



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO

EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8852-25

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUDES FRENTE AL
VIH/SIDA EN LOS ESTUDIANTES AMUZGOS DE
NIVEL MEDIO SUPERIOR DE XOCHISTLAHUACA
Y TLACOACHISTLAHUACA, GUERRERO”**

TESIS

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. JOSÉ RAMÓN COMAS VIÑAS**

ACAPULCO, GRO.

MAYO 2008



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y a mis maestros que me han enseñado el valor de la educación, a mis asesores que tuvieron la paciencia y la dedicación para guiarme, a mis padres que me han apoyado en todo momento y a todas las personas que hicieron posible este trabajo, ¡GRACIAS!

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todas las personas que me inspiraron para realizarlo; a los adolescentes, puesto que es un trabajo dirigido a ellos y a todas las personas que desean informarse sobre la situación que acontece en nuestro Estado.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	i
DEDICATORIA.....	ii
ÍNDICE.....	iii
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2

CAPÍTULO 1

EI VIH y SIDA

1.1 Definiciones.....	7
1.2 Origen del VIH/SIDA.....	8
1.3 Vías de transmisión.....	10
1.4 Principales síntomas y signos.....	11
1.5 Sistema inmunológico.....	12
1.6 Psiconeuroinmunología.....	14
1.6.1 Infección del VIH.....	15
1.6.2 Factores asociados al VIH.....	16
1.6.3 El estrés como respuesta psicosocial ante la epidemia del SIDA.....	17
1.7 La situación del VIH/SIDA en el mundo.....	19
1.7.1 la situación del VIH/SIDA en México.....	23
1.7.2 Guerrero.....	24
1.8 Trabajo exploratorio.....	27
1.9 Estudios realizados.....	29

CAPÍTULO 2

Asistencia psicológica para pacientes con VIH/SIDA y familiares

2.1 Reacciones psicológicas en pacientes con VIH/SIDA.....	36
2.2 Asistencia psicológica para pacientes con VIH/SIDA.....	38
2.3 Familia.....	41
2.3.1 Apoyo familiar.....	41
2.3.2 Duelo y pérdida.....	43
2.3.3 El rol del psicólogo.....	47

CAPÍTULO 3

Metodología

3.1 Justificación.....	49
3.2 Planteamiento del problema.....	50
3.2.1 Preguntas de investigación.....	52
3.2.2 Objetivo general.....	53
3.2.3 Objetivos específicos.....	53
3.2.4 Hipótesis.....	54
3.3 Tipo de estudio.....	54
3.4 Muestra.....	54
3.4.1 Selección de la muestra.....	55
3.4.2 Criterios de inclusión.....	55
3.5 Instrumentos utilizados.....	55
3.6 Definición operacional de las variables.....	56
3.7 Procedimiento.....	57
3.8 Consideraciones éticas.....	58

CAPÍTULO 4

Resultados

4.1 Captura de datos.....	60
4.2 Análisis de datos.....	60
4.3 Características demográficas de la población.....	61
4.4 Conocimiento sobre VIH/SIDA.....	63
4.4.1 Factores asociados al conocimiento adecuado de VIH/SIDA.....	66
4.5 Conocimiento y uso de condón.....	67
4.5.1 Factores asociados al uso del condón.....	70
4.6 Comportamiento de riesgo.....	71
4.7 Actitud hacia las personas con VIH/SIDA.....	72
4.8 Resultados de los indicadores.....	72
Discusión.....	74
Conclusiones.....	79
Propuestas.....	82
Glosario.....	83
Referencias bibliográficas.....	87
ANEXO 1. Encuesta para alumnos.....	103
ANEXO 2. Consentimiento informado.....	108
ANEXO 3. Propuesta de taller.....	109

RESUMEN

Conocimiento y actitudes frente al VIH/SIDA en los estudiantes amuzgos de nivel medio superior de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, Guerrero

Objetivo general. Identificar el conocimiento de los estudiantes amuzgos sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA y el uso de condón, y los factores asociados. **Material y métodos.** Estudio transversal. Se aplicó una encuesta autoadministrada y anónima a todos los estudiantes del nivel medio superior de los municipios de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, Guerrero. **Resultados.** Se encuestó a 618 estudiantes. El 72.3% tenía conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA. El 91.7% tenía conocimiento sobre uso de condón y 62.3% (106/170) de los sexualmente activos lo usó en la última relación. Los factores relacionados al uso del condón fueron: estar empoderado(a) (RMns 6.62, IC95% 2.20-19.93), creer saber utilizarlo correctamente (RMns 4.53, IC95% 2.04-10.09) y ser hombre (RM 2.68, IC95% 1.24-5.77). **Conclusiones.** Las prevalencias de conocimiento sobre VIH/SIDA y uso de condón entre alumnos que hablan lengua indígena fueron similares a las encontradas entre los mestizos y otras poblaciones de estudiantes.

INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA sigue siendo un problema a nivel mundial. En nuestro país, esta enfermedad ha tomado una importancia significativa, llevando a la búsqueda de técnicas y medios para informar a la población sobre las medidas de prevención. Existen diferentes instituciones y programas de salud enfocados a la prevención del VIH, sin embargo, los programas no han sido adecuados socioculturalmente a las comunidades indígenas.¹

Las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA afectan indistintamente a cualquier persona, independientemente de su cultura, género, edad, origen o situación socioeconómica. Las tendencias indican que éste se presenta con mayor agudeza en las regiones más pobres del mundo. Entre los aspectos socioculturales que favorecen el desarrollo de la epidemia se encuentran, la desigualdad social, expresada en la oportunidad de acceso a la protección y al cuidado de la salud, donde la prevalencia de infección y la incidencia de la enfermedad se da con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos bajos, como es el caso de las comunidades indígenas de nuestro país. Otra forma de desigualdad asociada, son las

¹ *Resumen de orientación: Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2006.* ONUSIDA/6. Versión española mayo 2006: 5-6 (28) www.unaids.org.

diferencias de género, puesto que son un componente central en cuanto a las posibilidades de lograr posiciones de mayor o menor privilegio.²

En el estado de Guerrero, 17.2 por ciento de la población es indígena, y de los 17 municipios con ese tipo de población, los de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, tienen las tasas más altas de enfermedad y defunción por VIH/SIDA, y se ha considerado que los casos detectados de SIDA en adultos jóvenes fueron infectados durante la etapa de la adolescencia.³

La adolescencia es un período de transición que se da entre los 11 y 19 años, y es considerada una etapa difícil debido a que se viven cambios físicos y psicológicos que influyen en el comportamiento del individuo. Esta etapa es de particular importancia ya que, en la actualidad, los adolescentes comienzan a experimentar su sexualidad y otras acciones que pueden poner en peligro su salud, como el inicio de relaciones sexuales desprotegidas y el consumo de alcohol y drogas.

Con este estudio se pretende analizar la problemática que están viviendo los jóvenes indígenas en torno al VIH y SIDA; identificar las prácticas sexuales de riesgo, averiguar qué tanto saben sobre VIH/SIDA y sobre el uso del condón, y conocer los medios de comunicación a través de los cuales llega información sobre VIH y SIDA. Así como,

² CABALLERO-HOYOS R, VILLASEÑOR-SIERRA A. *Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres*. Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S108-S114.

³ *Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS Secretaría de Salud, Estado de Guerrero 2005*. Secretaría de Salud.

aspectos que denotan empoderamiento y otros elementos que forman parte de la cultura indígena como son la espiritualidad y la religiosidad.

El empoderamiento es un factor importante en cuestiones de salud sexual, porque es una característica en la que el individuo se preocupa por su bienestar; por su integridad tanto física como moral, y esto le permite tomar decisiones que protegen su salud. Este término ha sido conocido como el proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades de confianza, con una visión grupal y social para generar cambios positivos en las situaciones vivenciales. La filosofía del empoderamiento parte de enfoques participativos que tienen su origen en la educación popular desarrollada en los años 60's por Paulo Freire.⁴ El desarrollo teórico se ha dado principalmente en relación a las mujeres, mediante una propuesta realizada por Dawn⁴ a mediados de los 80's, y con la colaboración de un grupo de mujeres e investigadoras, para hacer referencia al proceso por el cual las mujeres acceden al control de los recursos (materiales) y refuerzan sus capacidades y protagonismo en la toma de decisiones. Friedman,⁵ señala que el empoderamiento se relaciona con el acceso y control de tres tipos de poderes: a) el *social*, (productividad económica); b) el *político*, (toma de decisiones para su futuro); y c) el *psicológico*, traducido como

⁴ MURGUIALDAY Clara, PÉREZ Karlos, EIZAGIRRE Marlen. *Empoderamiento*. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo.

⁴ ibidem

⁵ LENNIE June. *Rural women's empowerment in a communication technology project: some contradictory effects*. Rural Society, 2002; 2(3): 224-245.

potencialidad y capacidad individual. Rowlands,⁶ también considera tres aspectos: a) el *personal*, (desarrollo del sentido yoíco); b) las *relaciones próximas*, (capacidad para negociar e influir en las decisiones) y; c) el *colectivo*, (participación en el ámbito político y en la cooperación colectiva).

Como se observa, ambos autores señalan dos dimensiones: la individual y la colectiva. La primera tiene que ver con la capacidad para responder a las necesidades personales, que implica el nivel de confianza y autoestima, y la segunda se enfoca en las relaciones externas o ámbito social, como la participación en la toma de decisiones políticas y colectivas.

Por otro lado, haciendo referencia al VIH/SIDA, Geeta Rao Gupta⁷ ha reconocido seis fuentes de poder que conforman el empoderamiento: 1) La información y la educación, 2) las habilidades, 3) el acceso a los servicios y prevención, 4) el acceso a recursos económicos, 5) al capital social y 6) a la oportunidad de tener voz en la toma de decisiones. Señala que para contrarrestar el desbalance de poder entre hombres y mujeres, es preciso crear políticas que se enfoquen en la reducción de las diferencias de género como son la educación, el acceso a recursos económicos, la participación política y sobre todo en la erradicación de la violencia.

⁶ SWEETMAN Caroline Gender, Development and Diversity. Community Development Journal 2004: 33(4): 365-76.

⁷ HERRERA Cristina, CAMPERO Lourdes. *La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema*. Salud pública Méx, 2002; 44(6): 554-564.

Tomando en cuenta las diferencias de género, el empoderamiento involucra cambiar las condiciones que ponen en riesgo a las mujeres de adquirir VIH. Los modelos preventivos de VIH/SIDA deben insistir en promover cambios individuales de comportamiento tanto en hombres como en mujeres. Para esto, se requiere fortalecer grupos, crear redes y promover los derechos de salud sexual para la prevención de la enfermedad. Es necesario promover el condón femenino y ponerlo a alcance de las mujeres para evitar que dependan únicamente de la voluntad de sus parejas para utilizarlo. También es necesario sensibilizar a los hombres ante la necesidad de cuidado y protección a la mujer para poder crear una nueva cultura de género. En general, la idea de empoderamiento se sustenta mediante el desarrollo de habilidades que promuevan la prevención y sobre todo que permitan la negociación del uso del condón tanto en hombres como en mujeres.

CAPÍTULO 1

EL VIH Y SIDA

1.1 Definiciones

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), es un virus que ataca al sistema de defensas del cuerpo, dañando progresivamente el sistema inmunológico y otros órganos, en especial, al sistema nervioso central (SNC). El VIH está compuesto por dos tipos de virus, el Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 2 (VIH-2).⁸

El SIDA (Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida) es un trastorno clínico grave y mortal, que representa la última etapa de infección ocasionada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Por lo tanto, se podría decir que, el SIDA es un conjunto de enfermedades que surgen como resultado de la infección ocasionada por el VIH.⁹

⁸ SEPÚLVEDA C, Cecilia y AFANI S Alejandro. *SIDA*, 3ª ed. Santiago, Chile: Mediterraneo, 2002, pp.1-8

⁹ HERNÁNDEZ BÖNNET, Gerardo. *S.I.D.A. esperanzas e interrogantes desde la esencia de lo humano*. Puebla, Pue. 2002. pp.13-16

1.2 Origen del VIH/SIDA

El SIDA fue reconocido como una nueva enfermedad en junio de 1981. Los primeros casos se identificaron con enfermedades como el sarcoma de Kaposi y la neumonía de *Pneumocystis carinii* principalmente en jóvenes homosexuales. Posteriormente, se reportaron más casos en usuarios de drogas intravenosas y personas con hemofilia. Fueron reconocidos tres grupos de pacientes: personas que recibieron transfusiones sanguíneas, adultos procedentes de África Central y niños concebidos por madres con SIDA.⁸

Bajo la sospecha de que la enfermedad era de origen infeccioso, comenzaron a realizar estudios controlados para determinar el origen, mediante la exposición de diversos microorganismos. Destacan investigadores como el Dr. Robert C. Gallo, del Instituto Nacional de Cáncerología en Estados Unidos, quien señaló que el SIDA provenía de un agente infeccioso relacionado con los HTLV (*Human T-Lymphocytropic Virus*) recientemente descubiertos por él; y el Dr. Luc Montagnier, que fue otro de los primeros en postular la teoría sobre el origen de la infección. Ambos investigadores, se fundamentaron en que el HTLV era el único virus humano capaz de infectar *linfocitos T helper*. Pero después, se demostró que la enfermedad estaba relacionada con un *retrovirus linfotrópico* de las células *T helper*, denominado virus de inmunodeficiencia humana tipo I (VIH-1). Años más tarde, el Dr. Clavel

⁸ ibidem

en Francia, identificó un segundo virus relacionado con el primero, denominado VIH-2.¹⁰

La epidemia del VIH inició hace más de 20 años en África Subsahariana, aunque, hay referencias de que el virus estaba presente en los humanos muchos años atrás, y que no se había propagado porque no existían las condiciones propicias. Otros científicos, afirman que la epidemia surgió en África Central, en el año de 1930. Se cree que fue descubierto y clasificado como *lentivirus* (de la familia *Retroviridae*) hasta 1983.⁹

Existen dos tipos de virus, el VIH-1 y el VIH-2, de los cuales, no se sabe con certeza de donde provienen, sin embargo, hay dos teorías que revelan el posible origen: la primera sostiene que el virus estaba presente en el hombre desde años atrás, con una baja prevalencia o en regiones aisladas, y no es sino hasta hace pocos años que se propagó, como resultado de una sociedad moderna, con intercambio de conductas de riesgo, como la drogadicción, prostitución, promiscuidad, entre otras; la segunda establece que la infección es del siglo XX, y que es originada por el contacto del hombre con chimpancés y monos Mangabey, ya sea por introducirlo a su hábitat, por usarlo como alimento o por exposición en procesos de investigación del mismo.^{8,9}

¹⁰ SEPÚLVEDA AMOR, Jaime, *sida ciencia y sociedad en México*. Biblioteca de la Salud, 2ª. reimpresión, México 1989, p.58

⁹ ibidem
^{8,9} ibidem

1.3 Vías de transmisión

El VIH puede transmitirse de varias maneras: a través del contacto sexual o relaciones sexuales; a través de la sangre (vía intravenosa), es decir, a través del contacto directo con sangre, por el uso de drogas (compartir jeringas) o mediante transfusiones sanguíneas; y por la vía perinatal, de madre a hijo durante el embarazo, parto o el periodo de lactancia. La principal vía de contagio es la sexual, ya sea homosexual o heterosexual, sobre todo cuando se tienen múltiples parejas sexuales. Además, la presencia de una enfermedad de transmisión sexual (ETS), incrementa el riesgo de contraer VIH.¹¹

Se debe tomar en cuenta también que, la transmisión tiene diversos patrones de conducta según el contexto social y geográfico en el que se observe. En la actualidad, se plantean tres patrones básicos de transmisión: a) el que predomina en Europa y EUA, que se caracteriza por tener como principal vía de transmisión las relaciones homo y bisexuales, seguidas por el uso de drogas intravenosas; b) el que prevalece en África, con las relaciones heterosexuales como primera vía, y las transfusiones sanguíneas inapropiadas como segunda vía, y; c) un tercer patrón intermedio que predomina en México, determinada por relaciones homo y bisexuales como principal vía, siguiéndole las transfusiones sanguíneas como segunda.⁷

¹¹ BENESON, Abraham S. *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*. ed. décimo cuarta. Organización Panamericana de la Salud. pp.102-104.

⁷ ibidem

1.4 Principales síntomas y signos

El comienzo del SIDA puede ser insidioso. Los síntomas y signos que se presentan generalmente son inespecíficos y variables, dependiendo de cada organismo y de la etapa en que se encuentra de la enfermedad. Algunas personas pueden desarrollar algo parecido a un resfriado en el plazo de uno o dos meses después de haber adquirido el virus, aunque muchas personas no desarrollan ningún síntoma al principio. Algunos de los primeros síntomas y signos son: fiebre, fatiga, anorexia, diarrea crónica, dolor de cabeza, malestar general, inflamación de los ganglios, entre otros.

Las complicaciones empiezan cuando el sistema inmunológico se va deteriorando, hay una baja de energía, notable pérdida de peso, fiebre, infecciones, erupciones en la piel, entre otras afecciones que difícilmente responden a tratamiento. Las personas con SIDA son propensas a padecer otras enfermedades oportunistas, por ejemplo, pueden desarrollar fácilmente varios tipos de cáncer como el sarcoma de Kaposi, el cervical, o linfomas en el sistema inmune.¹¹

¹¹ ibidem pp. 413-416.

