ardor, rasquiña o dolor en la vagina.
- Flujo vaginal más abundante que el normal.
- Flujo vaginal con olor o apariencia distinta a la normal.
- Dolor durante la relación sexual.
- Algunas mujeres no presentan síntomas aunque tengan la infección.

#### ¿Cómo se contagia?

- La vaginitis puede ser causada por el embarazo, los antibióticos, las pastillas anticonceptivas, la menstruación o la diabetes.
- Se puede adquirir durante las relaciones sexuales, ya sea por la vagina o el recto, o mientras se practica el sexo oral. Los hombres pueden ser portadores pasivos (no presentan síntomas).

#### Si no se recibe tratamiento, ¿qué puede pasar?

- La persona infectada puede infectar a su compañera/o sexual.
- Las molestias continúan.
- A los hombres se les puede infectar la próstata y la uretra.

### HERPES

(Genital)

#### ¿Cuáles son los síntomas?

- Aparecen entre 2 y 30 días después de tener relaciones sexuales.
- Síntomas parecidos a la gripe.
- Pequeñas lesiones o ampollas dolorosas en los órganos sexuales y en las nalgas.
- Rasquiña o ardor antes de que aparezcan las ampollas o lesiones.
- Las ampollas duran de 1 a 3 semanas.
- Las ampollas desaparecen y pueden volver a aparecer, pero el herpes permanece.
- Algunas personas no presentan síntomas aunque tengan la enfermedad.

#### ¿Cómo se contagia?

- Durante las relaciones sexuales, ya sea por la vagina o por el recto, o mientras se practica el sexo oral con alguien que tiene herpes aunque no tenga síntomas notorios.

Si no se recibe tratamiento, ¿qué puede pasar?

- La persona infectada puede transmitirlo el herpes a su compañera/o sexual.
- El Herpes no tiene cura. La infección inicial dará paso a un estado latente con episodios periódicos.
- Una madre que tiene herpes puede contagiar a su bebé durante el parto, causándole daño neurológico o la muerte.

### INFECCION CLAMIDAL

¿Cuáles son los síntomas?

- Aparecen entre 7 y 21 días después de tener relaciones sexuales.
- La mayoría de las mujeres y algunos hombres no presentan síntomas aunque tengan la enfermedad.
- Mujeres:
  - Flujo vaginal abundante.
  - Sangrado vaginal entre una y otra menstruación.
  - Ardor o dolor al orinar.
  - Dolor en el abdomen; a veces con fiebre y náusea.
- Hombres:
  - Una secreción blanca que fluye del pene.
  - Ardor o dolor al orinar.

¿Cómo se contagia?

- Durante las relaciones sexuales, ya sea por la vagina o por el recto, o mientras se practica el sexo oral con alguien que tiene la infección clamidal.

Si no se recibe tratamiento, ¿qué puede pasar?

- La persona infectada le puede transmitir la infección clamidal a su compañera/o sexual.
- La infección se puede volver cada vez más grave. Se pueden dañar los órganos reproductores.
- Tanto los hombres como las mujeres corren el riesgo de no poder tener hijos.
- Una madre que tiene la infección clamidal puede contagiar a su bebé durante el parto, causándole daño.

### VERRUGAS GENITALES (Verrugas venéreas)

¿Cuáles son los síntomas?

- Aparecen entre 1 y 6 meses después de tener relaciones sexuales.
- Aparecen pequeñas verrugas en los órganos sexuales y el recto, que no desaparecen.
- Ardor o rasquiña alrededor de los órganos sexuales.

¿Cómo se contagia?

- Durante las relaciones sexuales, ya sea por la vagina o por el recto, o mientras se practica el sexo oral con alguien que tenga verrugas genitales.

Si no se recibe tratamiento, ¿qué puede pasar?

- La persona que tenga verrugas genitales se las puede transmitir a su compañera/o sexual.
- Salen más verrugas y es más difícil hacer que desaparezcan.
- Una madre con verrugas genitales puede contagiar a su bebé durante el parto.
- Puede producir condiciones que a la larga resulten en cáncer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 3º.
2. La Educación de la Sexualidad Humana. Consejo Nacional de Población. México, 1982. Tomo 4, pág. 42.
3. Ibid. pág. 45.
4. Ibid. pág. 49.
5. La Educación Sexual en los Centros de Capacitación de Educación Especial. Dirección General de Educación Especial. Serie Cuadernos Didácticos. S.E.P. 1985, pág. 53.
6. Guía Básica de Educación Sexual para el Maestro de Secundaria. Consejo Nacional de Población-SEP, 1990. Lecturas II, pág. 220.
7. A través del Espejo. El papel del consejero en la prevención del SIDA. Guía de Consejería. AIDSCOM 1991, pág. 14-15.

# S I D A

## ANTECEDENTES GENERALES

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, es hoy en día uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. A pesar de que los avances en las investigaciones sobre la enfermedad han sido muchos, hasta la fecha no se cuenta ni con una vacuna para prevenirla, ni con un tratamiento para curar a las personas enfermas.

Los estudios datan de 1981, cuando en los Estados Unidos comenzaron a aparecer algunos casos de un tipo de neumonía rara y un tipo de cáncer conocido como Sarcoma de Kaposi en un grupo de población de adultos jóvenes que hasta entonces no habían sido afectados por estos padecimientos.

En 1982 en el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos, se determinó que tanto la neumonía como el Sarcoma de Kaposi y otro tipo de infecciones graves, que se estaban diagnosticando en adultos jóvenes, no constitúan en sí, el problema primordial de salud del paciente, sino que era, en última instancia, una manifestación de un problema más amplio y profundo: la alteración adquirida de su sistema de defensa. Esto es, las enfermedades mencionadas habían aparecido en ellos aprovechando una deficiencia de su Sistema Inmunológico. Esa inmunodeficiencia que se había adquirido ponía al organismo en peligro de contraer diferentes infecciones o cánceres ante los cuales, previamente, se había defendido, pero a los que ahora era vulnerable. Con esto se lograba definir el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.

Posteriormente, en 1983 en el Instituto Pasteur en Francia y en 1984 en el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, se descubrió que este padecimiento era causado por un virus hasta entonces desconocido, y que desde 1986 se decidió denominar internacionalmente como el Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH.

A partir de entonces, las investigaciones permitieron conocer, entre otras cosas, los mecanismos de transmisión a través de los cuales las personas se infectaban con el virus. Esto ayudó a poner de relieve que, lo que en un principio se consideró una enfermedad que atacaba a ciertos grupos (denominados en ese momento como de "alto riesgo": homosexuales, hemofílicos, negros, por ejemplo), más que estar en relación con ciertas características del grupo o con

\* Todos los datos estadísticos de este apartado fueron tomados de: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencias Epidemiológicas. Boletín Mensual de SIDA/ETS (México) 7,7:2456-2473 Julio de 1993.

la preferencia sexual del mismo, la transmisión del virus estaba correlacionada con una serie de conductas o prácticas a través de las cuales sucedía el contagio. De esta manera el SIDA dejó de ser una "enfermedad de ciertos grupos" para convertirse en una enfermedad de todos aquéllos que lleven a cabo prácticas que las pongan en riesgo de adquirirla.