1.5 Sistema inmunológico

El cuerpo humano tiene la capacidad de resistirse ante un gran número de organismos o toxinas que invaden al cuerpo. A esta capacidad de evitar o contrarrestar las enfermedades, se le llama *inmunidad*.⁹

Existen dos tipos de inmunidad, la inmunidad innata y la inmunidad adaptativa. La primera, como su nombre lo dice, es innata, lo cual quiere decir que, el organismo de un individuo sano está apto para desarrollar un sistema capaz de producir una respuesta inmune. Incluye factores como la destrucción de bacterias y gérmenes que pasan por el estómago, que son destruidos gracias a los ácidos gástricos y a las enzimas digestivas, entre otras. La inmunidad adaptativa posee un sistema especializado que se encarga de crear una inmunidad específica, es decir, para gérmenes determinados que invaden al organismo. Aquí, el cuerpo no posee un sistema inmune natural, por lo tanto, no está preparado para resistir la invasión inicial, pero tiene la capacidad de desarrollar una respuesta inmune en unos pocos días después de la exposición con el agente invasor. Esta capacidad de respuesta se da únicamente para ese invasor y no a otros organismos, por eso es que se dice que ataca a un invasor específico.¹²

El sistema inmunológico funciona como mecanismo de defensa y se encarga de diferenciar entre el organismo y todo lo que es extraño a él.

⁹ ibidem pp.29-33.

¹² GUYTON, Artur C. *Fisiología humana*, 4ª ed., Interamericana, México, 1975, pp. 67-69.

Está conformado por mecanismos que identifican y eliminan agentes patógenos o antígenos, que son moléculas grandes (usualmente proteínas) que se encuentran en la superficie de las células, virus, hongos o bacterias. Cuando el aparato inmunológico reconoce el “agente extraño”, reacciona produciendo anticuerpos que van a eliminarlo. A todo este proceso se le llama respuesta inmune.^{12,13} Los órganos linfoides son los órganos que forman parte del sistema inmunológico, los cuales influyen en el crecimiento, desarrollo y liberación de linfocitos T CD4 (un tipo de glóbulo blanco). Los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos son algunos de los órganos linfoides que juegan un papel importante debido a que son los que se encargan de transportar los linfocitos hacia y desde diferentes partes del cuerpo. Los desórdenes en el sistema inmunológico pueden causar diversas enfermedades, esto se debe en parte, a que el sistema presenta baja actividad, y puede poner en peligro la vida del individuo. Esta inmunodeficiencia ocurre cuando se ven afectados los linfocitos T CD4, que son los que se encargan de proteger al organismo de los agentes infecciosos. Un individuo sano tiene alrededor de 1 000 linfocitos T CD4.¹⁴

Diversos factores intervienen en la respuesta de antígenos; la herencia, la absorción intestinal, la secreción respiratoria y el estado emocional son algunos de ellos. Al igual que las infecciones y las enfermedades

¹³ DAUDEL, Raymond, MONTAGNIER, Luc. *El sida*. 1ª ed., México: Siglo XXI editores, 2002, pp. 20-25.

¹⁴ PEREZ TAMAYO, Ruy. *Enfermedades viejas y enfermedades nuevas*. 3ª ed., México: Siglo XXI editores, 1998, pp. 136-150.

como el VIH/SIDA, el estrés crónico también puede causar inmunodeficiencia.¹⁵

En el caso del VIH/SIDA, el bloqueo de los mecanismos de defensa del aparato inmunológico, se da cuando el individuo tiene menos de 500 linfocitos T CD4 y está representada por dos tipos de complicaciones: por infecciones oportunistas como la neumonía y la tuberculosis; y por la presencia de tumores malignos.¹²

1.6 Psiconeuroinmunología

La psiconeuroinmunología es una rama de la ciencia que estudia la relación entre el sistema nervioso central (que controla los procesos biológicos) y el sistema inmune. Se encarga de analizar los mecanismos de comunicación e interacción de las funciones mentales mediante los sistemas que mantienen la homeostasis en el organismo (el sistema nervioso, el sistema inmune y el sistema endocrino). La comunicación se da a través de sustancias químicas producidas por los sistemas, como las hormonas, los neurotransmisores y las citoquinas.¹⁶

¹⁵ LOEB, Cecil et al. *Tratado de medicina interna*, décimo tercera ed., Interamericana, México, 1974, pp.822-823.

¹² ibidem

¹⁶ GÓMEZ-GONZÁLEZ Beatriz, ESCOBAR-IZQUIERDO Alfonso. *La psiconeuroinmunología: condicionamiento de la respuesta inmune*. Rec Mex Neuroci 2003; 4(2): 83-90.

En 1981, la psiconeuroinmunología informó que el sistema inmune no era totalmente autónomo, y que existía otro mecanismo adaptativo integrado en el proceso homeostático. En los últimos diez años, las investigaciones han evidenciado la existencia de complejas interrelaciones entre el comportamiento neural y los procesos inmunes. Han encontrado que los principales órganos del sistema y los mecanismos de defensa homeostático están influenciados por circunstancias ambientales y por factores psicológicos que provocan respuestas adaptativas de comportamiento reguladas por el cerebro.¹⁷

1.6.1 Infección del VIH

En el organismo, el inicio del VIH puede tener como resultado una enfermedad crónica o un estado productivo; las condiciones durante el momento de la infección, tales como la condición inmunológica, pueden determinar la forma de infección del virus. Las personas infectadas con VIH pueden producir o desarrollar la infección debido a la disminución de las células CD4, ya que la reducción de estas células provoca una descompensación en el individuo y lo deja susceptible al virus. Por ejemplo, una infección puede promover la reducción de células CD4 y por lo tanto, el desarrollo del SIDA.¹⁴

¹⁷ ADER, Robert. *PSYCHONEUROIMMUNOLOGY*. 2ª ed., New York: Academic Press, INC, 1991. pp. 1083-1094.

¹⁴ ibidem

1.6.2 Factores asociados al VIH

Además de la disminución de las células CD4, existen otros factores específicos que pueden contribuir a la progresión del virus como: la desnutrición, la presencia de ETS, el consumo de drogas o el abuso de sustancias, y la presencia de una infección viral. La progresión del virus se da mediante la activación de las células CD4 infectadas y se puede manifestar de tres formas: con la infección latente que no implica expresión viral; mediante la infección crónica con un bajo nivel de expresión viral; o con la infección productiva que incita una replicación viral activa. Esto generalmente se presenta cuando el VIH está en un estado latente o crónico en las células CD4 por un largo periodo de tiempo.^{16,17}

La infección del VIH puede estar asociada a una gran variedad de manifestaciones siquiátricas como la demencia, que afecta a la mayoría de los pacientes con SIDA. La demencia, es un tipo de deterioro neuropsicológico que afecta el control motor fino (movimientos pequeños y precisos), la concentración, la resolución de problemas, y el rendimiento visoespacial. También los factores psicológicos pueden influir en la reducción de las células CD4 en pacientes VIH positivos y producir ciertas infecciones virales como el virus de herpes simple (VHS), así como generar una mayor susceptibilidad para el desarrollo de la enfermedad (SIDA). Muchos componentes del sistema inmune participan en la respuesta y contención de la infección del VIH. Por

^{16,17} ibidem

ejemplo, las células citotóxicas pueden eliminar las células infectadas por el virus.¹⁶

Las experiencias estresantes de la vida han mostrado estar asociadas al decremento del funcionamiento inmune, como la actividad celular. Por lo tanto, el estrés produce alteraciones en las funciones inmunes que pueden inhibir la respuesta del sistema inmunológico para actuar adecuadamente y retener la infección del virus. El estrés puede desencadenar sentimientos negativos en el individuo (enojo, miedo, depresión, desesperanza, etc.) y activar mecanismos bioquímicos que inhiben o suprimen la respuesta inmune del organismo. Esto, a su vez, favorece el desarrollo de enfermedades oportunistas como el cáncer.¹⁷

1.6.3 El estrés como respuesta psicosocial ante la epidemia del SIDA

La epidemia del SIDA ha generado un alto nivel de estrés en las personas que se encuentran en riesgo de adquirir la enfermedad. En la actualidad, los homosexuales y bisexuales, suelen ser muy conscientes del riesgo que tienen de desarrollar enfermedades como resultado de su experiencia sexual pasada.

Se ha encontrado evidencia de que los niveles más altos de estrés psicológico y social generan mayor percepción de riesgo para

¹⁶ ibidem

desarrollar SIDA. Muchos homosexuales han vivido reiteradamente la pérdida de amigos que han fallecido a causa de la enfermedad, y se ha observado que el número de duelos experimentados produce estrés, desmoralización, problemas para dormir, y por consiguiente, el uso de sedantes y drogas. Además de la tristeza ocasionada por las pérdidas sufridas, cada muerte puede agravar el propio miedo de desarrollar SIDA en estos individuos.^{16,17}

La propagación del SIDA ha producido una reacción homofóbica en gran parte de la población. Los homosexuales forman parte de un grupo minoritario estigmatizado y muchos de ellos han experimentado el rechazo de sus familiares y amigos, así como discriminación social. Todo esto ha generalizado una reacción de ira y miedo en algunos grupos de homosexuales.

En general, las personas con SIDA se enfrentan a circunstancias profundamente estresantes. La esperanza de vida es limitada, ya que, durante el transcurso de la enfermedad, las hospitalizaciones suelen ser frecuentes, los tratamientos pueden ser intrusivos y debilitantes, y se genera un deterioro progresivo tanto físico como mental.

Como se mencionaba anteriormente, las personas diagnosticadas con SIDA se encuentran ante múltiples dificultades, como a la posibilidad de perder su empleo, el rechazo familiar y social, y muchas veces afrontan la enfermedad y las consecuencias de ésta, sin el apoyo de sus familiares y amigos. Estas circunstancias pueden dar lugar a

^{16,17} ibidem

sentimientos de ansiedad, depresión, culpa, y a síndromes psiquiátricos como depresión mayor y pensamientos o comportamientos suicidas que aceleran el proceso de la enfermedad.

Desafortunadamente se han publicado pocos estudios sobre la relación del VIH con el estado inmune y los procesos psicológicos que se observan en el transcurso de la enfermedad. Por esto, es importante investigar más a fondo si el estrés que se vive a causa de la epidemia del SIDA está asociado a los cambios inmunológicos y a los trastornos en el curso de la infección del VIH. Es importante también, investigar la relación entre las respuestas psicológicas de estas circunstancias estresantes y la inmunología. Todo esto permitiría desarrollar intervenciones destinadas a mejorar las respuestas de adaptación ante las amenazas y ante la epidemia del SIDA en general.

1.7 La situación del VIH/SIDA en el mundo

El SIDA, es la etapa final de la infección ocasionada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Esta enfermedad sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo.

En 1997, la Organización Panamericana para la Salud (OPS), estimó que la mitad de las nuevas infecciones se presentaban en personas menores de 25 años, y que en su mayoría eran transmitidas por vía sexual.

Se calcula que 38.6 millones de personas en todo el mundo han estado viviendo con el virus de VIH a finales de 2005, y de acuerdo al informe de la epidemia mundial de SIDA 2006, en 8 de 11 países subsaharianos ha disminuido el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años y ha aumentado el uso del preservativo. En 2006, un total de 39.5 millones de personas vivían con la infección, 2.6 millones más que en 2004, y un total de 33 millones de personas en 2007 (figura 1).¹

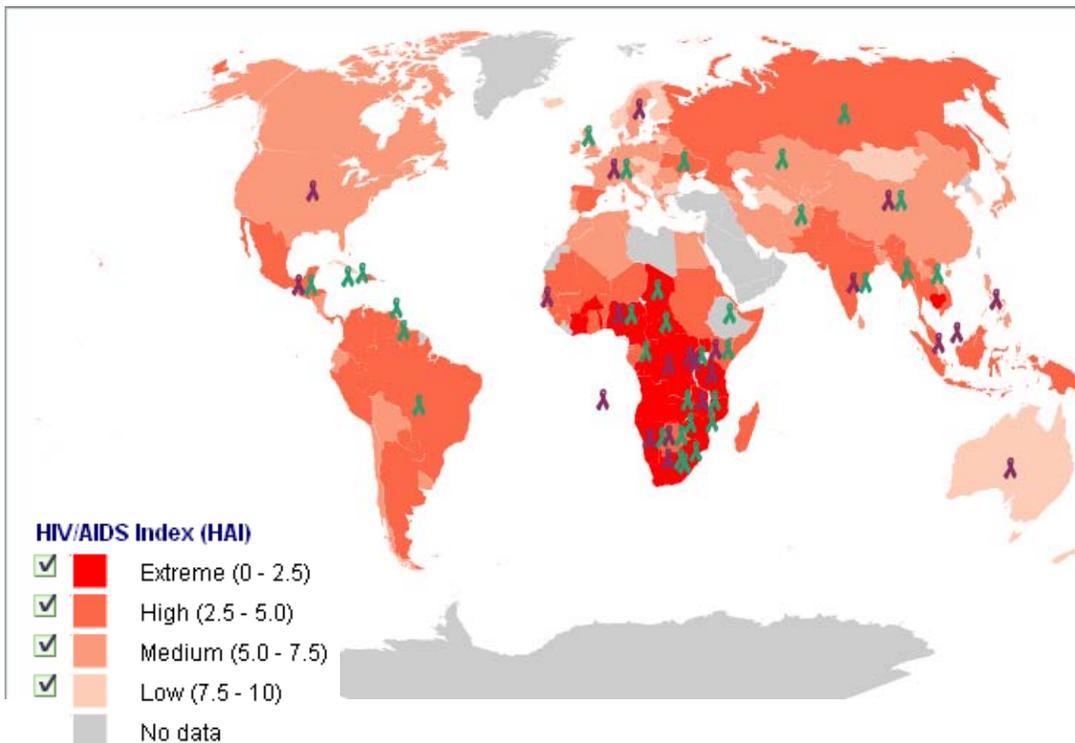


Figura 1. Mapa global de la incidencia del VIH/SIDA 2007.

¹ ibidem

El número anual de nuevas infecciones por VIH ha disminuido de 3.0 millones en 2001 a 2.7 millones de personas en 2007, pero a nivel mundial, las tendencias son desfavorables debido al incremento de nuevas infecciones en otros países. En algunos países como Kenya, la prevalencia de VIH en 2007 fluctuó entre el 7.1% y el 8.5%, en comparación con el 6.7% estimado en 2003, contrario a África subsahariana que sigue siendo la región más afectada por la epidemia, donde se encuentran las dos terceras partes (65%) del total de la población mundial de adultos y niños infectados con el virus.

En los últimos dos años, el número de personas infectadas con VIH ha aumentado en todas las regiones del mundo. El crecimiento más preocupante se registró en Asia oriental y central, y en Europa oriental, donde el número de personas que vivían con el virus en 2006, fue una quinta parte (21%) más alto que en 2004. En Asia meridional y sudoriental, la tasa de nuevas infecciones subió un 15% entre 2004 y 2006, mientras que en Oriente Medio y África del Norte aumentó un 12%. En América Latina, el Caribe y América del Norte las nuevas infecciones en 2006 se mantuvieron igual que en 2004.¹⁸

Por otro lado, la epidemia de VIH/SIDA ha tenido efectos importantes en los jóvenes y los adolescentes de América Latina, por lo que varios países, actualmente están impartiendo información sobre SIDA desde las escuelas secundarias. Sin embargo, en muchos países, aún existen

¹⁸ *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008*, ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008:3. www.unaids.org.

deficiencias en cuanto a la respuesta hacia el VIH. Probablemente esto se deba, a que la mayoría de los programas de prevención de VIH no están llegando a los grupos de mayor riesgo. La Declaración de compromiso sobre VIH y SIDA conformada por líderes de 189 Estados pertenecientes a la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2001, aspiraba que para el 2005, el 90% de los jóvenes estuvieran bien informados sobre SIDA, no obstante, las encuestas indican que menos del 50% tiene el conocimiento suficiente.¹

ONUSIDA (programa conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH/SIDA), declaró que algunos países han aceptado que existen políticas que obstaculizan el acceso a la prevención y atención del VIH, por lo que menciona, que la respuesta hacia el SIDA, debe basarse más en la protección, promoción y respeto de los derechos humanos.¹

1.7.1 La situación del VIH/SIDA en México

Los primeros casos de SIDA en México, comenzaron a notificarse a partir de 1983.¹⁹ En nuestro país, la prevalencia de infección por VIH se ha difundido rápidamente en un subgrupo de la población, pero aún no se establece en su totalidad. De acuerdo a esto, ONUSIDA propuso una

¹ ibidem

¹⁹ VALDESPINO-GÓMEZ JL, GARCÍA-GARCÍA ML, DEL RÍO-ZOLEZZI A, LOO-MÉNDEZ E, MAGIS-RODRÍGUEZ C, SALCEDO-ALVAREZ RA. *Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995*. Salud Publica Mex 1995;(37):556-571.

tipología en la cual México puede clasificarse como un país con una epidemia de SIDA concentrada.²⁰

México es el tercer país en América Latina en número de casos de SIDA reportados.^{20,21} Según datos del Consejo Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA, en México, de 1983 a diciembre de 2005 se registraron 102 575 casos de SIDA. De éstos, 3 703 se han reportado en el estado de Guerrero, quien ocupa el séptimo lugar a nivel estatal. En el 94.6% de los cien mil casos de SIDA en mayores de 15 años registrados en nuestro país, el VIH se adquirió por vía sexual. Este 94.6% se divide en un 46.0% de transmisión en relaciones heterosexuales, 28.4% en relaciones homosexuales y 20.6% en relaciones bisexuales. Los casos reportados en Guerrero representan al 1.20% de la población en 2005.^{3,22}

²⁰ ALARCÓN SEGOVIA, Donato y PONCE DE LEON ROSALES, Samuel. *El SIDA en México veinte años de la epidemia*, 1ª ed., México: Cromocolor, 2003, pp. 26-28.

²¹ UNAIDS. Epidemiological Fac. sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infection. Mexico 202.

³:ibidem

²² Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. *Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México - 31 de diciembre del 2005*. Secretaría de Salud, dic 2005.

1.7.2 Guerrero

El estado de Guerrero cuenta con 3 079 649 habitantes de los cuales, 529 780 pertenecen a la población indígena. Existen cuatro grupos indígenas: los mixtecos, los tlapanecos, el grupo náhuatl y los amuzgos, los cuales comprenden el 17.2% de la población del Estado. Éstos se encuentran distribuidos en las regiones de la Montaña, Zona Centro, Zona Norte y Costa Chica. Como la mayor parte de la población indígena del país, la del estado de Guerrero vive en condiciones de marginación y pobreza, con un acceso limitado a los servicios públicos.²³

El municipio de Tlacoachistlahuaca se encuentra ubicado al sureste de la capital del Estado, colinda con el estado de Oaxaca y los municipios de Xochistlahuaca, Ometepe, Igualapa, Metlatonoc y Alcozauca, Guerrero. De acuerdo con el II conteo de población y vivienda 2005, el municipio cuenta con 48 comunidades, 3 251 viviendas y 18 055 habitantes. De las comunidades, 21 tienen de 1 a 49 habitantes, 4 de 50 a 99, 11 de 100 a 499, 5 de 500 a 999, 6 de 1 000 a 2 000 y la cabecera municipal con 4 029 habitantes. La población es de 8 658 hombres y 9 397 mujeres. De los 3 251 hogares, 2 617 tienen un hombre como jefe de familia y 634 tienen una mujer. El promedio de habitantes por hogar es de 5.6. La población total en hogares indígenas es 15 470 (86% de la población total de 18 055), de la cual 5 203 habla amuzgo (29% de la población total), 10 169 mixteco (56% de la población total), 59 náhuatl,

²³ Guerrero en datos. http://www.sipaz.org/data/gro_es_02.htm.

18 tlapaneco, 6 totonaca y 15 no especificado. En el aspecto de salud, el municipio cuenta con un centro de salud en la cabecera municipal, el cual dispone de tres médicos; y 10 clínicas en la periferia, de las cuales nueve tienen médico establecido y una es asistida por un médico de unidad móvil.²²

El municipio de Xochistlahuaca se encuentra ubicado al suroeste de la capital del Estado. Cuenta con una extensión territorial de 321.10 Km² y colinda con el estado de Oaxaca y los municipios de Tlacoachistlahuaca y Ometepec. Cuenta con 103 localidades. El II Censo de población y vivienda 2005 arrojó que habían 5 181 viviendas y 25 180 personas. De las 103 localidades, 52 tienen entre 1 y 49 habitantes, 12 entre 50 y 99, 34 entre 100 y 499, 6 entre 500 a 999, 3 entre 1 000 y 1 999, 2 entre 2 000 y 2 500, y la cabecera municipal 3 884 habitantes. La población es de 12 237 hombres y 12 943 mujeres. De los 5 184 hogares, 4 120 tienen un hombre como jefe de familia y 1 064 tienen una mujer. El promedio de habitantes por hogar es de 4.9. El 93% de la población vive en hogares indígenas (23 495). El 87% de la población del municipio es amuzga (21 833), el 6% mixteca (1 609) y el resto mestizo. La red de servicios de salud consiste en cinco centros de salud atendidos por médicos en servicio social, y un hospital integral que funciona las 24 horas, con un ginecólogo, un anesthesiólogo y médicos generales. En la cabecera municipal, además, hay cuatro médicos generales privados y un médico contratado por Visión Mundial.²²

²² ibidem

De acuerdo a los datos del Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA e ITS (Secretaría de Salud, Estado de Guerrero 2005), en la región de Costa Chica de Guerrero, de 1983 a agosto de 2006 se han registrado 342 casos de VIH, de los cuales, 212 ya murieron (62%). De los 342 casos, el 77% son de sexo masculino (262). Más del 20% de los casos de VIH/SIDA registrados en Costa Chica corresponden a los municipios de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca (73/342). Estos 73 casos representan el 1.89% de la población total en 2005 de los municipios, y de estos, 52 ya murieron (71%). La vía de transmisión ha sido prevalentemente sexual (61 de los 72 casos). Además, se registraron cuatro casos de transmisión por vía perinatal y de los casos restantes no se pudo determinar la vía de transmisión. Los grupos de edad más afectados en los municipios, han sido el de 20 a 24 años con 13 casos, el de 15 a 19 años con nueve casos, y el de 25 a 44 años con 39 casos. De los 73 casos registrados, 53 son de sexo masculino (73%). Este porcentaje, comparado con el 82% del nivel nacional (hombres mayores de 15 años) y el 77% de la Costa Chica, podría sugerir que en estos dos municipios la transmisión sexual de VIH tiene un componente heterosexual más elevado.³

Estadísticas obtenidas por el Grupo GAVIH en 2007, informan que en el estado de Guerrero ha aumentado de manera alarmante la infección por VIH. Tan sólo en el 2006, se tuvo un incremento de 30% de personas infectadas por el virus, concluyendo en 3 800 casos. En el 2008, el aumento fue de un 45% (4 100 casos) de personas infectadas por VIH, de los cuales, 40% son mujeres y 200 son menores de edad que han

³ ibidem

sido abandonados por sus familiares. El primer lugar lo ocupan las personas que se encuentran en edad reproductiva (entre 15 y 35 años de edad). En Acapulco se concentra el 60% de las personas infectadas por VIH, sin embargo, las regiones pobres siguen siendo las más vulnerables del estado, como la Montaña y la Costa Chica, donde gran cantidad de población emigra a los Estados Unidos.

1.8 Trabajo exploratorio

El Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET) llevó a cabo entrevistas informales con Promotores de Salud de Xochistlahuaca, que han trabajado con el CIET desde hace 20 años y que se constituyeron en la asociación “Promotores de salud indígenas amuzgos” en 2006. También se entrevistaron a dueños de cantinas, de tiendas, maestros de escuelas primarias y secundarias, y a miembros de las instituciones de salud.

De la información preliminar recolectada en el trabajo exploratorio que se llevó a cabo los días 9 y 10 de noviembre de 2006, se desprende que muchos de las y los jóvenes amuzgos, en parte debido a la cultura tradicional y en parte a los cambios socioculturales de los últimos años, empiezan su vida sexual a muy temprana edad (entre los 12 y 15 años). Este fenómeno no parece ser percibido como un problema por los padres.

La homosexualidad y las relaciones heterosexuales y homosexuales fuera del matrimonio, parecen ser bastante frecuentes, incrementando, de esta forma, el riesgo de contraer VIH. La frecuente migración también pudiera estar contribuyendo a la alta tasa de prevalencia de VIH/SIDA en estos municipios, así como el fácil acceso de los adolescentes a las bebidas alcohólicas y a las drogas, que favorecen prácticas de riesgo para adquirir ETS. Estos elementos, junto a la pobreza de las comunidades indígenas y la falta de control institucional, favorecen la prostitución juvenil de hombres y mujeres que se lleva a cabo principalmente en las cantinas. Los que buscan servicios sexuales son, en su mayoría, personas que vienen de afuera, favoreciendo de esta forma, la difusión de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

Aunque parezca que el VIH/SIDA se ha percibido como un problema grave en las comunidades, y que se habla mucho del tema, la escasez de información sobre la forma de transmisión del virus y los servicios de salud disponibles, no favorecen el cambio de actitudes en términos de prevención, identificación de seropositivos y tratamiento.

Los únicos servicios de salud existentes en los dos municipios son los que ofrece la Secretaría de Salud, quien oferta el Programa de prevención y control del VIH/SIDA y las ETS, sin que se haya estructurado un programa especial para estos dos municipios. Visión Mundial se ha encargado de realizar algunas acciones de difusión de medidas preventivas, como la repartición de condones y un concurso de cartel alusivo al uso del condón. El Programa Oportunidades también

reúne a las mujeres para proporcionarles información sobre salud, donde asisten pocos hombres.

1.9 Estudios realizados

Muchos países del mundo se han preocupado por el problema que ha generado el VIH/SIDA en los jóvenes y algunos investigadores han llevado a cabo diversos estudios, con la finalidad de conocer la situación que viven los jóvenes en torno a la epidemia.

En Townsville, Queensland²⁴ se realizó un estudio en tres escuelas secundarias públicas (171 estudiantes) y con jóvenes sin hogar (15). Se encontró que el 45.9% de los participantes (84/183) han tenido relaciones sexuales, éstas en su mayoría, iniciadas entre los 13 y 14 años. La probabilidad de haber tenido relaciones sexuales aumentó con el hecho de ser varón ($P = 0.001$). El 73.5% de los encuestados, informó haber utilizado preservativo durante su primera experiencia sexual, y 61.3% (49/80) utilizó siempre condón en sus relaciones sexuales, mientras que tres nunca lo usaron. Cabe mencionar que, 36.1% de los participantes dijo haber ingerido alcohol o drogas durante su primera experiencia sexual. Así mismo, expresaron tener conocimiento sobre

²⁴ LARKINS Sarah L, PAGE R Priscilla, PANARETTO Kathryn S, SCOTT Robert, MITCHELL Melvina R, ALBERTS Valerie, VEITCH P Craig, McGINTY Suzanne. *Attitudes and behaviours of young indigenous people in townsville concerning relationships, sex and contraception: the "u mob yarn up" project*. MJA 2007; 186 (10): 513-518.

prácticas sexuales seguras, pero no lo llevaban a cabo, sobre todo cuando están bajo el influjo de alcohol o drogas.

Se llevo a cabo un estudio descriptivo con 2 793 estudiantes en la Habana, Cuba²⁵ para explorar el conocimiento, las actitudes y prácticas de riesgos de infección de VIH. Se observó que el 67.2 % de los adolescentes tenía conocimiento adecuado sobre las formas de transmisión del VIH, el 69.5 % de los sexualmente activos no usó preservativo, el 43.1 % había tenido varias parejas sexuales durante ese año, y el 24.9 % tenía más de una pareja sexual. El inicio de las relaciones sexuales fue de 13,83 años en hombres y 14,83 en mujeres.

En Brasil,²⁶ se evaluaron a 379 adolescentes que trabajaban y/o vivían en las calles. Los resultados mostraron que 54% de los entrevistados habían escuchado algo referente al SIDA en los últimos tiempos, tenían un alto grado de conocimiento acerca de la transmisión del VIH (84% correcto) junto con un índice de ideas falsas acerca de la transmisión casual (53% correcto) y un grado intermedio de conocimiento sobre prevención (64% correcto). Las fuentes de información más frecuentes fueron los medios de difusión y los amigos. Se encontró también que, 18% de los 247 jóvenes (65%) sexualmente activos siempre utilizaban preservativo, pero sólo el 10% expresó haberlo usado en la última relación sexual. Resultó más probable que los jóvenes con mayor grado

²⁵ CORTES A, GARCÍA R, MONTERREY P, PÉREZ D. *SIDA, adolescencia y riesgos*. Rev Cuba Med Gen Integr. 2002; 16 (3): 253-60.

²⁶ RAFFAELLI M, SIQUEIRA E, PAYNE-MERRITT A, CAMPOS R, UDE W. *HIV-related knowledge and risk behaviors of street youth in Belo Horizonte, Brazil*. AIDS Education and Prevention. 1995 Aug; 7(4):287-297.

de conocimiento, mostraran cambios de conducta para evitar la infección por VIH.

Un estudio realizado en Perú²⁷ con 393 adolescentes, arrojó que el uso del condón es más frecuente y consistente en los hombres, ya que casi la mitad de las mujeres no habían empleado el condón en los últimos 6 meses (46.9%). Los factores que se encontraron asociados a la no utilización del preservativo en los hombres fueron: la falta de disponibilidad de éste en el momento de la relación sexual, la pérdida de placer y el haber tenido una relación amorosa con la pareja, y en las mujeres: la pérdida del romanticismo, la interferencia con la relación sexual, y por el uso de otro anticonceptivo.

En Ecuador,²⁸ se reportó que 43% de 805 adolescentes encuestados, han tenido relaciones sexuales, el 50% notificó no haber usado preservativo en su primera experiencia sexual y el 70% no lo utilizó en la última relación sexual, y tan sólo el 18.5% consideró estar en riesgo de contraer VIH a pesar de haber tenido relaciones sexuales desprotegidas. También, se encontró que poseer aspiraciones educativas y residir en zona urbana, está asociado de manera significativa con la disminución del riesgo de adquirir el virus, mediante el uso del condón y la abstinencia.

²⁷ SOTO Víctor. *Factores asociados al no uso del condón. Eestudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo*. Anales de la Facultad de Medicina, Lima, Perú 2006; 67(002): 152-159.

²⁸ PARK Ina U, SNEED Carl D, MORISKY Donald E, ALVEAR Susana, HEARST Norman. *Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescents*. Guilford Publications, January 2002; 14(1):73-83.

En Colombia,²⁹ se identificó el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas de riesgo en 458 adolescentes de 15 a 22 años. Se observó que por cada nueve jóvenes con nivel de conocimiento aceptable, hay uno con bajo nivel, siendo la media del nivel de conocimientos de 3.7. La mayoría de los jóvenes desconocían la existencia de centros de asesoría sobre SIDA en la ciudad (67%), y la televisión es el medio predilecto (88%) para recibir este tipo de información. Alrededor del 58% de los jóvenes (265) han tenido relaciones sexuales, y el inicio de la primera relación sexual tuvo un promedio de 15.7 años.

Con el fin de averiguar las fuentes de información y el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre VIH/SIDA, en Guadalajara, Jalisco, México³⁰, se les aplicó una encuesta a 1 410 adolescentes de cuatro estratos socioeconómicos (alto, medio, bajo y marginado). El conocimiento se dividió en objetivo y subjetivo; el nivel de conocimiento objetivo resultó ser regular y tuvo diferencias por estratos, favoreciendo al nivel medio y superior; en el conocimiento subjetivo, los de estratos alto, medio y bajo refirieron saber “algo”, y los marginados “poco”. El análisis de varianza indicó que los periódicos son la única fuente de información que presenta una relación directa con el nivel de conocimiento. Los medios interpersonales con los que

²⁹ LÓPEZ N, VERA LM, OROZCO LC. *Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH/SIDA en jóvenes de Bucaramanga*. Colom Med. 2001; 32 (1): 32-40.

³⁰ VILLASEÑOR-SIERRA A, CABALLERO-HOYOS R, HIDALGO-SAN MATÍN A, SANTOS-PRECIADO JI. *Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes*. Salud Publica Mex 2003; 45 (1): S73-S80.

aprendieron más fueron los profesores (45,1%), los familiares (23,4%) y los médicos (22%). El uso del condón, resultó ser más constante en varones (35.4%), y las mujeres reportaron el uso del condón por su pareja en un 15.3% ($p < 0.001$).

En Guerrero³¹ se llevó a cabo un estudio transversal en abril del 2008 con 6 773 estudiantes de nivel medio superior de 14 a 25 años. Se encontró que el 88% de los encuestados tenían conocimiento básico sobre las formas de transmisión del VIH. Los factores que se encontraron asociados al conocimiento fueron la edad, la fuente de información, el estado civil, el semestre y la escuela. En el uso del condón se encontró que el 65% (1 082/1 662) de los sexualmente activos, usó condón en su última relación sexual, y uno de cada tres no lo usó. Las causas principales para no usarlo fueron la incomodidad y la pérdida de placer. Los factores asociados al uso del preservativo fueron el sexo, el consumo de alcohol y drogas, y el estado civil.

En relación al conocimiento de VIH/SIDA, en Brasil²⁶ se encontró que de 379 jóvenes encuestados, el 84% tenía conocimiento adecuado; en Perú (Tacna)³² el 46.4% de 399 estudiantes demostró tener un nivel

³¹ GALEANA ORTIZ, Elizabeth. Tesis de maestría: *Percepción actitudes y acciones de riesgo de los estudiantes de nivel medio superior de Acapulco y Costa grande, Guerrero relacionadas con la transmisión de la infección por VIH/SIDA*. Maestría en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma de Guerrero, Unidad Académica Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales. Acapulco, Guerrero, abril 2008, pp.47-55.

²⁶ ibidem

³² CATAFORA-LOPEZ Fresia, VILLANUEVA-ROQUE Javier. *Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004*. *Rev. peru. med. exp. salud pública*, jul./set 2007; 24(3):240-247. ISSN 1726-4634.

apropiado de conocimiento; en la Habana, Cuba²⁵ se observó un 67.2% de 2 793 alumnos; en Colombia (Barranquilla)³³ de 412 estudiantes, tan sólo el 15% tuvo conocimiento correcto; en Paraguay,³⁴ de 336 estudiantes, el 84.9% de ellos obtuvo un apropiado nivel de conocimiento y; en México (Yucatán),³⁵ se observó un alto nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en los estudiantes (98% de 210 estudiantes).

²⁵ ibidem

³³ NAVARRO Edgar, VARGAS-MORATH Rusvelt. *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados*. Salud Uninorte. Barranquilla, Julio-
Noviembre 2003;19: 14-24.

³⁴ MACCHI ML, BENÍTEZ-LEITE S, CORVALÁN A, NUÑEZ C, ORTIGOZA D. *Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay*. Rev Chil Pediatr 2008; 79 (2): 206-217.

³⁵ VERA-GAMBOA Ligia, SÁNCHEZ-MAGALLÓN Francisco, GÓNGORA-BIACHI Renán A. *Conocimientos y percepción de riesgo sobre el Sida en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo*. Rev Biomed 2006; 17(3):157-168.

CAPÍTULO 2

ASISTENCIA PSICOLÓGICA PARA PACIENTES CON VIH/SIDA Y FAMILIARES

2.1 Reacciones psicológica en pacientes con VIH/SIDA

El ser humano pasa por diferentes procesos psicológicos que se caracterizan por una variedad de reacciones emocionales, éstas difieren en cada persona según su personalidad, historia y patologías anteriores. Existen rasgos de personalidad que se observan en la mayoría de los pacientes terminales, como los rasgos depresivos y de ansiedad que aparecen asociados a las fases que la psiquiatra y tanatóloga Elizabeth Kübler Ross,¹⁰ describe como propias del proceso de enfermedades terminales. La doctora Kübler Ross, comenzó este trabajo haciendo un esquema de las fases por las que pasa la persona cuando se enfrenta a la muerte o a la pérdida de un ser querido. Las fases propuestas fueron:

a) *Fase de negación.* Es la primera fase en donde la persona no acepta el hecho de estar infectada o enferma; sigue con su vida normal, y esto le permite llevar a cabo actividades de alto riesgo tanto para él o ella como para las personas que le rodean. Puede presentar algunos síntomas físicos, pero por lo regular no acude al médico.