En la actualidad el SIDA es un problema grave de salud pública en la mayoría de los países. En la IX Conferencia Internacional sobre SIDA celebrada en la ciudad de Berlín, en junio de 1993, la Organización Mundial de la Salud por medio del director del Programa Mundial para el SIDA, informó de la existencia de 14 millones de personas, en todo el mundo, infectadas con el virus. Las predicciones de esta organización calculan que la cifra podrá llegar a los 30 ó 40 millones de infectados para el año 2000. La cantidad de casos de SIDA fue 20% más que a principios de 1992, y para el año 2000 el número anual se triplicará.

En su extenso informe sobre la evolución de la enfermedad a nivel mundial, ponen énfasis, en que el patrón de transmisión no ha cambiado. En el mundo, tres cuartos del total de infecciones se adquieren por relaciones sexuales, cinco de cada once recién infectados son mujeres. La transmisión madre-hijo ha adquirido mayor importancia, pues en la actualidad un millón de niños se han infectado de esta forma, la mitad por lactancia de madres infectadas a sus hijos.

En México el desarrollo de la enfermedad ha presentado tres tipos de tendencia. Hasta 1986 el incremento fue lento, de 1987 a 1990 el crecimiento fue de tipo exponencial, es decir se ha ido multiplicando, y a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización. Actualmente el país ocupa en tercer lugar en América y el onceavo en el mundo con 14283 casos reportados por las instituciones de salud al Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencias Epidemiológicas (INDRE), encargado de llevar el registro. Sin embargo, las notificaciones de los casos que estas instituciones atienden; por diversas circunstancias no se realizan con oportunidad. Por lo que, en un análisis del comportamiento de la enfermedad por zonas, considerando algunos aspectos como formas de transmisión preponderantes, antigüedad de los primeros casos de SIDA en la región, la adopción de medidas preventivas, etc.; el INDRE estima que el número de casos de SIDA en México es de 21710, al corregir el retraso en la notificación y la subnotificación.

Hasta el 30 de junio de 1993 se había notificado un total de 11889 casos de hombres adultos, 3846 (39.7%) homosexuales, 2674 (27.6%) bisexuales y 1953 (20.2%) heterosexuales. Del total de casos notificados en hombres 8473 (87.5%) son atribuibles a transmisión sexual. De la misma manera, hasta junio de 1993 existían notificados 1963 casos de mujeres adultas, 40.5% se atribuyen a transmisión heterosexual, 56.5% a transfusión de productos sanguíneos y 0.7% por otras vías de transmisión.

Más de la mitad del total de casos, 7434 (52%) han fallecido, continúan vivos 5683 (39.8%) y se desconoce la evolución de 1166 (8.2%).

Otros datos a considerar son que el rango de población que se ve más afectado - 20 a 45 años- es la gente joven en edad productiva; y en un poco más del 80% de los casos fue por transmisión sexual.

De lo anterior se desprende la necesidad de implementar medidas preventivas que ayuden a frenar el avance de la enfermedad, a través de la comprensión del riesgo en que estamos todos, en tanto participemos de prácticas que nos expongan al contagio. La Organización Mundial de la Salud propone desarrollar un programa de prevención que incluya:

- La promoción y distribución de condones.
- El tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual debido a que facilitan el contagio del virus del SIDA.
- La educación sobre SIDA en las escuelas y en los medios de comunicación.
- La promoción del uso del condón por las prostitutas y sus clientes.
- Mantener el suministro de sangre segura.
- Programas de intercambio de jeringas estériles para usuarios de drogas intravenosas.

#### **ASPECTOS RELEVANTES SOBRE SIDA**

##### **¿QUÉ ES EL SIDA?**

SIDA es una enfermedad infecciosa, contagiosa y prevenible, en la actualidad incurable y mortal, que afecta las defensas del organismo favoreciendo la aparición de infecciones graves y cánceres; constituyendo a la fecha, un grave problema de salud pública.

SIDA es la abreviatura para designar al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SINDROME es el conjunto de síntomas y signos que existen a un mismo tiempo y definen clínicamente un estado patológico.

**INMUNODEFICIENCIA** se refiere a la disminución de las defensas que el organismo tiene contra las mismas bacterias, hongos, parásitos que lo pueden atacar y enfermar.

**ADQUIRIDA** se refiere a la deficiencia que no es genética sino que se contrae durante el embarazo o en otro momento de la vida.

En el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida constituye una serie de síntomas y signos que se presentan debido a alteraciones en el Sistema de Defensa.

### SISTEMA DE DEFENSA

El Sistema de Defensa son las formas que tiene el organismo para defenderse de cualquier agente extraño. Esto lo realiza a través de distintos mecanismos de defensa.

Sin embargo el organismo no cuenta sólo con uno de estos mecanismos.

1. En un primer momento, ante el agente extraño, nuestro organismo presenta una defensa inicial, que constituye la primera línea de batalla. Esta defensa se lleva a cabo a través de:

- Barreras naturales (piel, mucosa).
- Sustancias (ácidas, grasas de la piel, saliva).
- Cierta tipo de células o glóbulos blancos (neutrófilas, que dan lugar a la pus).

Su función es evitar la entrada y daño del agresor y destruirlo, sea cual fuere este.

Ahora bien en caso de que esta primera fuerza sea insuficiente para detener al enemigo, el organismo pone en acción una segunda línea defensora, más efectiva y específica.

Esta segunda línea defensiva constituye el Sistema Inmunológico.

2. El Sistema Inmunológico es el encargado de defender al cuerpo humano de los agentes extraños de una manera específica. Está compuesto por una serie de células especializadas que no tiene una localización precisa, distribuyéndose en todo el organismo. Se concentran en: los ganglios linfáticos, el bazo, el timo y la médula osea.

Las células del sistema inmunológico son:

- a) Un tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos, encargados de defender y fabricar anticuerpos y,
- b) las macrófagos encargadas de atrapar el agente agresor y presentarlo ante los linfocitos para que empiecen actuar.

## **FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA INMUNOLOGICO**

El sistema inmunológico se pone en acción con un estímulo específico (agente extraño o infeccioso); desarrolla una memoria, una vez que ya estuvo en contacto con un agente agresor, lo reconoce si vuelve a ponerse en contacto con él.

Cuando una bacteria o virus entra en nuestro organismo, los glóbulos blancos lo reconocen como un peligro para la salud. En un primer momento, los macrófagos tratan de devorarlo, lo procesan para presentarlo ante los linfocitos, quienes lo reconocen y elaboran anticuerpos para destruirlos.

## **VIH**

El SIDA es causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) para el cual, como para todos los virus, no existe cura. En la mayoría de los casos es mortal.

Antes de la aparición del SIDA no se conocía este virus, fue descubierto hasta 1983 por Lue Montagnier y Jean Claude Chermann en el Instituto Pasteur.

Existen virus que atacan al sistema respiratorio (como el virus de la gripe), otros atacan a órganos específicos (como el virus de la hepatitis); la peculiaridad del VIH es que ataca las células del sistema inmunológico.

Como todo virus requiere hospedarse en una célula viva. Las células en las que se aloja el VIH son los linfocitos, aunque también lo hace en otras células como las macrófagos y células epiteliales.

Los linfocitos se hayan en grandes concentraciones en la sangre, en el semen y en la secreción vaginal; por lo tanto el VIH se localiza fundamentalmente, en estos líquidos corporales.

El virus es muy lábil, es decir que es poco resistente al calor y al frío, así como a agentes químicos; de ahí que desinfectantes de uso común (como el alcohol, detergente, agua oxigenada, cloro casero) lo destruyan. Además para sobrevivir requiere estar dentro de una célula viva.

## **VIH y Sistema Inmunológico**

Cuando el VIH entra al organismo y se aloja en las células (linfocitos y macrófagos) integra sus ordenes al material genético de la misma, provocando una alteración en el funcionamiento de la célula infectada; o dependiendo de diversos factores internos y externos, el virus puede empezar a replicarse destruyendo las células que lo alojan disminuyendo así el número de las mismas. Como el virus ataca específicamente a los linfocitos y macrófagos, el sistema inmunológico será incapaz de llevar a cabo la defensa contra agentes externos, quedando expuesto el organismo a cualquier infección o desarrollo de cánceres.

Es así como la persona infectada con el VIH no muere propiamente de SIDA sino del conjunto de enfermedades oportunistas que se desarrollan debido a la deficiencia inmunológica de su organismo.

#### FORMAS DE CONTAGIO

Para que una persona pueda contagiarse de VIH es necesario que su sangre entre en contacto con la sangre, fluidos vaginales o semen de otra persona infectada. Este contacto puede ser de varias formas:

##### a) Sangre-sangre

- Por transfusiones sanguíneas con sangre infectada y uso de agujas para jeringas, tatuajes, perforación de orejas o acupuntura, que han sido utilizadas con anterioridad y no fueron esterilizadas.

- Por utilizar material quirúrgico u odontológico infectado y no haberse esterilizado.

- Cuando una mujer infectada con VIH se embaraza le transmite el virus a su hijo a través de la placenta o durante el parto, sin importar la forma en que ella lo adquirió.

En todo contacto sexual sin protección se producen pequeñas irritaciones y rosaduras (microscópicas) mediante los cuales puede darse intercambio de sangre.

##### b) Semen-Sangre

- Coito Vaginal: El semen puede entrar al torrente sanguíneo a partir de pequeñas lesiones en la mucosa vaginal o directamente por células de la mucosa que se infectan sin presencia de heridas.

- Coito Anal: El tejido rectal absorbe el semen rápidamente y lo lleva al torrente sanguíneo. La absorción se facilita por las pequeñas heridas que comúnmente existen en este tejido, y quien penetra puede ser contagiado debido a que minúsculas partículas de excremento con sangre pueden entrar a través de la uretra del hombre y pasar al torrente sanguíneo.

- Coito Oral: Si existe alguna herida como caries, garganta irritada, labios partidos o fuegos en la boca, y se pone en contacto con semen o sangre.

### c) Fluidos Vaginales-Sangre

- Coito Vaginal: Por el contacto del orificio uretral del pene con los fluidos vaginales, ya que éstos entran en la uretra y los tejidos del pene los absorben.

- Coito Oral: Si los fluidos vaginales llegan a una boca con heridas. Esto puede ser más riesgoso si la mujer está menstruando.

Es importante conocer aquellas prácticas que nos pueden predisponer al contagio del VIH pero también es necesario saber que el contacto casual con personas seropositivas o con SIDA no provoca el contagio. Entendiéndose por contacto casual todo tipo de acercamiento cotidiano, que no incluya relaciones sexuales, tales como el saludo (aún de beso), abrazar, compartir utensilios domésticos, sanitarios, albercas, ropa; tampoco estornudos o tos. No se han registrado casos de contagio por saliva, lágrimas u otro fluido corporal que no sea sangre, semen, fluidos vaginales o leche materna, y aún estos fluidos no son infectantes si no se encuentran en condiciones que permitan que el VIH sobreviva.

## GRUPOS O PRACTICAS DE RIESGO

Pese a que los primeros casos de SIDA en América, se presentaron en homosexuales la enfermedad no es propia del grupo debido sólo a su preferencia sexual, sino más bien, está relacionada con las prácticas sexuales.

Un grupo de riesgo es aquel grupo poblacional que tiene alta posibilidad de contraer una enfermedad. Sin embargo, en cuanto al SIDA es claro ya que no existe grupos de riesgo, si en cambio, prácticas de riesgo.

Para esto veamos algunos ejemplos de grupos poblacionales.

- ¿Enfermedad de hombres?

Aunque en nuestro país la relación de hombres/mujeres, a la fecha, es de 10%, es decir, hay 10 hombres enfermos por cada mujer enferma, esto no

significa que el hombre está "más propenso" a contagiarse por el VIH. En este caso la variable está también en función del tipo de prácticas y no del sexo de la persona. Como lo muestra la distribución de la enfermedad en Africa, el número de hombres y mujeres es el mismo, siendo entonces la proporción de hombre/mujer de 1/1.

- ¿Enfermedad de jóvenes?

Aunque en nuestro país, actualmente, su mayor incidencia es en el grupo etario (de edad) de 20 a 45 años, el SIDA puede presentarse en cualquier edad; desde menos de un año hasta la senectud, si cualquiera de ellos se hayan expuestos al contagio, a través de algún mecanismo de transmisión. Así un feto puede infectarse en el útero, si la madre está infectada por el VIH, recibiendo el bebé sangre infectada a través de la placenta.

- ¿Enfermedad de Africanos?

Si bien los primeros casos de SIDA aparentemente se presentaron en dicho continente, actualmente, existen casos en mayor o menor proporción en todos los continentes. Tampoco es una enfermedad asociada con algún grupo étnico en especial, ya que se han reportado casos en todas las razas.

- ¿Enfermedad de estratos socioeconómicos?