¹⁰ ibidem pp.58-211

b) *Fase de cólera.* En esta fase, el individuo se vuelve muy irritable y difícil de tratar; canaliza toda su angustia, coraje y agresión en otras personas, a quienes muchas veces, les atribuye la causa de su mal. Se cuestiona continuamente el por qué de su enfermedad (por qué a él o a ella le está sucediendo eso). Esta fase y la anterior son muy importantes, puesto que en estas etapas es cuando la persona tiene mayor riesgo de infectar a otras.

c) *Fase de pacto.* Aquí, la persona hace una especie de pacto con “algo” o “alguien” según sus creencias, tratando de ganar tiempo para hacer cambios en su vida y mejorar. Es una etapa en la que busca darle un nuevo sentido a su vida, comienza a aceptar que está enfermo, pero aún tiene la esperanza de curarse, lo cual puede ocasionar falsas expectativas sobre su enfermedad. Al terminar esta fase, la persona analiza sus pérdidas, y es aquí cuando entra en una profunda depresión, pues gran parte de su vida pierde sentido. Algunas personas presentan homofobia como resultado de la culpa que sienten de haber infectado a otras personas; también se presentan pensamientos suicidas que, en algunos casos pueden llevarse a cabo.

d) *Fase de aceptación.* Finalmente llega la fase de aceptación, que es cuando el paciente construye su duelo; se acepta como enfermo y acepta las pérdidas tenidas. Una vez consumado esto, el paciente, de acuerdo a su personalidad, puede lograr cambios significativos en su vida, como: cambiar de hábitos e incluso puede lograr reinsertarse a la

sociedad. Estas mejoras le permiten afrontar de forma asertiva los desafíos de la enfermedad.

En todo este proceso de “ajuste”, se experimentan muchos tipos de pérdidas, ya sea de familia, de amistades, de trabajo, entre otras, y son en su mayoría provocadas por el aislamiento del individuo. El retraimiento social puede aparecer semanas después de saberse infectado, después de unos meses e incluso años.

La angustia juega un papel determinante en todo este proceso, puede generar cuadros psicossomáticos, ataques de pánico, preocupación exagerada, entre otros síntomas, y puede estar presente en todas las fases, por lo que es necesario diferenciar los síntomas de angustia, de los síntomas propios de la enfermedad. Es importante señalar que, así como las respuestas físicas y emocionales difieren en cada persona, también el orden en que se presentan las fases puede cambiar, además de que puede haber regresiones a etapas anteriores.

2.2 Asistencia psicológica para pacientes con VIH/SIDA

Cuando el sujeto no es capaz de manejar la angustia generada por la enfermedad y por la situación que está viviendo, es recomendable que intervengan especialistas para suministrar tratamiento farmacológico y apoyo psicológico.

En el caso del VIH o SIDA, el tratamiento psicológico busca, en primera instancia, que el paciente acepte su enfermedad, y que tenga un manejo sano de su sexualidad para evitar que contagie a otras personas. Así como, ayudarle a resolver conflictos personales que puedan surgir como consecuencia de la enfermedad.³⁶

La psicoterapia forma parte importante del tratamiento en pacientes VIH positivos, ya que promueve el crecimiento personal y ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente. Se puede definir a la psicoterapia como el tratamiento ejercido por un psicoterapeuta capacitado, que utiliza técnicas psicológicas que ayudan a la resolución de problemas o trastornos emocionales, y que provee herramientas al paciente para su desarrollo personal. Todo esto, en el contexto de una relación profesional.^{10,37}

Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, sin embargo, hay características que las unifican, como el diálogo, que se da a través del contacto directo entre el psicoterapeuta y el paciente, y la calidad de la relación terapéutica, que depende principalmente de la capacidad que posee el especialista para dar su servicio y de la

³⁶ BELLAK L y SMALL. *La .psicoterapia breve y de emergencia*, México: Pax, 1969, p.105.

¹⁰:ibidem

³⁷ *Psicoterapia*, Enciclopedia Encarta. <http://mx.encarta.msn.com/>

disponibilidad del paciente para entablar la relación terapeuta-paciente.³⁷

De acuerdo a las demandas de los pacientes, y a las posibilidades y limitaciones que se viven en las instituciones públicas, así como a las características propias de la enfermedad y tratamiento, las psicoterapias individuales y de grupo han sido hasta el momento las más asistidas.

La terapia individual o psicoterapia individual, es un tratamiento psicológico que trata de manera individual, a personas con problemas o trastornos emocionales, y se basa en un método racional para la construcción de recursos psicológicos que le permitan al individuo, enfrentar su problemática.^{37,38}

La terapia grupal es un concepto que engloba diferentes procedimientos de psicoterapia, en los que el terapeuta o los terapeutas, tratan temas relacionados con la problemática de los participantes del grupo, el cual puede estar formado de cinco a diez personas. La interacción entre los miembros es la principal fuente de solución a los conflictos. Dentro de un grupo puede haber identificación mutua y reacciones simultáneas que estimulan la alianza de trabajo; además, la sensación de aceptación

³⁸ *Terapia de grupo*. Enciclopedia Microsoft Encarta Online 2008
<http://es.encarta.msn.com> © 1997-2008 Microsoft Corporation.

y pertenencia disminuye el sentimiento de soledad que los pacientes experimentan.³⁸

2.3 Familia

La familia es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, bajo valores socioculturales en los cuales se desarrolla.³⁹ La familia atraviesa por crisis, en la medida en que tiene que lograr cambios, o una reestructuración ante la presencia de determinados acontecimientos. Las crisis son aquellas situaciones de cambio que implican desestructuraciones y reestructuraciones de todo el sistema familiar, provocadas por factores intra o extrafamiliares.⁴⁰

2.3.1 Apoyo familiar

El apoyo familiar, es la ayuda y acompañamiento que la familia otorga a un familiar enfermo, es una red de soporte que genera un sentido de

³⁸ ibidem

³⁹ BERNAL I Lauro, INFANTE PO, DE LA CUESTA FD, PÉREZ GE, GONZÁLEZ BI, PÉREZ-CÁRDENAS C. et al. *Manual para intervención en la salud familiar*. Ministerio de Salud Pública. Grupo Asesor Metodológico. Estudios de Salud de la Familia. Año 2000.

⁴⁰ MORALES CF. *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana, Científico-Técnica, 1999.

pertenencia, el cual se basa principalmente en satisfacer las necesidades del paciente, como el recibir afecto, aceptación, comprensión, apoyo, entre otras. Todo esto incrementa la autoestima del individuo y fortalece también a los miembros de la familia en general.

Para los pacientes con VIH, la familia juega un papel determinante; el familiar es el que se encarga de cuidarlo, el que está al tanto de sus necesidades diarias, es el que vigila que siga su tratamiento, el que está a su lado, el que lo consuela, y en general, el que le da fuerza para salir adelante. Se han encontrado datos que demuestran que el apoyo familiar mejora la adherencia terapéutica del paciente y disminuye la intensidad de los síntomas.⁴¹ Por el contrario, la falta de este apoyo, puede provocar un desequilibrio interno en el paciente y le puede generar sentimientos de rechazo en los que la persona se siente abandonada, ya que no tiene quien le de el soporte físico y emocional necesario para sobrellevar la situación. En algunas ocasiones, hay pacientes que tienen el apoyo de amigos, pero éste no sustituye al apoyo familiar, y son pocos los amigos que realmente se quedan hasta el final. En general, el sentimiento de rechazo generado por la falta de apoyo familiar, incrementa el deterioro físico y psicológico del individuo, y por consiguiente, la muerte puede darse más rápido que en los pacientes que reciben apoyo familiar.

Por otro lado, el VIH/SIDA también afecta de forma importante a las familias, ya que gran parte de la carga física y emocional recae en ellas.

⁴¹ REMOR E. *Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH*, Aten Primaria, Madrid 2002 (3): 33-34.

Además, los familiares no sólo se tienen que enfrentar a los problemas de la enfermedad sino también a una serie de presiones externas como la estigmatización social. Hay que tomar en cuenta que los familiares también pasan por un proceso de adaptación, y por una delimitación de responsabilidades entre los miembros de la familia y los servicios de salud, para la atención del paciente. El tipo de apoyo que las familias pueden brindar a los enfermos, se asocia estrechamente a la forma en que manejan y perciben el problema que representa para ellos la enfermedad. Otro aspecto a considerar, es que, los problemas financieros aumentan a medida que el paciente empeora y esto puede generar conflictos familiares. Por ello, algunos estudios han identificado necesidades específicas de consejería y apoyo psicológico a familias de personas VIH positivas (personas infectadas de VIH), con el fin de fortalecer la capacidad de apoyo para el enfermo.⁴²

2.3.2 Duelo y pérdida

Cuando todos los recursos terapéuticos han sido agotados sin éxito, inevitablemente sobreviene la muerte del paciente. La muerte es un proceso que por sí mismo es estresante y tiene al igual que la vida, un condicionamiento histórico social muy importante. Generalmente no estamos preparados para afrontar la muerte, por esto, la familia debe prepararse para que no se le deje sola con su sufrimiento y pueda elaborar su duelo.

⁴² CASTRO Roberto. *Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar*. 1997; 39:1-5. Salud pública.

La palabra "duelo" proviene del latín tardío *dolus* que significa dolor, que es un estado de aflicción relacionado con cualquier tipo de pérdida como el divorcio, la muerte de un ser querido, problemas familiares, cambios de domicilio, etc. Estos factores estresantes pueden originar reacciones desadaptativas con manifestaciones de índole depresivo como: tristeza, llanto, desesperanza, rabia, culpa, entre otras.⁴³ El duelo no es considerado un trastorno mental, aunque el DSM-IV⁴⁴ lo clasifica dentro de la categoría de trastornos adicionales que pueden requerir atención médica, y la CIE10⁴⁵ lo clasifica dentro de los trastornos adaptativos, pero, sólo a las reacciones que se consideran anormales por sus manifestaciones o contenidos.

El duelo según John Bowlby,⁴⁶ es una respuesta adaptativa de recuperación que se observa durante el periodo transcurrido desde la pérdida hasta la reincorporación con la realidad, y lo clasifica en cuatro fases (cuadro 1):

1) *fase de embotamiento de la sensibilidad (Shock y negación)*. Es cuando la persona recibe la noticia y parece no tener reacción emocional alguna, sin embargo, puede tener estallidos de cólera e

⁴³ MERANI, Alberto L. *Diccionario de Psicología*, Grijalbo. México. p.45.

⁴⁴ LÓPEZ, Juan J, ALIÑO, Ibor. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Masson, Barcelona: Masson, 2005, p 827.

⁴⁵ CIE 10. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento*. Madrid: Menitor, 1992.

⁴⁶ BOWLBY, B. *La pérdida afectiva*. España: Paidós, 1993. pp. 103-113.

intensa aflicción, y no acepta la pérdida o la situación en la que se encuentra.

2) *fase de anhelo y búsqueda*. Es una etapa de enojo donde la persona empieza a reconocer la pérdida. Surgen pensamientos obsesivos respecto a la figura perdida en los que experimenta una fuerte necesidad de encontrarlo y a la vez de olvidarlo.

3) *fase de desorganización y desesperanza*. Es la etapa de tristeza donde el individuo reconoce que la pérdida es definitiva y examina su situación actual para descubrir los roles que ya no puede seguir desempeñando.

4) *fase de reorganización y recuperación*. En esta fase, el individuo va adaptando nuevos patrones de vida, tiene que aprender nuevos roles y comienza a utilizar todos sus recursos. La aceptación implica una verdadera concientización de la muerte con serenidad y relajación.

Cuadro 1. Fases del duelo propuestas por Bowlby

Fase	Síntomas físicos	Síntomas emocionales	Conducta
Shock y aturdimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia - Mareo y náusea - Diarrea - Dolores abdominales, de estómago, espalda o cabeza - Garganta cerrada - Ataques de pánico 	<ul style="list-style-type: none"> - Aturdimiento - Ira - Euforia - Impotencia - Aflicción - Miedo 	Manifestaciones impulsivas; negación, cólera y la no aceptación.
Anhelo y búsqueda	<ul style="list-style-type: none"> - Fatiga - Intranquilidad - Cambios en el apetito - Insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad - Pánico - Ira - Ansiedad - Añoranza 	Manifiesta inquietud física y pensamientos permanentes sobre lo sucedido.
Desorganización y desesperanza	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Irritabilidad - Ansiedad - Insomnio - Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono - Soledad - Miedo - Culpa - Tristeza - Apatía - Impotencia 	Dificultad para concentrarse y enfocarse en actividades normales. Pueden tener depresión y dificultad para planear el futuro.
Reorganización y recuperación	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoría en los síntomas - Incremento de energía 	<ul style="list-style-type: none"> - Alivio - Tranquilidad - Paz - Motivación 	Reconstruyen su vida bajo la nueva realidad, se reconcilian y tienen una actitud más positiva.

2.3.3 El rol del Psicólogo

Uno de los objetivos fundamentales del psicólogo es ofrecer apoyo a la familia para reducir la angustia y facilitar la transición de las fases antes mencionadas. El apoyo psicológico debe prestarse desde el comienzo, es decir, desde que el paciente (familiar) ha sido diagnosticado con VIH/SIDA, puesto que, como se mencionaba anteriormente, la familia también pasa por todo un proceso de ajuste o adaptación.

El sufrimiento de cada persona es único, por lo que, es importante que cada miembro de la familia exprese sus temores, sus dudas y en general, sus sentimientos. Para este tipo de situación, además de las psicoterapias antes mencionadas en el tratamiento a pacientes con VIH/SIDA, puede ser útil la intervención en crisis.

De acuerdo a Slaikeu,⁴⁷ la intervención en crisis es un proceso de ayuda que va dirigida a una persona o familia para soportar un suceso traumático. Este tipo de intervención, pretende aminorar los efectos físicos y emocionales e incrementar el crecimiento o desarrollo de nuevas habilidades y perspectivas de vida. La finalidad primordial, es ayudar a la persona a que tome las medidas necesarias para enfrentar la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación y el inicio del proceso de solución a los

⁴⁷ SLAIKEU A. K. *Intervención en crisis. Manual para prácticas e investigación.* Manual Moderno. México 1988.

problemas.⁴⁸ Ésta, podría ser una herramienta útil para brindar apoyo a las familias de pacientes con VIH o SIDA, así como para el manejo de la pérdida, cuando el paciente se encuentra en la fase terminal.

⁴⁸ CHACÓN A. *Proceso de intervención psicológica en situaciones de crisis ante desastres naturales*. Universidad tecnológica. El Salvador. 2000, p. 7.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

En este capítulo se describe el proceso de realización del estudio, incluye la justificación, el planteamiento del problema, las preguntas de investigación, los objetivos, el tipo de diseño utilizado, la selección de la muestra, entre otros.

3.1 Justificación

El VIH/SIDA sigue siendo una problemática a nivel mundial. En nuestro país, esta enfermedad ha tomado una importancia significativa, llevando a la búsqueda de técnicas y medios para informar y prevenir a la población.¹

En Guerrero, diferentes instituciones y programas de salud están enfocados a la prevención del VIH/SIDA. Sin embargo, existen zonas, en su mayoría indígenas, en las cuales no se ha podido encontrar una vía factible de comunicación.

Esta investigación podría contribuir a ampliar el conocimiento de los diversos contextos socioculturales presentes en México, y a definir estrategias diferenciadas y específicas para abordar el conocimiento, y

¹ ibidem

estar al tanto de las realidades de los pueblos indígenas ante la problemática del VIH/SIDA.

El propósito del estudio es obtener información útil para identificar grupos de riesgo en los municipios amuzgos de Guerrero, dirigir estrategias e identificar canales de comunicación.

Considerando la alta tasa de casos de VIH/SIDA en los municipios de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, Guerrero, es fundamental que el estudio logre describir cuáles son las principales causas de infección entre los estudiantes de esta zona indígena.

Los resultados que se obtengan serán devueltos a los estudiantes y también serán entregados a las autoridades educativas y de salud para establecer nuevas estrategias y lograr un mejor manejo de los programas preventivos. Así mismo, este estudio permitirá abrir campo para realizar otros estudios y poder continuar con la investigación en torno al VIH/SIDA en poblaciones indígenas.

3.2 Planteamiento del problema

La información disponible sobre la población afectada por VIH/SIDA en los municipios de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, Guerrero, y considerando el periodo de incubación de la enfermedad, permite pensar que, posiblemente, la transmisión está ocurriendo durante la adolescencia, ya que en esta etapa, los jóvenes se enfrentan ante

muchos cambios físicos y psicológicos, exploran su sexualidad y es aquí, donde muchas veces, inician relaciones sexuales desprotegidas. Los adolescentes son considerados como grupo de alto riesgo para adquirir ETS, no sólo por el comienzo de las relaciones sexuales, sino también, debido al fácil acceso que tienen a las bebidas alcohólicas y a las drogas, favoreciendo así, las prácticas sexuales de riesgo.⁴⁹ La escasa información sobre prevención y la falta de percepción de riesgo que tienen los adolescentes, son otros de los factores que contribuyen al comportamiento de riesgo.⁵⁰

Aun cuando los programas existentes sobre prevención de VIH/SIDA estén proveyendo de información a la población, se ha comprobado en diversos estudios, que, el tener conocimiento sobre SIDA y sus formas de transmisión, no garantiza que las personas adopten las medidas preventivas necesarias para evitar el contagio de la enfermedad.⁵¹ El éxito de estos programas podría ser aún más relativo si no han sido adecuados a las condiciones socioculturales de los adolescentes y jóvenes indígenas.

⁴⁹ PICK S, GIVAUDAN M, SALDIVAR-GARDUÑO A. *La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes*. Perinatol Reprod hum 1998; 10:143-150.

⁵⁰ SANTOS-PRECIADO JI, VILLA-BARRAGÁN JP, GARCÍA-AVILÉS MA, LEÓN-ALVAREZ GL, QUEZADA-BOLAÑOS S, TAPIA-CONYER R. *La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México*. Salud Publica Mex 2003; 45(1):S140-S152.