El SIDA se presenta en toda clase social y también en diferentes tipos de profesiones u ocupaciones. El mayor número de casos, en algunos de estos, más que estar relacionados con las características de la profesión en sí, lo está más bien, con el tipo de prácticas sexuales que se tengan.

Consideramos conveniente mencionar que, existen diferencias entre estas prácticas, las hay:

- Prácticas sin Riesgo.

- Abrazos y caricias
- Besos secos
- Masajes
- Frotarse el cuerpo mutuamente
- Masturbación mutua

- Prácticas de Bajo Riesgo, posiblemente peligrosas

- Besos profundos
- Penetración vaginal usando condón
- Penetración anal usando condón
- Sexo oral (mamar el pene) con condón
- Cunnilingus (contacto bucal con la vagina)

- Prácticas de Alto Riesgo

- Penetración anal sin condón
- Penetración vaginal sin condón
- Sexo oro-anal (contacto bucal con el ano)

- Contacto con sangre
- Semen u orina en la boca
- Compartir juguetes sexuales

## EVALUACION DE LA ENFERMEDAD

La mayoría de las personas confunde el hecho de estar infectado con VIH y estar enfermo de SIDA. Realmente hay una gran diferencia; los enfermos de SIDA representan la mínima parte de todos los portadores del virus.

Según datos oficiales (CONASIDA, junio 1990) por cada enfermo de SIDA existen alrededor de 30 a 35 portadores del virus, quienes en su mayoría ignoran que lo son, por que no han desarrollado síntomas de SIDA.

A estas personas se les conoce como SEROPOSITIVOS, lo que significa que en el suero de la sangre se han encontrado anticuerpos al VIH. Estas personas pueden tener una apariencia totalmente sana y no presentar algún síntoma por varios años, pero si pueden transmitir la infección a otras personas que no tengan el virus.

Algunas de estas personas pueden pasar a una etapa posterior de la infección llamada COMPLEJO RELACIONADO AL SIDA (CRS) que se caracteriza por la aparición de enfermedades recurrentes, generalmente del aparato respiratorio y/o digestivo. Muchas veces las personas con CRS ignoran que sus padecimientos son causados por el VIH lo cual impide que tomen precauciones para evitar contagiar a otros, así como buscar la asistencia médica pertinente. Esta etapa puede tener una duración de varios días hasta varios años.

Los síntomas más comunes son:

- Diarreas ininterrumpidas por más de un mes y resistencias al tratamiento
- Pérdida excesiva y rápida de peso (10% del peso total en un mes)
- Complicaciones de enfermedades respiratorias y tos seca.
- Fiebres y sudoraciones excesivas, vespertinas y nocturnas.
- Ganglios inflamados por más de tres meses, especialmente en cuello y axilas.
- Manchas anormales en la piel, rojas o moradas, que no desaparecen.
- Una capa espesa y blanca en la lengua.
- Propensión a las hemorragias.
- Fatiga inexplicable y prolongada.

Muchos de estos síntomas son también característicos de otras enfermedades y no necesariamente significan que una persona tenga el SIDA. Para considerar la posibilidad de que se está enfermo de SIDA deben presentarse varios síntomas juntos sin causa aparente.

## ETAPAS DE LA ENFERMEDAD

### Espectro de la enfermedad

Es la secuencia de hechos que acontecen en el organismo humano desde el tiempo de exposición al agente etiológico hasta el de la muerte. Comprende dos etapas principales:

- a) La asintomática.- en la que aún no se presenta ningún síntoma y por lo tanto, la enfermedad no puede ser detectada.
- b) La sintomática.- en la que hay signos y síntomas evidentes de la enfermedad.

En el caso del SIDA el espectro de la enfermedad es la secuencia de hechos que acontecen en la persona desde que se expone al VIH hasta que muere. Para que una persona se enferme de SIDA debe estar expuesto al VIH y/o contagiarse a través de las diferentes prácticas de riesgo. Es importante aclarar que el SIDA no se contagia, lo que se contagia es el virus (VIH) que lo produce.

### Pruebas de Detección:

Para saber si se está contagiado o no, es a través de una prueba de laboratorio, pues ni el médico, ni la persona pueden determinarlo mediante exploración o una entrevista.

La prueba de laboratorio consiste en un examen de la sangre a través de la cual se detectan anticuerpos que el organismo ha desarrollado contra el VIH.

Por lo tanto mediante esta prueba conocida como PRUEBA DE ELISA, no se determina si la persona tiene o no el VIH en su sangre, sino que existe en la sangre la presencia de anticuerpos desarrollados contra éste.

La PRUEBA DE ELISA es extremadamente confiable, sin embargo, su enorme sensibilidad hace que detecte algunas veces falsos positivos (es decir que señale como positivas a personas que no lo son en realidad). Por este hecho es importante confirmar el resultado de la prueba a través de una más específica.

Por ello, cuando la PRUEBA DE ELISA ha dado un resultado positivo debe imperativamente ser confirmada la infección por el virus con otra prueba, la WESTERN BLOT, esta prueba permite eliminar los falsos positivos.

Un resultado positivo significa:

1) La presencia de anticuerpos contra el VIH sugiere que la persona ha estado en contacto con el virus, desarrollando anticuerpos contra él. Se dice que la persona es seropositiva al VIH.

2) Por lo tanto, que está infectada y puede, a su vez, infectar a otras personas, transmitiendo el VIH, a través de su sangre, semen o secreciones vaginales.

3) Más no significa, necesariamente, que la persona tenga SIDA, es decir, que haya desarrollado la enfermedad; para determinar esto se requiere un examen médico específico.

Un resultado negativo que significa:

1) Que por el momento, la persona no presenta anticuerpos contra el VIH porque:

- No ha estado en contacto con el virus.
- Aún no se ha contagiado, en el caso de haber estado expuesto a él. Pero puede contagiarse si continúa exponiéndose.
- Aún no ha transcurrido suficiente tiempo después del contagio para que haya formado anticuerpos.

Periodo de Seroconversión:

Es el periodo que comprende desde el momento en que la persona sana estuvo en contacto con el virus, contagiándose, hasta el momento en el que se forman anticuerpos en su sangre y se pueden detectar; este periodo puede ser de 6 a 8 semanas. De allí que si la prueba de detección se realiza en ese lapso no aparecerán anticuerpos contra el VIH. Sin embargo esto no significa que la persona no esté contagiada, sino que aún no los ha desarrollado. Por esto se sugiere a las personas con prácticas de riesgo que se realicen periódicamente la prueba, para determinar si están en el periodo de seroconversión o realmente no se han contagiado.

Periodo de Incubación:

En el caso del SIDA, el periodo de incubación, es decir, el tiempo transcurrido desde el contagio hasta la aparición de los primeros síntomas es variable y puede extenderse desde algunos meses hasta varios años.

A la fecha se ha observado que sólo del 30% al 50% de las personas infectadas con el VIH han desarrollado SIDA después de 3 a 5 años. Incluso existen casos con un periodo de incubación de hasta 10 o 15 años.

Los determinantes de un periodo corto o prolongado de incubación no se conocen. Algunos estudios hablan de factores como la edad, forma de contagio, estado físico o aspectos hereditarios para algunas enfermedades pero hasta el momento esto no ha podido precisarse.

## PREVENCIÓN

La prevención de infección por VIH para cualquier persona, involucra situaciones que tienen que ver con la toma de conciencia del papel que cada uno de nosotros desempeña en la no propagación.

Las actividades preventivas deben ser principalmente en dos sentidos.

1.- Cuidar que los productos sanguíneos que se utilizan con fines terapéuticos, estén en condiciones óptimas para su uso, no sólo libres del VIH sino de otros virus como el de la hepatitis. Este control puede resultar costoso en algunos casos pero es relativamente sencillo.

2.- Educar a la población en general para la toma de conciencia y responsabilidad de sus prácticas sexuales. Esta tarea resulta más compleja que la anterior ya que se trata de cambiar prácticas habituales en los individuos y que forman parte de su vida cotidiana. Es decir incluir en sus prácticas el sexo seguro: que se refiere a aquellas que se han considerado sin riesgo de contacto con fluidos infectantes de otra persona como besos, abrazos, masturbación, masajes y el uso de preservativos para cualquier tipo de coito.

Si bien, estas prácticas no garantizan totalmente la prevención del contagio del virus, llevarlas a cabo siempre de manera adecuada es el método más eficaz para evitar su transmisión.

## USO CORRECTO DEL CONDON

Por el momento no hay alternativa mejor ante el SIDA que la prevención. Y dentro de las cosas que debemos saber para prevenir el contagio del VIH por la vía sexual, es el uso correcto del condón.

Algunas personas creen que si están usando otro método anticonceptivo, no tiene necesidad de usar el condón. Esto es falso, no importa con quién se esté teniendo la relación sexual ni si se están o no usando métodos anticonceptivos. El uso del condón es insustituible para prevenir el contagio del VIH.

Así pues, al disponernos a usar un condón, lo primero que tenemos que hacer es:

1.- Verificar que el condón sea de latex.

2.- Verificar su fecha de caducidad, que viene impresa en el empaque del condón, generalmente con la abreviatura "EXP" (expira), seguida del mes y el año en que caduca. Por ejemplo, puede decir EXP 04/92, lo que significa que expira el mes 4 (abril) del año de 1992. Generalmente el tiempo de vigencia de los condones es de cinco años. Sin embargo las condiciones de almacenamiento muchas veces no permiten que el condón llegue en buen estado hasta la fecha límite de caducidad, por lo que se recomienda usarlo hasta 2 años y medio antes de esta fecha.

Otras presentaciones de preservativos no tienen la fecha de caducidad sino la de fabricación. En tal caso las letras que lo indican son "MFG" (manufacturado) y, nuevamente con número, el mes y el año. En dicha situación, sólo se debe usar dos años y medio después de la fecha impresa en la envoltura del condón.

3.- Verificar que el empaque esté herméticamente sellado, apoyando el dedo índice en una cara del empaque contra el dedo pulgar por la otra cara. El empaque debe tener un "colchoncito" de aire adentro, no estar totalmente aplanado, para saber que se puede utilizar.

4.- Abrir con cuidado la envoltura por una de las orillas para evitar rasgar o romper con las uñas el condón.

5.- Comprobar que el condón está del lado que se puede espacio entre la punta del condón y la cabeza del pene para que allí pueda depositarse el semen.

6.- Existen en el mercado lubricantes solubles en agua (KY, Hidrogel, Lubrigel), hechos a base de glicerina, para facilitar la penetración y producir mayor sensibilidad. Ponga unas gotas de este lubricante en el espacio que va a

cubrir la punta del pene (glande). NO lubrique el condón con sustancias grasosas o aceites (vaselina, cremas para el cuerpo, aceite de cocina) porque estas sustancias deterioran el latex del que está hecho el condón y hacen que se perforo o se desintegre.

7.- Es importante que si el hombre no está circuncidado, se corra hacia atrás la piel que cubre la cabeza del pene (el prepucio) hasta descubrirla completamente antes de colocar el condón.

8.- Una vez que el pene está completamente erecto, sostener el condón por la punta y desarrollarlo cubriendo el pene hasta la base. Verificar que no queden burbujas de aire entre el condón y el pene pues la fricción y el movimiento durante el coito pueden romperlo. Aplicar más lubricante sobre el condón ya puesto para facilitar la penetración, si así lo requiere.

9.- Durante la relación sexual, es importante verificar que el borde del condón siga en la base del pene, porque por el movimiento el condón se puede ir corriendo hacia la punta y salirse.

10. Retirar el pene antes de perder la erección para evitar que el condón se salga y el semen se escurra. Para retirarse después de la eyaculación y con el pene todavía erecto, se debe sostener el borde del condón en la base del pene. Así se evita que el preservativo se quede adentro.

11. Tirar el condón utilizado a la basura y usar un condón nuevo para cada relación sexual. Antes de tirarlo es aconsejable hacer un nudo en la base que impida el derramamiento del semen.

\* No utilizar el mismo condón usado para una penetración vaginal si hubo penetración anal o viceversa.

\* Los condones no deben exponerse al calor o frío excesivos, ya que el material del que están hechos es sensible a los cambios extremos de temperatura y pueden romperse en el momento de usarlos.

Si el hombre nunca ha usado un condón debe practicar su uso sin la pareja. De la misma forma, si la mujer nunca lo ha colocado, debe ensayar ponerlo en un objeto parecido a un pene erecto. Así comprobarán la resistencia del condón y tendrán un conocimiento real de su consistencia, olor y textura. De esta manera, en el momento de la relación sexual el condón no será un extraño entre la pareja sino un elemento conocido en el que se puede confiar.

\* Es importante tener presente que el uso correcto del condón es el único instrumento que tenemos hasta ahora para seguir teniendo actividad plena y con menos riesgo de contagio del VIH.

#### **VENTAJAS ADICIONALES**

- No se necesita prescripción o examen médico.
- No tiene efectos secundarios.
- Son relativamente baratos.
- Ayudan a proteger contra otras enfermedades venéreas y el embarazo.
- Puede ayudar a prevenir el cáncer cervical.

#### **ALGUNAS DESVENTAJAS**

- Se pueden romper si no se usan correctamente o si el paquete indica que ya se vencieron.
- Ambas personas tienen que estar de acuerdo en usarlo.
- Puede interrumpir la actividad sexual.
- Hay que usar un condón nuevo para cada relación sexual.
- Es preciso planificar su disponibilidad antes de cada relación sexual.