⁵¹ MICHER-CAMARENA J M, SILVA-BUSTILLOS J S. *Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS)*. Revista SIDA-ETS 1997; 3(3):68-73.

Otro problema que podría estar afectando a la población indígena es la constante migración en busca de trabajo dentro del Estado, del país o hacia el extranjero, y con ello la adopción de patrones de conducta diferentes a las de su comunidad. Así mismo, el acceso a los medios masivos de comunicación, particularmente a la televisión, podría ser un elemento que favorece el abandono de los usos y costumbres que han permitido subsistir a los indígenas durante varios siglos.

En relación a lo anterior, es necesario, además de proporcionar información sobre VIH/SIDA y uso de condón, implementar estrategias que les permitan a los jóvenes, hacer conciencia del riesgo que tienen de adquirir o de transmitir el virus a otras personas. Además, es importante que los programas de prevención de VIH y SIDA, que van dirigidos a las poblaciones indígenas, se adecuen a las necesidades de ese tipo de población, para lograr un mayor impacto en los jóvenes.

3.2.1 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los niveles de conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA, las medidas de protección, y las prácticas sexuales de riesgo de ETS entre los estudiantes del nivel medio superior de los municipios de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, Guerrero?

- ¿Qué canales de comunicación son los más adecuados para hacer llegar información a la población amuzga, sobre sexualidad y VIH/SIDA?

- ¿Qué factores están ligados al uso del condón para la prevención del VIH/SIDA?

3.2.2 Objetivo general

Identificar el conocimiento de los estudiantes amuzgos sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA y el uso de condón, y los factores asociados.

3.2.3 Objetivos específicos

- Conocer las prácticas sexuales de riesgo de VIH/SIDA entre los estudiantes amuzgos del nivel medio superior de los municipios de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, Guerrero.
- Medir el conocimiento que tienen los estudiantes amuzgos sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA.
- Identificar el conocimiento que poseen los estudiantes amuzgos sobre las medidas de protección para evitar la infección del VIH.
- Averiguar cuáles son los canales de comunicación utilizados por los indígenas amuzgos para recibir información sobre sexualidad y VIH/SIDA.

3.2.4 Hipótesis

Los estudiantes indígenas tienen menos conocimiento sobre VIH/SIDA y uso de condón que los estudiantes mestizos.

3.3 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal, mediante el cual se estimó la prevalencia del uso de condón, así como la percepción y el conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA y los factores asociados.

3.4 Muestra

La muestra estuvo conformada por estudiantes de nivel medio superior de 14 a 24 años. Se visitaron cinco escuelas de nivel medio superior (tres del turno matutino y dos del turno vespertino); en Xochistlahuaca se visitaron dos escuelas: una Preparatoria y un Colegio de Bachilleres, en Tlacoachistlahuaca dos Preparatorias y un Colegio de Bachilleres, y se les aplicó el cuestionario a 618 alumnos de ambos sexos.

3.4.1 Selección de la muestra

Se llevó a cabo un muestreo deliberado propositivo, en virtud de que se incluyó a toda la población del nivel medio superior de los dos municipios.

3.4.2 Criterios de inclusión

Se incluyeron a todos los alumnos (hombres y mujeres) de 14 a 24 años que asistieron a un día normal de clases los días 7 y 8 mayo de 2008, de las escuelas de nivel medio superior de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, Guerrero, (del turno matutino y vespertino), que aceptaron participar libremente en el estudio.

3.5 Instrumentos utilizados

Se empleó un cuestionario autoadministrado, con 63 preguntas cerradas, algunas de ellas tomadas de cuestionarios utilizados por investigadores del CIET en Sudáfrica y Canadá. Se realizó una prueba piloto en una escuela del nivel medio superior de Cochoapa, Ometepec, que atiende a población indígena amuzga.

En el cuestionario se incluyeron datos sociodemográficos e información sobre: acceso a medios de comunicación, comportamientos de riesgo, apego a las costumbres de la comunidad, orientación sexual y

conocimiento de VIH/SIDA, actitud hacia personas con VIH, conocimiento y uso de condón, antecedentes de violencia sexual, y preguntas que denotan empoderamiento (anexo 1).

3.6 Definición operacional de las variables

Las variables resultado fueron conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH y SIDA y uso del condón.

Para identificar el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre VIH/SIDA, se construyó un indicador a partir de diez preguntas relacionadas con factores asociados a la transmisión del virus. Cada respuesta se ponderó de acuerdo al nivel de dificultad de la pregunta, de tal forma que, a la respuesta correcta de la pregunta sobre quién tiene más riesgo de adquirir VIH se le dio cuatro puntos; igual puntaje obtuvo la respuesta “siempre usar condón” para evitar la infección; a la opción “evitar compartir objetos cortantes y jeringas” se le asignó un valor de dos puntos. En las opciones “no tener relaciones sexuales”, “interrumpir la relación sexual antes de la eyaculación”, “evitar cualquier contacto con personas con SIDA”, “ser fiel a tu pareja”, “no tener sexo antes de casarse”, “usar anticonceptivos” e “informarse sobre VIH y SIDA”, se asignó un punto a cada una. El puntaje más alto fue de 17 puntos. Se estableció un punto de corte donde el estudiante que tuviera de ocho puntos en adelante, fue considerado un estudiante con conocimiento adecuado sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA.

Se construyeron tres indicadores: espiritualidad, empoderamiento y tendencia hacia la violencia. Con alto nivel de espiritualidad se consideró al estudiante que reunió tres de las siguientes características: haberse considerado religioso, haber participado en las tradiciones de su comunidad, que su familia haya participado en las tradiciones de su comunidad, haberse sentido exitoso en la cultura indígena y percibir que su familia también se siente exitosa. El alumno empoderado, fue el que contestó que si alguien intentara tocar sus partes íntimas habría hecho algo para defenderse o el que contestó que hubiera sido capaz de decir “no” cuando no quiere tener relaciones sexuales, y el estudiante que fue percibido con tendencia violenta, fue el que refirió haber forzado a alguien a tener relaciones sin su consentimiento, el que estuvo de acuerdo en que forzar a alguien que conoce a tener relaciones sexuales no es una violación, y el que estuvo a favor de que una persona debe tener relaciones sexuales con su novia o novio para demostrarle que lo quiere.

3.7 Procedimiento

El trabajo de campo se inició con el apoyo de los responsables del CIET, mediante la entrega de oficios a los directivos de las escuelas seleccionadas, en los que se explicaron los objetivos de la investigación, y se solicitó su apoyo y participación.

La encuesta fue aplicada por investigadores del CIET y dos pasantes de medicina previamente capacitados. Una vez obtenido el permiso de los

directivos para aplicar el cuestionario, se pasó a cada salón de clases y en presencia de los maestros y alumnos, se explicaron los objetivos de la investigación. Posteriormente se les entregó una carta de consentimiento a todos los estudiantes para solicitar su participación. Después de tener la aprobación de los alumnos, se les repartieron los cuestionarios y se dieron indicaciones sobre cómo contestarlo.

Para garantizar el anonimato y evitar la presión entre los estudiantes, el instrumento fue aplicado sin la presencia del profesor, se evitó la cercanía entre los estudiantes, las encuestas fueron depositadas en sobres sin rotular y los únicos datos de identidad personal solicitados fueron el de sexo y el grado escolar. El promedio de tiempo que se llevaron en contestar el cuestionario fue de aproximadamente 30 minutos. Para tener un registro de datos faltantes, se consultó con los profesores y jefes de grupo el total de alumnos que asisten regularmente a clases.

3.8 Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética del CIET, y para cumplir con las normas éticas, a los participantes se les informó sobre los objetivos del estudio, sobre la confidencialidad de sus datos, así como la libertad de aceptar o rechazar participar en la investigación.

El consentimiento se hizo por escrito, y para garantizar la confidencialidad de las respuestas de los estudiantes, el cuestionario fue contestado de manera anónima y fue guardado en un sobre que fue cerrado en presencia de los alumnos. Los resultados serán discutidos con los estudiantes y se entregará un informe a las autoridades de salud y a las escuelas participantes.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

En este capítulo se habla sobre la captura y el análisis de los datos, se describen las características de la población participante, el nivel de conocimiento que tienen sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA, la prevalencia del uso del condón y los factores que se encuentran asociados. También se contempla el comportamiento de riesgo entre los estudiantes, la actitud que tienen hacia las personas con VIH/SIDA y los resultados de los indicadores.

4.1 Captura de datos

Con el fin de minimizar errores a la hora de introducir la información, se hizo doble captura de datos mediante el paquete estadístico Epi-info versión 6.04d. Posteriormente, se realizó la limpieza de los datos contrastando ambas capturas, se eligió la que tuvo menos errores y se fueron corrigiendo los que se observaron al final.

4.2 Análisis de datos

Una vez capturados los datos, se realizaron frecuencias simples y análisis bivariado para identificar las asociaciones. En el análisis

multivariado se utilizó el formato de tablas de contingencia 2 x 2, que permitió calcular la magnitud del efecto a través de la razón de momios (OR), y el nivel de confianza de esta estimación se valoró con la prueba de significancia estadística Ji cuadrada de Mantel-Haenszel (X^2 mh), con los intervalos de confianza a 95% de Cornfield.

Las variables de interés se analizaron en forma secuencial y simultánea para valorar los distractores epidemiológicos y modificadores de efecto. Con las variables que mostraron mayor fuerza de asociación se construyó un nuevo banco de datos que fue analizado con el Software CIETmap 1.0 beta 52, diseñado por Andersson y Mitchell,⁵² para realizar regresión logística a partir de un modelo saturado, eliminando una por una las variables que no tuvieran confianza estadística, hasta obtener el modelo más consistente.

4.3 Características demográficas de la población

En mayo de 2008, se visitaron cinco escuelas públicas del nivel medio superior; tres del turno matutino y dos del vespertino, con un promedio de 123.6 alumnos por escuela. Participaron 618 estudiantes, de los cuales 58.2% (358/615) eran mujeres y 41.8% hombres. La edad promedio de los estudiantes fue de 17.9 años, con un rango de edad de 14 a 24 años, (cuadros 2 y 3).

⁵² ANDERSSON N, MITCHELL S. *CIETmap: Free GIS and epidemiology software from the CIET group, helping to build the community voice into planning*. World Congress of Epidemiology, Montreal, Canada, August 2002.

Cuadro 2. Número de grupos y alumnos encuestados por grado

Escuela	Grado escolar	No. de grupos	No. de alumnos
Bachilleres	1º	3	123
	2º	3	97
	3º	3	82
Preparatoria popular	1º	5	142
	2º	4	86
	3º	4	88
Total		22	618

Cuadro 3. Número y porcentaje de alumnos encuestados por grupo de edad

Grupo de edad	No. de alumnos	%
14	2	0.3
15	39	6.4
16	147	23.9
17	188	30.6
18	133	21.7
19	57	9.3
20	23	3.7
21	11	1.8
22	5	0.8
23	3	0.5
24	6	1.0
Total	614	100

El 83% (511/616) de los estudiantes hablaba lengua indígena; y dentro del hogar, 34.7% se comunicaban en español, 0.5% en náhuatl, 4.9% en mixteco, y 59.8% en amuzgo.

Se observó que, 32.4% (200/618) de los alumnos ha salido a estudiar fuera de su comunidad, y 35.1% (216/616) ha trabajado a otra comunidad; el 16.6% (101/609) trabajaba y 72.3% (443/613) recibía algún tipo de beca.

4.4 Conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA

La mayoría de los estudiantes mencionaron haber escuchado algo referente al VIH o SIDA (97.4%, 596/612), pero se observó que sólo 81.5% (477/585) de ellos, tenían conocimiento adecuado sobre las formas de transmisión del virus. La información de VIH/SIDA la obtuvieron del médico (47.6%, 293/616), de los maestros (30.5%), de las enfermeras (12.7%), de la televisión (2.3%), de la radio (2.1%), de las revistas (1.6%), de la mamá (1.5%), de los amigos (1.1%), del papá (0.5%), y del/la novio(a) (0.2%), figura 2.

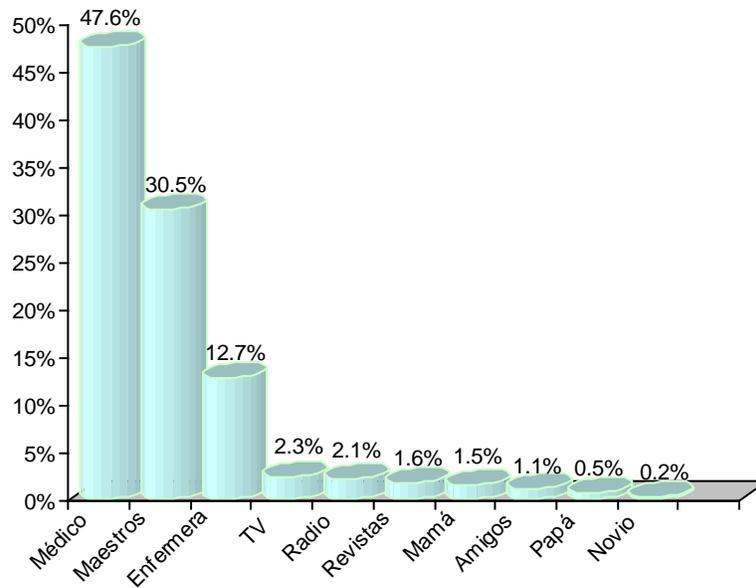


Figura 2. Gráfica de las personas que brindaron información sobre VIH/SIDA a los estudiantes

Las opciones que los estudiantes eligieron para evitar adquirir VIH/SIDA, tuvieron el siguiente orden: siempre usar condón (93.5%), informarse sobre VIH/SIDA (88.6%), usar anticonceptivos (81.3%), ser fiel a tu pareja (77.2%), evitar compartir objetos cortantes y jeringas (75.6% cada uno), no tener relaciones sexuales (57.1%), evitar cualquier contacto con personas infectadas (55.3%), no tener sexo antes de casarse (43.6%), e interrumpir la relación sexual antes de la eyaculación (38.7%). Por otro lado, consideraron que las personas que tienen mayor riesgo de adquirir VIH son, en primer lugar, las personas que practican sexo sin protección (53.2%); en segundo lugar, las/los prostitutas(os) (17.3%); en tercer lugar, cualquier persona (17.2%); en

cuarto lugar, los homosexuales (9.9), y en quinto lugar, los bisexuales (2.4%).

Gran parte de los estudiantes han recibido pláticas de orientación sexual (90.6%, 557/615). El 71.8% (420/585) las recibió en la escuela, 24.4% en el centro de salud, 1.7% en su casa, 0.7% por medio de la radio y la televisión (respectivamente), 0.5% a través del Internet, y 0.2% en la iglesia. Los que brindaron orientación sexual a los alumnos fueron: el médico (50.9%), la enfermera (28.8%), los maestros (18.3%), los amigos y la mamá (0.7%, respectivamente), el papá (0.3%), el sacerdote y el novio (0.2% cada uno). Así mismo, los participantes consideraron que las pláticas deben ser impartidas principalmente por el médico (65.1%), la enfermera (20.0%), los maestros (11.4%), el papá (1.8%), la mamá (0.5%), el/la novio(a) y sacerdote (0.3%, cada uno), y los/las hermanos/as (0.2%), figura 3.

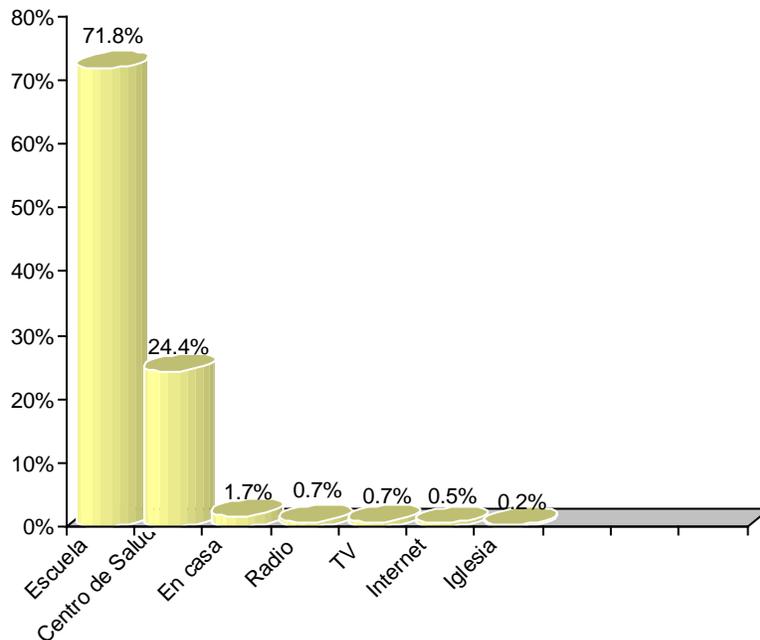


Figura 3. Gráfica de los lugares donde los estudiantes han obtenido prácticas sobre orientación sexual

4.4.1 Factores asociados al conocimiento adecuado sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA

Los factores que estuvieron asociados al conocimiento adecuado sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA fueron: percibirse empoderado (ORns 4.29, IC95% 2.51-7.35), creer saber usar correctamente el condón (ORns 2.14, IC95% 1.39-3.31) y haber recibido la orientación de los maestros, del padre de familia y de las revistas (ORns 1.95, IC95% 1.21-3.14). Otras variables que se incluyeron en el modelo de regresión logística fueron edad, sexo, espiritualidad, escuela, escolaridad,

migración, grupo étnico y antecedentes de haber recibido orientación sexual (cuadro 4).