## **DERECHOS HUMANOS**

Si se vive con VIH o SIDA, o se convive con personas contagiadas, es importante tener presente que en México estos son sus derechos fundamentales:

- 1.- La ley protege a todos los individuos por igual, en consecuencia, no deben sufrir discriminación de ningún tipo.
- 2.- No están obligados a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que viven con VIH o que han desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria deciden someterse a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tienen derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
- 3.- En ningún caso pueden ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA.
- 4.- No podrá restringirse su libre tránsito dentro del territorio nacional.
- 5.- Si desean contraer matrimonio no podrán ser obligados a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
- 6.- Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.
- 7.- Al solicitar empleo no podrán ser obligados a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
- 8.- No se les puede privar del derecho a superarse mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones públicas o privadas.
- 9.- Tienen derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
- 10.- Tienen derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerse.
- 11.- Si se vive con VIH o se ha desarrollado SIDA, se tiene derecho a recibir información sobre el padecimiento, sus consecuencias y tratamientos posibles.
- 12.- Tienen derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida.

**13.- Tienen derecho a una atención médica digna, y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.**

**14.- Tienen derecho a una muerte y servicio funerario dignos.**

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

- 1.- **A Través del Espejo, El Papel del Consejero en la Prevención del SIDA. Guía de Consejería, 1991. México:AIDSCOM.**
- 2.- **En Acción con los Jóvenes. Manual de Capacitación, 1990. México: Liga de Sociedades de la Cruz Roja/Media Luna Roja.**
- 3.- **Hernández J. C., Ramírez H. y Reyes S., 1989. SIDA: Información para dar a los Clientes en la Farmacia. México: CONASIDA/S.S./IMIFAP.**
- 4.- **SIDA: Manual de Trabajo para Capacitadores, 1990. México: CONASIDA/S.S.A.**

## CENTROS DE ORIENTACION

A continuación se presentan los datos de algunos centros e instituciones en donde se puede obtener mayor información. Algunos de estos centros realizan actividades de educación y difusión sobre SIDA, además de brindar atención a personas enfermas o que viven con VIH.

### CONASIDA:

- TELSIDA: 207.40.77  
Lunes a Viernes 9-21 hrs.  
Sábado, Domingo y días festivos 10-16 hrs.
- CENTROS DE INFORMACION SOBRE SIDA  
ZONA SUR: Comercio y Administración N° 35  
Copilco Universidad. 554.64.65  
Lunes a Viernes 9-19 hrs.

ZONA NORTE: Flora N° 8  
Roma. 207.42.05  
Lunes a Viernes 9-21 hrs.

CRIDIS: Centro Regional de Intercambio Documentación  
e Información sobre SIDA.  
Comercio y Administración N° 35  
Copilco Universidad.  
Lunes a Viernes 9-14 hrs.

COESIDA: Comités Estatales de Prevención y Control de  
SIDA. Ubicados en todas las capitales de los  
estados de la República Mexicana.

FUNDACION MEXICANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA, A.C.  
Calle 19 N° 75  
San Pedro de los Pinos.  
515.79.13 273.38.07

FUNDACION MEXICANA PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR, A.C.  
Juárez N° 8  
Tlalpan  
573.71.00 573.70.70 Fax.655.12.65

## **BIBLIOGRAFIA SUGERIDA**

Existe gran diversidad de publicaciones en relación al tema del SIDA, aparecen en forma de libros, boletines o gacetas que editan alguna instituciones. A continuación, se presentan referencias bibliográficas que pueden servir de consulta a todo aquel interesado en ampliar la información sobre el tema.

- Aguilar José, et, al. 1989. Sexualidad, lo que todo adolescente debe saber. Ed. SITESA. México.
- Barre-Sinnoussif et, al. 1989. El SIDA en preguntas. Ed. Edivisión. México.
- Galván Francisco, 1986. El SIDA en México. Ed. UNAM. México.
- Hein Karen et, al. 1989. Viviendo con SIDA y VIH. Ed. El Manual Moderno. México.
- Lizárraga Javier, 1991. Textos y contextos sobre SIDA. Ed. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México.
- Sepúlveda A. Jaime, 1989. Sociedad y SIDA en México. Ed. FCE. México.
- SIDA-E.T.S. Boletín Mensual del Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencias Epidemiológicas/CONASIDA. México.

**ANEXO 2**

**CUESTIONARIO**

#### INSTRUCCIONES

- De antemano queremos agradecerle su participación en este trabajo
- La información que a continuación se le pide, es estrictamente confidencial y anonima. Será utilizada unicamente para fines de análisis
- No anote su nombre en el cuestionario.
- Conteste por favor con veracidad todas las preguntas.
- Marque con una (x) su respuesta o en su caso escriba lo que se le pide.
- Cuando termine guarde el cuestionario en el sobre y cierrelo.

1.- Puesto que desempeña dentro de la D. G. E. E.:

2.- Edad:

3.- Sexo:

4.- Nivel máximo de escolaridad:

A continuación se presentan una serie de aseveraciones. Por favor indique que tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de ellas.

- (1) EN DESACUERDO
- (2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
- (3) DE ACUERDO

- 5.- Cuando una persona parece tener síntomas de SIDA se debe hospitalizar.....(1) (2) (3)
- 6.- Los enfermos de SIDA deben evitar el contacto con otras personas.....(1) (2) (3)
- 7.- Pienso que la gente rechaza a los enfermos de SIDA.....(1) (2) (3)
- 8.- Creo que es mejor evitar a cualquier persona con SIDA.....(1) (2) (3)
- 9.- Me da miedo pensar que personas con SIDA vivan cerca de mi casa.....(1) (2) (3)
- 10.- Las personas con virus de SIDA deben evitar trabajar e ir a la escuela.....(1) (2) (3)
- 11.- A las personas con SIDA se les debe tratar igual que a las demás.....(1) (2) (3)
- 12.- Considero que es posible trabajar o estudiar con alguien que tiene SIDA.....(1) (2) (3)
- 13.- Yo no viviría en la misma casa con un enfermo de SIDA.....(1) (2) (3)
- 14.- No le confiaría a una persona con SIDA a un hijo para cuidarlo.....(1) (2) (3)

15.- No aceptaría que mis hijos fueran a una escuela  
donde aceptan niños con SIDA.....(1) (2) (3)

16.- Yo no trabajaría con un enfermo de SIDA.....(1) (2) (3)

17.- Explique brevemente ¿qué es el SIDA (Síndrome de  
Inmunodeficiencia Adquirida)?

18.- ¿Cuales son las principales formas de contagio?

19.- ¿Es posible que una persona contagiada por el virus del SIDA  
no muestre los síntomas de la enfermedad?

- (1) SI
- (2) NO
- (3) NO SE, NO ESTOY SEGURO(A)

20.- Una persona que no presenta los síntomas de la enfermedad  
y tiene el virus que causa el SIDA ¿puede contagiar a otra  
persona?

- (1) SI
- (2) NO
- (3) NO SE, NO ESTOY SEGURO(A)

Señale por favor qué tan grande considera que es el riesgo de  
contagiarse del virus del SIDA al realizar las siguientes  
actividades:

- (1) NADA RIESGOSO
- (2) MEDIANAMENTE RIESGOSO
- (3) MUY RIESGOSO

- 21.- Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA.....(1) (2) (3)
- 22.- Jugar con un niño que tiene SIDA.....(1) (2) (3)
- 23.- Acudir a una clínica dental o de salud en la que se atiende a gente con SIDA.....(1) (2) (3)
- 24.- Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA....(1) (2) (3)
  
- 25.- Masturbación mutua (estimularse uno al otro para tener un orgasmo) con una pareja ocasional.....(1) (2) (3)
- 26.- Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional aunque se use preservativo.....(1) (2) (3)
  
- 27.- Sexo oral con alguien que no se conoce bien.....(1) (2) (3)
- 28.- Tener relaciones sexuales anales sin usar el preservativo con una pareja ocasional.....(1) (2) (3)
- 29.- Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar el preservativo.....(1) (2) (3)
- 30.- Usar baños públicos.....(1) (2) (3)
- 31.- Nadar en albercas públicas.....(1) (2) (3)
- 32.- Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo.....(1) (2) (3)
- 33.- Inyectarse drogas como heroína, cocaína, etc.....(1) (2) (3)
- 34.- Usar una jeringa o aguja usada por otra persona sin haberla esterilizado previamente.....(1) (2) (3)
- 35.- Donar sangre.....(1) (2) (3)
- 36.- Recibir una transfusión sanguínea en el hospital.(1) (2) (3)
- 37.- Tener relaciones sexuales usando el preservativo con una persona que se inyecta drogas.....(1) (2) (3)
- 38.- Tener relaciones sexuales con muchas personas....(1) (2) (3)

39.- ¿Cree que una persona con SIDA puede curarse?

- (1) SI
- (2) NO
- (3) NO SE, NO ESTOY SEGURO(A)

40.- ¿Qué piensa que debe hacer una persona con SIDA para evitar infectar a otras personas?

41.- ¿Considera que el SIDA representa una amenaza para la salud de su comunidad?

- (1) SI
- (2) NO

42.- ¿Qué posibilidades hay de que las siguientes personas se contagien de SIDA?

NINGUNA    REGULARES    MUCHAS

- |  |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|
| - Hombre homosexual con una pareja.....          | (1) | (2) | (3) |
| - Hombre homosexual con más de una pareja.....   | (1) | (2) | (3) |
| - Mujer homosexual con una pareja.....           | (1) | (2) | (3) |
| - Mujer homosexual con más de una pareja.....    | (1) | (2) | (3) |
| - Hombre heterosexual con una pareja.....        | (1) | (2) | (3) |
| - Hombre heterosexual con más de una pareja..... | (1) | (2) | (3) |
| - Mujer heterosexual con una pareja.....         | (1) | (2) | (3) |
| - Mujer heterosexual con más de una pareja.....  | (1) | (2) | (3) |
| - Hombres o mujeres bisexuales.....              | (1) | (2) | (3) |
| - Usted.....                                     | (1) | (2) | (3) |

43.- ¿Qué tanto le preocupa contagiarse de SIDA?

- (1) NADA
- (2) ALGO
- (3) MUCHO

44.- ¿Puede una persona evitar contraer el SIDA cambiando su comportamiento, es decir, haciendo algunas cosas y dejando de hacer otras?

- (1) SI                    COMO CUALES:
- (2) NO
- (3) NO SE, NO ESTOY SEGURO(A)

45.- ¿Tiene pensado cambiar alguna de sus conductas como resultado de lo que ha oído o aprendido sobre SIDA?

- (1) SI                    COMO CUALES:
- (2) NO
- (3) NO SE, NO ESTOY SEGURO(A)

46.- ¿Sabe donde pueden hacerle la prueba de detección del SIDA?

- (1) SI
- (2) NO

47.- ¿Se ha realizado la prueba?

- (1) SI
- (2) NO

48.- ¿Estaría dispuesto a realizársela?

- (1) SI
- (2) NO
- (3) NO SE, NO ESTOY SEGURO(A)

Las personas piensan diferentes cosas sobre los condones o preservativos. A continuación le presentamos algunas afirmaciones al respecto, por favor, tache para cada una la opción que más se acerque a su manera de pensar.

(1) NO  
(2) SI

- 49.- Los preservativos o condones hacen las relaciones sexuales más placenteras.....(1) (2)
- 50.- Los preservativos o condones son más apropiados para usar con parejas ocasionales.....(1) (2)
- 51.- Los preservativos o condones pueden quedarse dentro de la matriz o el estomago.....(1) (2)
- 52.- El precio de los preservativos o condones es muy alto para usarlos con frecuencia.....(1) (2)
- 53.- Los preservativos o condones son más apropiados para usarse con la esposa o pareja habitual.....(1) (2)
- 54.- Los preservativos o condones son fáciles de usar..(1) (2)
- 55.- Yo aceptaría el uso de preservativo o condón si mi pareja me lo pidiera.....(1) (2)
- 56.- Los preservativos o condones pueden hacer que el hombre pierda la erección.....(1) (2)
- 57.- No tener preservativo o condón es una buena razón para rechazar las relaciones sexuales con una pareja ocasional.....(1) (2)
- 58.- Específicamente, en relación con el documento "Información Básica Sobre SIDA", por favor anote sus comentarios y sugerencias en relación a los siguientes aspectos:
- contenido
  - estructura
  - presentación
  - utilidad para los maestros

## BIBLIOGRAFIA

- Acuerdo Nacional Para la Modernización de la Educación Básica. (1992). México: S.E.P.
- Alonso García C. (1993). Comportamientos Sociales y Afectivos. Minusval. 20 (82), 24-25.
- Alvarez Gayou J. (1984). Elementos de Sexología. México. Interamericana.
- Arauzo S., Blank J., Bermúdez G. (1992). SIDA: Aportes Conductuales para su Prevención. Revista Latinoamericana de Psicología. 24 (2-1), 169-176.
- Bayés R. (1992). Aportaciones al Análisis Funcional de la Conducta al Problema del SIDA. Revista Latinoamericana de Psicología. 24 (1-2), 35-56.
- Bravo I. (1993). La Sexualidad en sus Múltiples Manifestaciones. Minusval. 20 (82), 23-24.
- Cáceres C., et al. (1992). Necesidades Educativas en Relación con la Sexualidad Humana y el SIDA entre Estudiantes y Profesores de Escuela Secundaria en Lima. Revista Latinoamericana de Psicología. 24 (1-2), 109-122.
- Castro, R. (1989). La Educación como Estrategia Prioritaria contra el SIDA: Retos y Dilemas, en Sepulveda, J., et al. SIDA, Ciencia y Sociedad en México: F.C.E.