Cuadro 4. Factores asociados al conocimiento de los estudiantes, sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA

Factor	ORc	ORns	IC95%	X ² het	p
Empoderado	4.35	4.29	2.51 - 7.35	1.24	0.74
Crear saber usar el condón correctamente	2.12	2.14	1.39 - 3.31	1.18	0.75
Haber recibido orientación de maestros, del papá y de revistas	1.91	1.95	1.21 - 3.14	0.10	0.99

4.5 Conocimiento y uso de condón

El 96.3% (567/589) de los estudiantes, sabía para qué sirve el condón; sin embargo, únicamente el 58.9% (362/615) creía saber utilizarlo correctamente. La información que recibieron sobre el uso del condón fue por parte del médico (53.0%), maestros (22.6%), enfermera (20.1%), amigos (2.4%), novio(a) (1.6%), y padres (0.2%), (figura 4). Refirieron haber platicado sobre el uso de condón con los maestros (7.9%, 49/617), el médico (21.9%), la enfermera (10.4%), con amigos (32.4%), el papá (1.0%), la mamá (1.9%), los hermanos (2.8%), el/la novio(a) (5.7%), y el 16% no platicó con nadie; y prefieren aclarar sus dudas

sobre cómo utilizar el condón con los maestros (4.9%, 30/617), el médico (56.6%), la enfermera (28.2%), los amigos (2.6%), el papá (0.8%), la mamá (0.5%), los hermanos (1.3%), el/la novio(a) (1.8%), y el 3.4% con nadie.

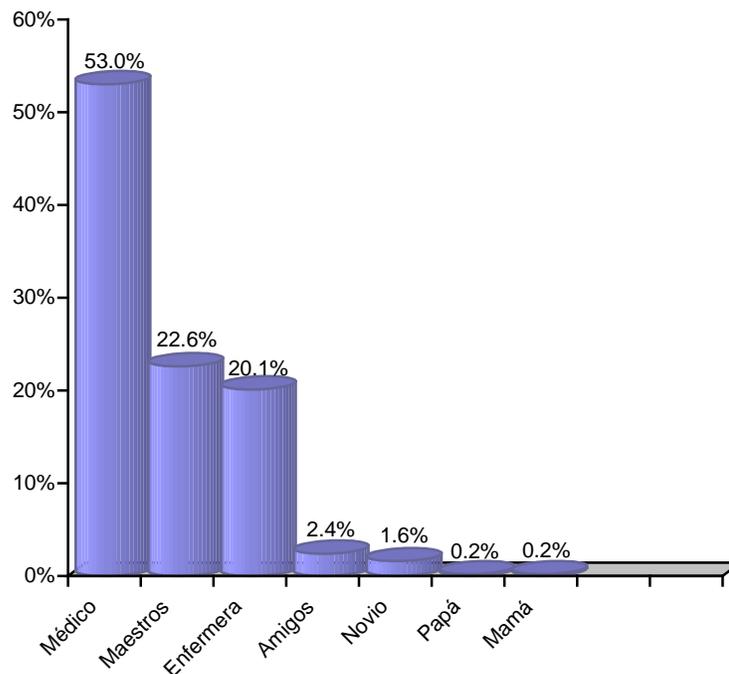


Figura 4. Gráfica de las personas que proporcionaron información sobre el uso del condón a los estudiantes

El 62.3% (106/170) de los sexualmente activos mencionó haber usado condón en su última relación sexual, y los que no lo utilizaron, expresaron que, principalmente fue porque consideraron que la relación es menos placentera (33.9%), tuvieron una relación no prevista (22.9%),

porque no le gustó a su pareja (14.4%), les resultó incómodo (8.5%), les dio pena comprarlo (8.5%), por falta de dinero (7.6%) y porque sus creencias no se lo permiten (4.2%), (figura 5). Además, tan sólo poco más de la mitad (65.0%; 396/609) estuvo dispuesto a usar condón en su próxima relación sexual, donde los hombres representaron el 73.8% y las mujeres 58.9% (χ^2_{mh} 14.58, $p < 0.01$), estos resultados difícilmente se explican por el azar.

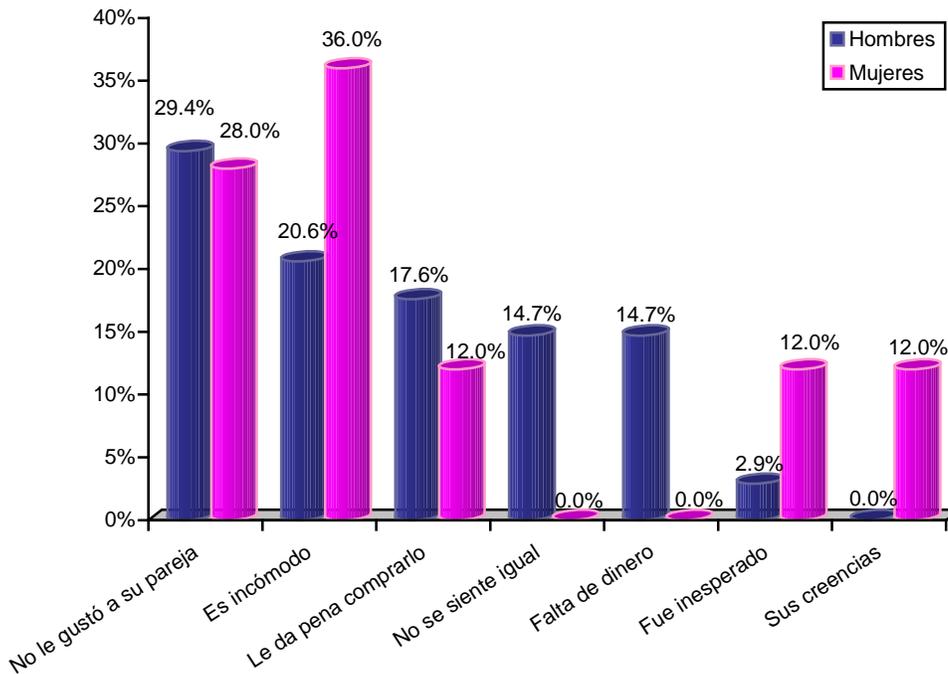


Figura 5. Gráfica sobre los motivos por los que los alumnos no usaron condón en sus relaciones sexuales

4.5.1 Factores asociados al uso del condón

Los factores que mostraron evidencia de estar relacionados con el uso de condón en la última relación sexual fueron: percibirse empoderado (ORns 6.62, IC95% 2.20-19.93), creer saber utilizar correctamente el condón (ORns 4.53, IC95% 2.04-10.09), y ser hombre (OR 2.68, IC95% 1.24-5.77). Otras variables que se incluyeron en el modelo de regresión logística fueron edad, espiritualidad, escuela, grado escolar, migración, grupo étnico, antecedentes de haber recibido orientación sexual e información sobre VIH/SIDA, consumo de alcohol y drogas, y tendencia a la violencia (cuadro 5).

Cuadro 5. Factores asociados al uso del condón en los estudiantes

Factor	ORc	ORns	IC95%	X²het	p
Empoderado	5.31	6.62	2.20 – 19.93	0.13	0.98
Creer saber usar el condón correctamente	5.58	4.53	2.04 – 10.09	2.97	0.39
Ser hombre	2.75	2.68	1.24 - 5.77	3.02	0.38

4.6 Comportamiento de riesgo

Se encontró que de los 618 estudiantes, 165 han tenido relaciones sexuales y 20 de ellos no respondieron esa pregunta. La edad promedio en que tuvieron su primera relación sexual fue de 15.7 años. En cuanto al número de parejas sexuales, el 12.8% (79/618) refirió haber tenido sólo una pareja sexual durante los últimos 12 meses, 6.1% dos parejas, 2.8% tres parejas, 1.6% cuatro y sólo ocho de ellos (1.3%) mencionaron haber tenido cinco o más parejas sexuales. Además, un alto porcentaje de estudiantes (82.9%, 160/193) ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual. También se observó que, 2.9% (18/618) de los encuestados tenía tatuajes, 1.1% (7/617) ha compartido jeringas con otras personas, 10.0% (62/618) probó algún tipo de droga, y 32.3% (199/616) consumió bebidas alcohólicas, (figura 6).

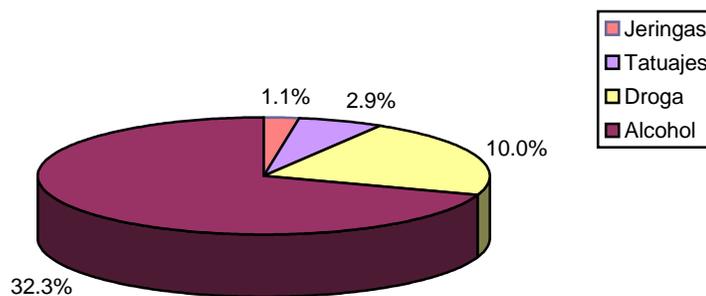


Figura 6. Gráfica sobre comportamiento de riesgo en los estudiantes

4.7 Actitud hacia las personas con VIH/SIDA

La actitud que tienen los alumnos hacia las personas VIH positivas se vio de la siguiente manera: 53.3% (329 /617) de los encuestados, contestó que podría hacer amistad con alguien que tiene VIH o SIDA, 90.2% (555/615) expresó estar dispuesto a ayudar a una persona con VIH/SIDA y sólo 52.5% (323/615) creía saber cómo convivir con personas que tienen la enfermedad.

4.8 Resultados de los indicadores

Los estudiantes poseen un alto nivel de espiritualidad (91.6%, 557/608) y también, muchos de ellos se percibieron empoderados (89.1%, 548/615), donde las mujeres conformaron el 92.7% y los hombres el 84.3% ($X^2_{mh} 11.10$, $p < 0.01$). Por otro lado, sólo 9.8% de los sujetos, mostró tener tendencia a la violencia, siendo esta más alta en los hombres (14.5%, $X^2_{mh} 11.72$, $p < 0.01$) que en las mujeres (6.2%). Estos resultados difícilmente se explican por el azar, (figuras 7 y 8).

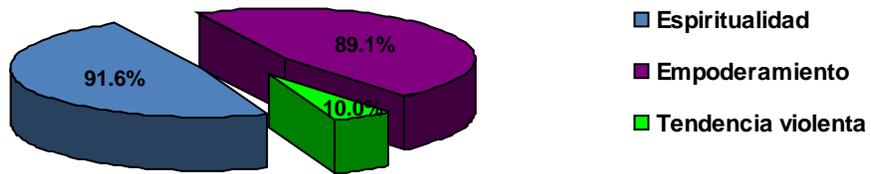


Figura 7. Gráfica de los indicadores

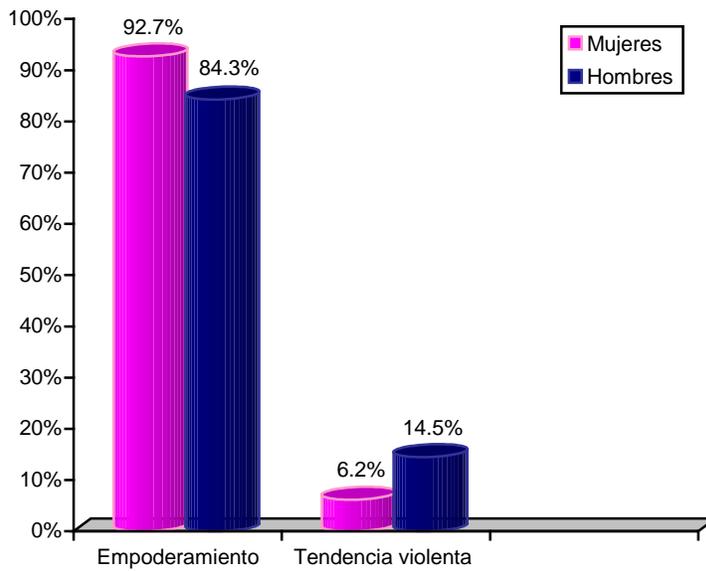


Figura 8. Gráfica de las diferencias por sexo, de los indicadores

Discusión

Mediante este estudio se pudieron alcanzar los objetivos de identificar las prácticas sexuales de riesgo, el conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA y las medidas de prevención mediante el uso del condón y los factores asociados. Así mismo, se lograron identificar los canales de comunicación que prefieren los estudiantes para obtener información sobre sexualidad y VIH/SIDA.

Respecto a la hipótesis planteada, el no haber encontrado evidencia que probara su veracidad, pudiera tener varias explicaciones. Primero, por ser mayoría la población indígena en los dos municipios y en las escuelas estudiadas, es posible que los mestizos compartan características socioculturales similares, así como oportunidades y riesgos. Segundo, el acceso a la escuela permite a los indígenas y mestizos compartir el conocimiento, contribuyendo a disminuir las diferencias. Además, este estudio no incluyó a los adolescentes que no tienen acceso a las escuelas, en los cuales podrían ser evidentes las diferencias con los mestizos. Tercero, la falta de diferencia en el conocimiento y práctica de uso de condón con respecto a estudiantes de otros países, podría ser producto de las campañas que se han intensificado en los dos municipios a partir de la preocupación por los altos índices de enfermedad entre la población amuzga. Por lo tanto no sabemos desde cuándo los estudiantes comenzaron a recibir información sobre VIH/SIDA y condón, ya que en la encuesta no se contempló ese aspecto. Para contribuir con esta información, es

necesario llevar a cabo otros estudios en poblaciones indígenas que no tenga acceso a la educación, y verificar si existen diferencias.

Comparando otros estudios realizados en algunos países de América Latina^{25,26,32} (cuadro 6), podemos observar que el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en los estudiantes fue alto, sin embargo, aún se observa una comprensión errónea sobre las formas de transmisión del virus, por lo tanto, se deben reforzar algunos aspectos de información. A diferencia de estudios elaborados en otros países como Cuba,²⁵ Colombia,²⁹ y Perú,³² en este, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a nivel de conocimiento.

Cuadro 6. Conocimiento de VIH/SIDA en países de América Latina

País	Muestra	Conocimiento
Yucatán, México	210	98%
Acapulco y Costa Grande, Gro.	6 773	88%
Paraguay	336	84%
Brasil	379	84%
Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, Gro.	618	81%
La Habana, Cuba	2 793	67%
Tacna, Perú	399	46%
Barranquilla, Colombia	412	15%

^{25,26,32} ibidem

²⁵ ibidem

³² ibidem

Al igual que en otros estudios,^{26,30,32} podemos ver que la información sobre VIH/SIDA, fue obtenida principalmente por el médico, los maestros y la televisión, sin embargo, sólo se encontraron asociados al conocimiento adecuado, el haber recibido orientación de los maestros, del padre de familia y de revistas.

A pesar de que la mayoría de los estudiantes tenían información sobre el uso de condón, sólo poco más de la mitad consideraba saber utilizarlo correctamente, y dos de cada tres de los sexualmente activos lo empleó en su última relación sexual. Además, se encontró también, que los estudiantes prefieren aclarar sus dudas sobre el uso del condón, principalmente con el médico y la enfermera, esto puede ser debido a que la información suele ser más confiable.

El inicio de las relaciones sexuales fue similar a las reportadas en otros estudios, y como consecuencia, muchos de ellos han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual. Esto se debe principalmente a la falta de madurez en la toma de decisiones y al inconsistente uso del condón durante las relaciones sexuales.^{24,25,29}

Un aspecto que resulta alarmante es, que son pocos los estudiantes que están dispuestos a utilizar condón en su próxima relación sexual, ya que, al igual que en otros países, el uso del preservativo no es prioridad en los jóvenes a la hora de tener relaciones sexuales. Esto recalca la

^{26,30,32} ibidem

^{24,25,29} ibidem

gran necesidad de incorporar programas que promuevan el uso del preservativo para evitar relaciones sexuales de riesgo.

Los factores que mostraron estar relacionados con el uso de condón en la última relación sexual fueron: percibirse empoderado, creer saber utilizar correctamente el condón y el hecho de ser hombre. Como podemos ver, tanto en este, como en otros estudios, las mujeres se encuentran en desventaja para tener relaciones sexuales protegidas, esto se debe a que hay escasa información sobre el condón femenino y éste no se encuentra disponible en el mercado, por lo tanto, tienen menos oportunidad de usarlo y se encuentran a expensas de que el hombre se decida a emplearlo. También hay que tomar en cuenta que los hombres suelen tener un mayor número de parejas sexuales y muchas veces, la mujer desconoce el historial sexual de su pareja.²⁸

Por otro lado, los resultados del estudio muestran que el consumo de alcohol y drogas no está asociado al uso del condón, distinto a lo obtenido en otras investigaciones.^{24,31}

Comparando este estudio con el estudio realizado en abril del 2008 en Acapulco y la Costa Grande de Guerrero,³¹ podemos observar que no hubo mucha diferencia en cuanto al nivel de conocimiento de VIH/SIDA y al uso del condón, lo cual puede deberse a que las instituciones de salud y las escuelas, se han preocupado por intensificar las campañas

²⁸ ibidem

^{24,31} ibidem

³¹ ibidem

de prevención de VIH/SIDA en las comunidades amuzgas de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, Guerrero.

El empoderamiento resultó ser un fuerte predictor de conocimiento de VIH/SIDA y uso de condón, lo cual refuerza la importancia de proveer a los estudiantes, además de conocimiento, de herramientas para mejorar su autoestima y convicción, para promover la protección y el autocuidado.

Conclusiones

El riesgo de infección por VIH durante la adolescencia es un problema creciente.² Esto se debe principalmente, al aumento de jóvenes que inician una vida sexual a temprana edad, al escaso e inconsistente uso del condón y al consumo de alcohol y drogas.⁵³ Así mismo, podría estar estrechamente relacionado a una autopercepción de bajo riesgo y al sentido de invulnerabilidad.^{3,20}

Se puede observar que muchos países, han dirigido su atención en los adolescentes y han realizado diversos estudios en torno al VIH y SIDA. Sin embargo, también es necesario considerar a los adolescentes de poblaciones indígenas para abordar la problemática desde su perspectiva.

De antemano sabemos que la población indígena es poco privilegiada en términos socioeconómicos y de salud, ya que, además de pertenecer a las regiones más pobres de nuestro país, se localizan en zonas apartadas donde tienen la limitación del idioma, poseen menor

² ibidem

⁵³ Consejo Nacional de Población. *Encuesta Nacional sobre sexualidad y familia en jóvenes de educación media superior*, México, D. F. Conapo, 1988.

^{3,20} ibidem

instrucción y acceso a la información, lo cual contribuye con la exposición de factores de riesgo y adquisición de VIH/SIDA.⁵⁴

El inicio temprano de las relaciones sexuales entre los jóvenes y la presencia de ETS en la mayoría de ellos, refleja la necesidad de fomentar valores y fortalecer los principios para contrarrestar el inicio temprano de la sexualidad, así como el uso del condón para su protección una vez comenzada.

La mayoría de los jóvenes no han desarrollado del todo la habilidad para tomar decisiones relacionadas con la planeación de su comportamiento, debido a que generalmente, las decisiones las toman basándose en lo momentáneo. Por esto, el compromiso no es solamente brindar información sobre las formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA, sino también, es importante lograr que los jóvenes sean concientes del riesgo que tienen de adquirir la enfermedad. Para poder lograrlo, es necesario que las autoridades e instituciones pertinentes, busquen estrategias para negociar relaciones sexuales más seguras y brinden una capacitación adecuada para el uso de preservativos, que son elementos clave para la prevención. Por lo tanto, tenemos que ir más allá de dar información, hay que escuchar a los jóvenes, porque para generar cambios de conducta, tenemos que tomar en cuenta los sentimientos, los valores y las actitudes.

⁵⁴ CABALLERO-HOYOS R, VILLASEÑOR-SIERRA A. *Subculturas sexuales y grado de riesgo de adquisición del VIH en adolescentes de un barrio marginado*. Salud Publica Mex 1996; 38:276-279.

Cabe mencionar que, a pesar de que el personal de salud es la fuente de información más importante, el impacto no se ve reflejado en el conocimiento adecuado de la enfermedad. Este resultado, refuerza la necesidad de adecuar el programa de VIH/SIDA a las características socioculturales de la población indígena.

Propuestas

- Llevar a cabo grupos focales que permitan el intercambio de ideas para conocer la percepción que tienen los estudiantes sobre la problemática del VIH/SIDA en su comunidad.
- Entregar los resultados a las autoridades de salud para plantearles la necesidad que hay en las comunidades indígenas de adecuar los programas de prevención de VIH/SIDA, de acuerdo a su cultura, idioma y percepción de la enfermedad.
- Promover programas que brinden capacitación sobre VIH/SIDA a los informantes claves y promotores de salud de cada comunidad, para que sean directamente ellos quienes brinden información a su comunidad.
- Llevar a cabo un taller sobre prevención de VIH/SIDA (anexo 3).

Glosario

Células citotóxicas: Pertenecen al grupo de linfocitos T encargados de las funciones de inmunidad celular. Se encuentran en la sangre y en los tejidos linfoides.

CIET: Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales.

Citoquinas: Son proteínas que regulan la función de las células que las producen. Su función principal es regular el mecanismo de inflamación.

Diestrés o distrés: Es un tipo de estrés negativo, que causa sufrimiento emocional (desequilibrio, conflictos, agotamiento y otros efectos secundarios) como resultado de los efectos excesivos del estrés (una experiencia dañina).

Empoderamiento: Es la capacidad que tiene una persona para controlar su vida y tomar sus propias decisiones.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

GAVIH: Grupo de Amigos con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Hemofilia: Coagulopatía congénita que se caracteriza por una tendencia hemorrágica patológica (excesiva fluidez y dificultad de coagulación de la sangre).

Homofobia: Se refiere a la aversión, odio, miedo, prejuicio o discriminación contra hombres o mujeres homosexuales.

Homosexuales: Personas que sienten atracción hacia personas de su mismo sexo.

HTLV: Virus Linfotrópico de células T Humanas, virus asociado al SIDA (VIH-I).

IC95%: Intervalos de confianza al 95%. Permite discriminar si un resultado es significativo.

Lentivirus: Virus causante del SIDA.

Linfocitos T CD4: Es un tipo de glóbulos blancos, que se encargan de proteger al individuo de los agentes infecciosos.

Linfocitos T helper: Células que se encargan de producir y liberar anticuerpos.

Linfoma: Grupo heterogéneo y amplio de síndromes linfoproliferativos tumorales (es un tipo de cáncer).

Neumonía de *Pneumocystis carinii*: agente patógeno (infeccioso) que causa neumonía intersticial de células plasmáticas, que aparece en pacientes inmunodeficientes.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONUSIDA: Programa conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH/SIDA dentro de la Organización que aspira a maximizar la eficiencia de las Naciones Unidas en el campo del VIH/SIDA.

OPS: Organización Panamericana para la Salud.

OR: Odds ratio. Es la estimación de que un evento suceda o no. Se traduce como: oportunidades o posibilidades.

ORns: Odds ratio no sesgado.

Retrovirus linfotrópico: Virus de la familia de los *Retroviridae*, que está relacionado con el VIH-I.

Sarcoma de Kaposi: Tumor maligno de origen vascular, que se caracteriza por la aparición de múltiples nódulos cutáneos, generalmente en las extremidades inferiores.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SNC: Sistema Nervioso Central.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

VIH-1: Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 1.

VIH-2: Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 2.

VHS: Virus del Herpes Simple.

X²het: Chi cuadrada de heterogeneidad de Woolf. Prueba estadística que se utiliza para medir heterogeneidad.

X²mh: Chi cuadrada de Mantel Haenszel. Prueba que se utiliza para establecer confianza estadística, es decir, permite estimar la confianza de que un resultado no sea simplemente producto del azar.

Referencias

1. ADER, Robert. PSYCHONEUROIMMUNOLOGY, 2^a ed., New York: Academic Press, INC., 1991, pp. 1083-1094.
2. ALARCÓN SEGOVIA, Donato y PONCE DE LEON ROSALES, Samuel. *El SIDA en México veinte años de la epidemia*. 1^a ed., México: Cromocolor, 2003, pp. 26-28.
3. ANDERSSON N, MITCHELL S. *CIETmap: Free GIS and epidemiology software from the CIET group, helping to build the community voice into planning*. World Congress of Epidemiology, Montreal, Canada, August 2002.
4. BARROS T, BARRETO D, PÉREZ F, SANTANDER R, YÉPEZ E, ABAD F. *Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes*. Rev Panam Salud Publica 2001; 10(2).
5. BAZARGAN M, KELLY EM, STEIN JA, HUSAINI BA, BAZARGAN SH. *Correlates of HIV risk-taking behaviors among African-American college students: the effect of HIV knowledge, motivation, and behavioral skills*. J Natl Med Assoc. 2000 Aug; 92(8):391-404. PMID: 10992684. PubMed. MEDLINE.

6. BELLAK, L y SMALL. *La psicoterapia breve y de emergencia*, México: Pax, 1969, p.105.
7. BENESON, Abraham S. *El control de las enfermedades transmisibles*. ed. décimo cuarta, Organización Panamericana de la Salud, pp.102-104 y 413-416.
8. BERNAL I Lauro, INFANTE PO, DE LA CUESTA FD, PÉREZ GE, GONZÁLEZ BI, PÉREZ-CÁRDENAS C. et al. *Manual para intervención en la salud familiar*. Ministerio de Salud Pública. Grupo Asesor Metodológico. Estudios de Salud de la Familia. Año 2000.
9. BOWLBY, B. *La pérdida afectiva*. España: Paidós, 1993, pp. 103-113.
10. CABALLERO-HOYOS R, VILLASEÑOR-SIERRA A. *Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres*. Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S108-S114.
11. CABALLERO-HOYOS R, VILLASEÑOR-SIERRA A. *El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes*. Rev Saúde Pública, México 2001; 35 (6): 531-538.
12. CABALLERO-HOYOS R, VILLASEÑOR-SIERRA A. *Subculturas sexuales y grado de riesgo de adquisición del VIH en adolescentes de un barrio marginado*. Salud Publica Mex 1996; 38:276-279.

13. CÁMARA, G. *La alianza de trabajos en grupos psicoterapéuticos analíticos*. México: Aletehi, 1980, pp. 80-83.
14. CASTRO Roberto. *Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar*. 1997; 39:1-5. Salud pública.
15. CATAFORA-LOPEZ Fresia, VILLANUEVA-ROQUE Javier. *Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004*. Rev. perú. med. exp. salud pública, jul./set 2007;24(3):240-247.
16. CEBALLOS-OSPINO Guillermo A, CAMPO-ARIAS Adalberto. *Prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia: diferencias por género*. MedUNAB, Agosto 2005; 8(2):59-64.
17. Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales y Secretaria de Salud. *Trabajo exploratorio con población indígena*, 2006.
18. CHACÓN, A. *Proceso de intervención psicológica en situaciones de crisis ante desastres naturales*. Universidad tecnológica, el Salvador 2000, p.7.
19. CHIRINOS J, BARDALES O, SEGURA M. *Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú*. Cad. Saude Pública, Rio de Janeiro 2006; 22(1):79-85.

20. CIE 10. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento*. Madrid: Menitor, 1992.
21. Consejo Nacional de Población. *Encuesta Nacional sobre sexualidad y familia en jóvenes de educación media superior*; México, D. F.: Conapo, 1988.
22. Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. *Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México - 31 de diciembre del 2005*. Secretaría de Salud, dic. 2005.
23. CORTES A, GARCÍA R, MONTERREY P, PÉREZ D. *SIDA, adolescencia y riesgos*. Rev Cuba Med Gen Integr. 2002; 16 (3): 253-60.
24. DAUDEL, Raymond y MONTAGNIER, Luc. *El sida*. México: siglo XXI editores, 2002, pp.14-25.
25. DE LA GARZA Fidel, VEGA Armando. *La juventud y las drogas: guía para jóvenes, padres y maestros*, 3ª ed., México: Trillas, 2003, pp. 14-21.
26. DE LA ROSA A, Celis. *La salud de adolescentes en cifras*. Salud Publica Mex 2003; 45. supl.
27. *Diccionario de Medicina*. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Madrid: Espasa, 1999.

28. EGUILUZ, Luz de Lourdes. *Terapia Familiar su uso hoy en día*. México: Pax, 2004, pp. 225-228.
29. *Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2003*. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2003:1-5.
30. F. Flavio, Marsiglia, NIERI Tanya, RUBIN-STIFFMAN Arlene. *HIV/AIDS protective factors among urban American Indian youths*. *Matern Child Health J.* 2001 Dec.; 5(4):273–80.
31. FLORES-PALACIOS F, LEYVA-FLORES R. *Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México*. *Salud Publica Mex* 2003; 45(5): S624-S631.
32. GALEANA ORTIZ, Elizabeth. Tesis de maestría: *Percepción actitudes y acciones de riesgo de los estudiantes de nivel medio superior de Acapulco y Costa grande, Guerrero relacionadas con la transmisión de la infección por VIH/SIDA*. Maestría en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma de Guerrero, Unidad Académica Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales. Acapulco, Guerrero, abril 2008, pp.47-55.
33. GAYET C, ROSAS CA, MAGIS C, URIBE P. *Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA*. *Salud Publica Mex* 2002; 44:122-128.

34. GAYET Cecilia, JUÁREZ Fátima, PEDROSA Laura A., MAGIS Carlos. *Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual*. Salud Pública de México, Cuernavaca, México 2003; 45(5): S632-S640.
35. GÓMEZ-GONZÁLEZ Beatriz, ESCOBAR-IZQUIERDO Alfonso. *La psiconeuroinmunología: condicionamiento de la respuesta inmune*. Rec Mex Neuroci 2003; 4(2): 83-90.
36. Guerrero en datos. http://www.sipaz.org/data/gro_es_02.htm.
37. GURMAN T, BORZEKOWSKI DL. *Condom use among Latino college students*. *J Am Coll Health*. 2004 Jan-Feb; 52(4):169-78. PMID: 15018428. PubMed – indexed. MEDLINE.
38. GUTIÉRREZ J P, LÓPEZ-ZARAGOZA J L, VALENCIA-MENDOZA A, PESQUEIRA E, PONCE-DE LEÓN S, BERTOZZI E M. *Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada?* *Rev Invest Clin* 2004; 56(2): 242-252.
39. GUYTON, Artur C. *Fisiología humana*, 4ª ed., México: Interamericana, 1975, pp. 67-69.
40. HEATHER W, VAUGHAN RD, Cohall AT. *Psychosocial influences on acquired immunodeficiency síndrome-risk behaviors among high school students*. *Pediatrics* 1991; 88:846-852.

41. HERNÁNDEZ BONNET, Gerardo. *S.I.D.A. esperanzas e interrogantes desde la esencia de lo humano*. Puebla, Pue., 2002, pp.13-16
42. HERRERA Cristina, CAMPERO Lourdes. *La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema*. Salud pública Méx, 2002; 44(6): 554-564.
43. INEGI. *La Población Hablante de Lengua Indígena de Guerrero*. INEGI 2004.
44. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008*, ONUSIDA/08.27S/JC1511S. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008:3 www.unaids.org.
45. Instituto PROMUNDO, *Salud y Género*, Instituto PAPAI, ECOS-Comunicação en Sexualidade. Programa H-Serie “Trabajando con Hombreso Jóvenes”. Manual 5: Previendo y Viviendo con VIH/SIDA.
46. ITUARTE DE ADAVÍN, Ángeles. *Adolescencia y personalidad*. México: Trillas, 1997, pp. 68-72.
47. IZAZOLA-LICEA J A, DEL RÍO-CHIRIBOGA C, TOLBERT K. *Las infecciones de transmisión sexual y la pandemia del VIH/SIDA en el ámbito de la salud sexual y reproductiva*. Gac Med Mex 2000; 136 (3):55-63.

48. LARKINS Sarah L, PAGE Priscilla R, PANARETTO Kathryn S, SCOTT Robert, MITCHELL Melvina R, ALBERTS Valerie, VEITCH P Craig, MCGINTY Suzanne. *Attitudes and behaviours of young indigenous people in Townsville concerning relationships, sex and contraception: the “u mob yarn up” project*. MJA 2007; 186 (10): 513-518.
49. LENNIE June. *Rural women’s empowerment in a communication technology project: some contradictory effects*. Rural Society, 2002; 2(3): 224-245.
50. LOEB, Cecil et al. *Tratado de medicina interna*. Décimo tercera ed., México: Interamericana, 1974, pp. 822-823.
51. LÓPEZ, Juan J y ALIÑO Ibor. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson, 2005, pp.827.
52. LÓPEZ N, VERA LM, OROZCO LC. *Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH/SIDA en jóvenes de Bucaramanga*. Colom Med. 2001; 32 (1): 32-40.
53. MERANI, Alberto L. *Diccionario de Psicología*. México: Grijalbo, pp.45-61.
54. MICHER-CAMARENA J M, SILVA-BUSTILLOS J S, *Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS)*. Revista SIDA-ETS 1997; 3(3):68-73.

55. ML Macchi, BENÍTEZ Leite S., CORVALÁN A., NUÑEZ C., ORTIGOZA D. *Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay.* Rev Chil Pediatr 2008; 79 (2): 206-217.
56. MONASCH R, MAHY M. *Young people: the centre of the HIV epidemic.* World Health Organ Tech Rep Ser. 2006; 938:15-41.
57. MORALES CF. *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo.* La Habana, Científico-Técnica, 1999.
58. MORENO-RODRÍGUEZ Diana, RIVERA-PANIAGUA Berenice, ROBLES- MONTIJO Susana, BARROSO-VILLEGAS Rodolfo, FRÍAS-ARROYO Beatriz, RODRÍGUEZ-CERVANTES Martha. *Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial.* Psicología y Salud, julio-diciembre 2008, 18(002):207-225.
59. MURGUIALDAY Clara, PÉREZ Karlos, EIZAGIRRE Marlen. *Empoderamiento.* Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo.
60. NAVARRO L. Edgar, VARGAS MORATH Rusvelt. *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados.* Salud Uninorte. Barranquilla, Julio-Noviembre 2003;19: 14-24.

61. NORMAN LR, FIGUEROA JP, WEDDERBURN M, BYFIELD L, BOURNE D, GEBRE Y. *Trends in HIV risk perception, condom use and sexual history among Jamaican youth, 1996-2004*. Int J adolesc Med Health. 2007 Apr-jun; 19 82:199-207.
62. ODU OO, ASEKUN-OLARINMOYE EO, BAMIDELE JO, EGBEWALE BE, AMUSAN OA, OLOWU AO. *Knowledge, attitudes to HIV/AIDS and sexual behaviour of students in a tertiary institution in south-western Nigeria*. Eur J Contracept Reprod Health Care. Sep 2007, 17:1-7.
63. ONUSIDA. *Situación de la epidemia de SIDA*. Diciembre de 2004.
64. OPT SK, LOFFREDO DA. *College students and HIV/AIDS: more insights on knowledge, testing, and sexual practices*. J Psychol. 2004 Sep; 138(5):389-402. PMID: 15529734. PubMed - indexed for MEDLINE.
65. PARK Ina U, SNEED Carl D, Donald E Morisky, ALVEAR Susana, HEARST Norman. *Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescents*. Guilford Publications, January 2002; 14(1):73-83.
66. PÉREZ-DE LA BARRERA Citlali, PICK Susan. *Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos*. Revista Interamericana de Psicología, Porto Alegre, Brasil. September-december, 2006; 40 (003): 333-340.