Circular de la Secretaría de Relaciones Número 1438. (Agosto, 1984).  
Biblioteca de la Secretaría de Gobernación.

Coates T. (1992). Prevención del SIDA: Logros y Prioridades. Revista Latinoamericana de Psicología. 24 (1-2), 17-33.

CONAPO. (1986). La Educación de la Sexualidad Humana. Tomo 4. México.

CONAPO. (1988). Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior. México.

CONAPO/S.E.P. (1990). Guía Básica de Educación para la Vida Familiar. México.

CONAPO/S.E.P. (1990). Guía Básica de Educación Sexual para el Maestro de Secundaria. México.

CONASIDA. (1990). Manual de Encuestas sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) sobre Sexualidad. México.

Chiriboga C., Uribe P. (1994). Prevención Mediante el Uso del Condón de Enfermedades Sexualmente Transmisibles Incluyendo el SIDA. CONASIDA.

Delfin F. (1988). Educación de la Sexualidad en Personas con Necesidades Educativas Especiales. México: D.G.E.E.

Díaz-Loving, R. y Villagrán-Vázquez, G. (1990). Cuestionario de Conocimiento sobre SIDA, Prácticas Sexuales y Actitudes y Creencias hacia el Uso del Condón. México: Facultad de Psicología de la UNAM.

- D.G.E.E. (1985). La Educación Sexual en los Centros de Capacitación de Educación Especial. México.
- D.G.E.E. (1993). Programa de Trabajo para el Área de Educación Sexual en Educación Especial. México.
- D.G.E.E. (1994). Estadísticas de Educación Especial. México.
- D.G.E.E./S.E.P. (1984) La Educación Sexual en Educación Especial. México.
- D.G.E.E./S.E.P. (1985) Bases para una Política de Educación Especial. México.
- D.G.E.E./S.E.P. (1986). La Educación Sexual en Preescolar y Primaria Especial. México.
- D.G.E.E./S.E.P. (1992). La Educación Sexual en Educación Especial. Programa de Trabajo. México.
- Fernández de Quero J. (1993). La Sexualidad en la Vida del Minusválido. Minusval. 20 (82), 32-33.
- Galbán E., Quesada E., Cádiz A. (1989). Programa de Entrenamiento sobre el SIDA. Cuba: Ciencias Médicas.
- Galván M., Gay G. (1992). Actitud hacia el SIDA en Homosexuales y Heterosexuales. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Intercontinental. México.
- García J. (1993). Sexualidad y Deficiencia. Minusval. 20 (82), 14-17.

Hein K., Digerónimo (1991). SIDA, Verdades en Lugar de Miedo. México: Promexa

Izazola J., Valdespino J., Juárez L., Mondragón M. y Sepulveda J. (1989). Conocimientos, Actitudes y Prácticas Relacionadas con el SIDA. Bases para el Diseño de Programas Educativos, en Sepulveda J., et al. SIDA, Ciencia y sociedad en México. México: F.C.E.

Ley de Educación Primaria para el Distrito y los Territorios Federales (Agosto, 1908). Biblioteca de la Secretaría de gobernación.

Ley Federal de Educación. (Noviembre, 1973) Biblioteca de la Secretaría de Gobernación.

Ley General de Educación (Julio, 1993). Diario Oficial de la Federación.

Lizárraga, X. (1990). Sexualidad, Placer y SIDA. OXO. 1 (1), 16-27.

Magaña J., et al. (1992). Una Pedagogía de Concientización para la Prevención del VIH/SIDA. Revista Latinoamericana de Psicología. 24 (1-2) 97-108.

Moreno M. (1983). La Pedagogía Operatoria. Barcelona: Laila.

Not L. (1980). Las Pedagogías del Conocimiento. México: F.C.E.

Ortega H., Ramos R., Gallegos N. (1992). Diseño e Implementación de un Programa de Prevención del SIDA con Mujeres que Ejercen la Prostitución. Revista Latinoamericana de Psicología. 24 (1-2), 125-136.

- Pescador J., Bronfman M. (1989). Sociedad y SIDA: Viejas Relaciones Frente a Nuevos Problemas, en Sepulveda J., et al. SIDA, Ciencia y Sociedad en México. México: F.C.E.
- Piña J. A., Jiménez S., Mondragón U. (1992). La relación entre la Investigación y el Diseño de Programas Preventivos para el SIDA. Revista Latinoamericana de Psicología. 24 (1-2), 201-211.
- Planes y Programas de Estudio de la Educación Básica. (1993). México: S.E.P.
- Preciado J., Montecinos L. (1992). El SIDA: Desafíos para la Psicología. Revista Latinoamericana de Psicología. 24 (1-2), 177-187.
- Rischl, et al. (1987). Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. Journal of the American Medical Association. 257, 640-644.
- S.E.P. (1992). Guía para el Maestro. La Salud. México.
- S.E.P./CONASIDA (1994). Crece en los Tiempos del SIDA. México.
- Sepulveda J., Valdespino J., García M., Izazola J. y Rico B. (1988). Características Epidemiológicas y Cognoscitivas de la Transmisión del VIH en México. Salud Pública en México. 30, 513-527.
- Sevilla R. (1989). Datos Históricos de la Educación Especial en México. México: Escuela Normal de Especialización.
- SIDA/ETS. Boletín Mensual. (Julio, 1993). Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. 7-7, 2456-2473.

SIDA/ETS. Boletín Mensual. (Julio, 1994). Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. 8-7, 2696-2713.

SIDA/ETS. Boletín Mensual. (Agosto, 1994). Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. 8-8, 2716-2733.

SIDA/ETS. Boletín Mensual. (Septiembre, 1994). Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. 8-9, 2736-2753.

Uribe A. (1967). Aportaciones a la Educación Especial. México: Imprenta Unión.

Valdés S. (1988). La Educación Especial en México. México: D.G.E.E.

Valdespino J., García M., Izazola J. (1989) Distribución de la Epidemia del SIDA, en Sepulveda J., et al. SIDA, Ciencia y Sociedad en México: F.C.E.

Villagrán-Vázquez G., Díaz-Loving R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, Prácticas Sexuales y Actitudes hacia el Uso del Condón en Estudiantes Universitarios. Revista Mexicana de Psicología. 9 (1), 35-38.