67. PEREZ TAMAYO, Ruy. *Enfermedades viejas y enfermedades nuevas*, 3ª ed., México: Siglo XXI editores, 1998, pp. 136-150.
68. PERTZOVSKY Bronfman, MARIO N, *Migración y SIDA en México*, Amigos contra el SIDA, A.C. pp. 1-5 <http://www.aids-sida.org/emigrts1.htm>.
69. PICK S, GIVAUDAN M, SALDIVAR-GARDUÑO A. *La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes*. Perinatol Reprod hum 1998; 10:143-150.
70. PIÑA-LÓPEZ Julio A., GONZÁLEZ-LOMELÍ Daniel, MOLINA-DOMÍNGUEZ César, COTA-BORBÓN Maribel. *Variables psicológicas y VIH/SIDA en estudiantes de nivel superior: Estudio comparativo en función del sexo y la edad*. Revista Colombiana de Psicología, 2003; 12:19-27.
71. PRATA N, MORRIS L, MAZIVE E, VAHIDNIA F, STEHR M. *Relationship between HIV risk perception and condom use: Evidence from a population-based survey in Mozambique*. Int Fam Plan Perspect. 2006 Dec; 32(4):192-200.
72. *Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS Secretaría de Salud, Estado de Guerrero, 2005*. Secretaría de Salud.
73. *Psicoterapia*, Enciclopedia Encarta.
<http://mx.encarta.msn.com/>

74. LAINGING, R. D. *El cuestionamiento de la familia*. Bueno Aires: Paidós, pp. 15-34.
75. RAFFAELLI M, SIQUEIRA E, PAYNE-MERRITT A, CAMPOS R, UDE W. *HIV-related knowledge and risk behaviors of street youth in Belo Horizonte, Brazil*. AIDS Education and Prevention, 1995 Aug; 7(4):287-297.
76. RAMOS-CAVAZOS M T, CANTÚ-MARTÍNEZ P C. *El VIH/SIDA y la adolescencia*. Revista –salud Pública y Nutrición, México 2003; 4.
77. REMOR E. *Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH*, Aten Primaria, Madrid 2002 (3): 33-34.
78. *Resumen de orientación: Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2006*. ONUSIDA/6. Versión española mayo 2006: p. 5-6 (28) www.unaids.org.
79. JEAN PIERRE, Rossi et al. *El método experimental en Psicología*. 1ª ed., México: Fondo de cultura económica, 1994, pp. 15-90.
80. SANFRAN Jeremy D, MURAN J Christopher. *La alianza terapéutica, una guía para el tratamiento relacional*. Biblioteca de Psicología, Derclée de Brouwer, p.20.
81. SANTOS-PRECIADO JI, VILLA-BARRAGÁN JP, GARCÍA-AVILÉS MA, LEÓN-ALVAREZ GL, QUEZADA-BOLAÑOS S, TAPIA-CONYER R.

La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública Mex 2003; 45 supl 1:S140-S152.

82. SEPÚLVEDA AMOR, Jaime, *sida ciencia y sociedad en México.* 2ª. reimpresión, México: Biblioteca de la Salud, 1989, p.58

83. SEPÚLVEDA C Cecilia y AFANI S Alejandro. *SIDA*, 3ª ed., Santiago, Chile: Mediterraneo, 2002, pp. 1-8

84. SLAIKEU, A. K. *Intervención en crisis. Manual para prácticas e investigación.* México: Manual Moderno, 1988, pp. 10-25.

85. SOTO Víctor. *Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo.* Anales de la Facultad de Medicina, Lima, Perú 2006; 67(002): 152-159.

86. SUNDBY J. *Young people's sexual and reproductive health rights.* Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2006 Jun; 20(3):355-68.

87. SWEETMAN Caroline. *Gender, Development, and Diversity.* Community Development Journal 2004; 33(4): 365-76.

88. *Terapia de grupo.* Enciclopedia Microsoft Encarta Online 2008. <http://es.encarta.msn.com> 1997-2008 Microsoft Corporation.

89. THÉODORE FL, GUTIÉRREZ JP, TORRES P, LUNA G. *El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades*

(ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. *Salud Publica Mex* 2004; 46:104-112.

90. TORABI MR, THIAGARAJAH K. *Relations of college students' attitudes toward prevention of HIV and AIDS*. *Psychol Rep*. 2006 Oct; 99(2):343-50. PMID: 17153802, PubMed - indexed for MEDLINE.

91. UNAIDS. *Epidemiological Fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infection*. Mexico 2002.

92. UNICEF/PRAIM-GTZ, CIETinternational, *Capacidad de jóvenes y adolescentes para enfrentar el VIH/SIDA –línea base-*, Honduras, 2002.

93. VALDESPINO-GÓMEZ JL, GARCÍA-GARCÍA ML, DEL RÍO-ZOLEZZI A, LOO-MÉNDEZ E, MAGIS-RODRÍGUEZ C, SALCEDO-ALVAREZ RA. *Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995*. *Salud Publica Mex* 1995;(37):556-571.

94. VERA-GAMBOA Ligia, SÁNCHEZ-MAGALLÓN Francisco, GÓNGORA-BIACHI Renán A. *Conocimientos y percepción de riesgo sobre el Sida en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo*. *Rev Biomed* 2006; 17(3):157-168.

95. VILLASEÑOR-SIERRAN A, CABALLERO-HOYOS R, HIDALGO-SAN MATÍN A, SANTOS-PRECIADO JI. *Conocimiento objetivo y*

subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. Salud Publica Mex 2003;45 (1):S73-S80.

96. www.inegi.gob.mx

97. ZHANG H, STANTON B, LI X, MAO R, SUN Z, KALJEE L, CLEMENS M, RAVENDHRAN S. *Perceptions and attitudes regarding sex and condom use among Chinese college students: a qualitative study. AIDS Behaviour.* 2004 Jun; 8(2):105-17.

98. ZIGMAN de GJ. *El ciclo vital familiar.* Buenos Aires: Sociedad Argentina de Terapia Familiar; 1982.

ANEXOS

ANEXO 1

Encuesta

Universidad Autónoma de Guerrero

**Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales
Universidad Americana de Acapulco**

El presente cuestionario busca tu opinión sobre el VIH/SIDA. No es necesario que pongas tu nombre, así nadie conocerá tus respuestas. Tu información y la de los demás serán de gran utilidad para mejorar los programas de salud relacionados con la prevención de la enfermedad. De manera anticipada: GRACIAS.

1. ¿Qué año estás cursando?
O 1º O 2º O 3º

2. ¿Cuántos años cumplidos tienes?
O 14 O 15 O 16 O 17 O 18
O 19 O 20 O 21 O 22 O 23
O 24 ó más

3. ¿De qué sexo eres?
O Hombre O Mujer

4. ¿Tus padres hablan alguna lengua indígena? O Sí O No

5. ¿En qué idioma platican más en tu casa?
O Español O Náhuat O Mixteco
O Amuzgo O Tlapaneco
O Otro (anote cuál) _____

6. ¿En qué comunidad vives?
O En el poblado donde está tu escuela
O En otra comunidad

7. ¿Has salido a estudiar fuera de tu municipio? O Sí O No

8. ¿Has salido a trabajar fuera de tu municipio? O Sí O No

9. ¿Tienes algún trabajo donde te paguen? O Sí O No

10. ¿Recibes "Oportunidades" o beca para estudiar? O Sí O No

11. ¿Quién maneja el dinero que te dan del programa Oportunidades o de la beca?
O Yo lo manejo O Mi papá
O Mi mamá O No tengo beca

12. ¿Qué tan seguido escuchas la radio? O Diario O Casi diario
O A veces O Casi nunca
O Nunca

13. ¿Qué tan seguido ves televisión?
 Diario
 Casi diario
 A veces
 Casi nunca
 Nunca

14. ¿Tienes tatuajes permanentes?
 Sí
 No

15. ¿Has compartido jeringas?
 Sí
 No

16. ¿Has probado alguna droga en los últimos 12 meses?
 Sí
 No

17. ¿Con qué frecuencia acostumbras tomar bebidas alcohólicas?
 Diario
 Cada tercer día
 Cada fin de semana
 A veces
 No tomo

18. ¿Qué tan religioso te consideras?
 Nada
 Un poco
 Mucho

19. ¿Qué tanto participas en las tradiciones de tu comunidad?
 Nada
 Un poco
 Mucho

20. ¿Qué tanto sigue tu familia las tradiciones de tu comunidad?
 Nada
 Un poco
 Mucho

21. ¿Qué tan exitoso te sientes en la cultura indígena?
 Nada
 Un poco
 Mucho

22. ¿Qué tan exitosa se siente tu familia en la cultura indígena?
 Nada
 Un poco
 Mucho

23. ¿Has oído hablar del VIH o del SIDA?
 Sí
 No

24. ¿De quién aprendiste lo que sabes sobre VIH/SIDA? (sólo marque una, la principal)
 Maestros
 Médico
 Enfermera
 Amigos
 Papá
 Mamá
 Hermanos
 Novio(a)
 TV
 Radio
 Revistas

25. ¿Quiénes tienen más riesgo de adquirir el VIH? (marque sólo una, la principal)
 Prostitutas
 Homosexuales
 Bisexuales
 Cualquier persona
 Los que practican sexo no protegido
 No sé

26. De las siguientes acciones, ¿cuáles pueden evitar adquirir VIH o SIDA? (conteste a cada una)

- Siempre usar condón Sí No
- No tener relaciones sexuales Sí No
- Interrumpiendo la relación sexual antes de la eyaculación Sí No
- Evitar cualquier contacto con personas con SIDA Sí No
- Ser fiel a tu pareja Sí No
- Evitar compartir objetos cortantes y jeringas Sí No
- No tener sexo antes de casarse Sí No
- Usar anticonceptivos Sí No
- Informarse sobre VIH y SIDA Sí No

27. Prefiero no hacer amistad con una persona con VIH/SIDA.

Sí No

28. La gente trata igual a quienes tienen VIH/SIDA que a las demás personas.

Sí No

29. ¿Estarías dispuesto a ayudar a una persona con VIH/SIDA?

Sí No

30. Sé cómo convivir con una persona que tiene VIH/SIDA.

Sí No

31. ¿Con quién habría que platicar para que la gente de su comunidad no rechace a quien tiene VIH/SIDA?

Maestro Médico Enfermera
 Iglesia Amigos Familiares
 Comisario Novio(a)
 Hermanos No sé
 La gente no aceptaría

32. ¿Qué hace la gente de tu comunidad con las personas con VIH/SIDA? (conteste sólo una, la principal)

La tratan mal Le tienen miedo
 Se preocupan por ella
 La ignoran La corren
 No sé

33. ¿Sabes para qué sirve el condón?

Sí No

34. ¿Crees que sabes usar el condón correctamente?

Sí No

35. ¿Quién te enseñó lo que sabes sobre el uso del condón?

Maestros Médico
 Enfermera Amigos Papá
 Mamá Hermanos
 Novio(a) Nadie

36. Si tienes dudas sobre cómo se utiliza el condón ¿quién prefieres que te explique?

Maestros Médico Enfermera
 Amigos Papá Mamá
 Hermanos Novio(a) Nadie

37. ¿Con quién platicas sobre el uso del condón?

Maestros Médico Enfermera
 Amigos Papá Mamá
 Hermanos Novio(a) Nadie

38. Los que no usan condón, ¿cuál es la principal razón para no usarlo?

Son difíciles de conseguir
 Son caros
 Por vergüenza
 No se siente igual
 Es incómodo
 No saben usarlo
 No lo consideran importante

39. ¿Qué harías si estuvieras a punto de tener sexo y no tuvieras un condón?

Tener sexo Detenerme

40. ¿Te sientes capaz de negarte a tener relaciones sexuales sin condón?

Sí No

41. ¿Con qué frecuencia usas el condón al tener sexo con tu pareja regular?

- Siempre A veces
 Nunca
 No ha tenido relaciones

42. ¿Con qué frecuencia usas el condón al tener sexo con otras personas, que no sean tu pareja regular?

- Siempre A veces
 Nunca
 No ha tenido relaciones

43. ¿Usaste condón en tu última relación sexual? Sí No

- No ha tenido relaciones

44. ¿Cuál es el principal motivo por el cual no usas condón en tus relaciones sexuales? (*marca sólo una*)

- Falta de dinero
 Incomodidad
 No se siente igual
 Fue inesperado
 No le gustó a mi pareja
 Me da pena comprarlo
 Mi creencia no me lo permite
 No he tenido relaciones
 Siempre uso

45. ¿Estarías dispuesto a utilizar condón en tu próxima relación sexual?

- Sí No No sé

46. ¿Haz padecido alguna infección en tus genitales después de haber tenido relaciones sexuales? Sí No

- No he tenido relaciones

47. ¿A qué edad fue tu primera relación sexual con hombre o con mujer?

- Anote la edad _____ años
 No he tenido relaciones sexuales

48. ¿Has tenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo? Sí No

- No he tenido relaciones

49. Con cuántas personas tuviste relaciones sexuales en los últimos 12 meses? 1 2 3

- 4 5 ó más Con ninguna
 No he tenido relaciones

50. ¿Alguna vez alguien te quiso convencer o forzar para tener sexo cuando tú no querías?

- Sí No

51. ¿Qué edad tenías la primera vez que te pasó? Anote la edad _____ años

- No ha tenido ese problema

52. ¿Has forzado a alguien a tener sexo sin su consentimiento?

- Sí No

53. Forzar a alguien que tú conoces a tener relaciones sexuales no es una violación.

- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo

54. Una persona debe tener relaciones sexuales con su novia o novio para demostrarle que lo quiere. Estoy de acuerdo

- No estoy de acuerdo

55. ¿Qué harías si algún adulto intentara tocar tus partes íntimas sin que estés de acuerdo? (Marque sólo una)

- Gritar
- Decirle a las autoridades
- Correr
- Decirle a mis padres
- Decirle a un amigo
- No sé
- Nada

56. ¿Te sientes capaz de decir no cuando no quieres tener relaciones sexuales?

- Sí
- No
- No sé

57. ¿Con quién platicas sobre qué hace en caso de que alguien te acose sexualmente?

- Papá
- Mamá
- Hermano(a)
- Amigos
- Tíos
- Abuelos

58. ¿Haz rechazado a alguien que intentó tocar tus partes íntimas sin que estuvieras de acuerdo?

- Sí
- No
- No me ha pasado eso

59. ¿Estarías dispuesto(a) a ayudar a alguno(a) de tus amigos(as) o familiares que son víctimas de acoso sexual o violencia sexual?

- Sí
- No

60. ¿Has recibido pláticas sobre educación sexual?

- Sí
- No

61. ¿En dónde recibiste pláticas sobre educación sexual?

- Escuela
- Centro de Salud
- La radio
- En revistas
- No he recibido pláticas
- En mi casa
- Iglesia
- En la TV
- En Internet

62. ¿Quién te dio las pláticas sobre educación sexual?

- Maestros
- Médico
- Enfermera
- Amigos
- Papá
- Mamá
- Hermanos
- Novio(a)
- Sacerdote
- No he recibido pláticas

63. ¿Quién debería dar las pláticas de educación sexual a los jóvenes?

- Maestros
- Médico
- Enfermera
- Amigos
- Papá
- Mamá
- Hermanos
- Novio(a)
- Sacerdote

ANEXO 2 CARTA DE CONSENTIMIENTO

Mayo de 2008

Distinguido estudiante,

El Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET) de la Universidad Autónoma de Guerrero, está haciendo un estudio para mejorar el programa de prevención de VIH/SIDA, en los municipios de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, Guerrero.

El objetivo es que se tomen en cuenta las costumbres de los pueblos indígenas, y no sólo lo que piensa el gobierno y los médicos. Se les entregará un cuestionario al que no deberán anotar su nombre, para que nadie sepa lo que contestó y no exista ningún temor de que pueda ser señalado por las respuestas que dé. Está en su derecho de negarse a participar en la encuesta, sin que por ese motivo se le vaya a castigar en la escuela.

Si usted está de acuerdo en contestar la encuesta le agradeceremos firme esta carta de CONSENTIMIENTO.

Nos comprometemos a informar a ustedes sobre los resultados del estudio, y a discutirlos en las escuelas para buscar mejoras en la prevención del VIH/SIDA.

Atentamente
Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales
(CIET)

**YO ESTUDIANTE ESTOY DE
ACUERDO EN CONTESTAR**

ANEXO 3
Propuesta
Taller sobre prevención de VIH/SIDA
“Todos juntos hacia la prevención del VIH/SIDA”

Objetivo general

Darle un nuevo sentido a la prevención del VIH/SIDA mediante el trabajo conjunto de los estudiantes, promotores de salud e informantes claves indígenas y el personal de salud, para evitar el incremento del VIH/SIDA en las comunidades de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, Guerrero.

Objetivos específicos

- Reforzar el conocimiento sobre VIH/SIDA.
- Promover el uso del condón para evitar relaciones sexuales de riesgo.
- Desarrollar el sentido de responsabilidad y autocuidado entre los adolescentes.

Lugar de realización: Centro de salud

Número de participantes

El número de participantes es abierto. Estudiantes de nivel medio superior, informantes claves y promotores de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, Guerrero.

Duración y distribución del tiempo

El taller tendrá una duración de 16 horas, distribuidas en cuatro sesiones de cuatro horas por día, durante cuatro días, con un horario de 4:00-8:00 P.m.

Metodología

El taller será teórico vivencial con dinámicas de integración y sensibilización, que permitan hacer consciencia en los jóvenes sobre la situación que se vive actualmente en su comunidad respecto al SIDA.

Temario

1. Presentación de los objetivos del programa y la metodología del taller
2. Evaluación sobre VIH/SIDA
3. El VIH/SIDA en la comunidad indígena: trabajo exploratorio y resultados del estudio (tesis).

4. Identificación y priorización de los problemas de la adolescencia.
5. Causas y consecuencias de los problemas de la adolescencia.
6. Introducción sobre VIH/SIDA.
7. El VIH/SIDA y los jóvenes de la comunidad.
8. Enfermedades de transmisión sexual en los jóvenes.
9. El uso del condón como método preventivo contra el VIH/SIDA.
 - 9.1 Práctica y uso del condón.
10. Riesgos y consecuencias de tener relaciones sexuales a temprana edad
11. Responsabilidad y autocuidado para evitar adquirir VIH/SIDA
12. Evaluación final.

Dinámicas de integración y sensibilización

- 1) “La pelota preguntona”
- 2) “Collage II”
- 3) “Cacería de nombres”
- 4) “La prueba”
- 5) “Autobiografía a futuro”

Delimitación de responsabilidades bilaterales

- Seguir los lineamientos acordados en el taller
- puntualidad y asistencia
- cooperación y participación
- comunicación de lo aprendido y resolución de dudas.

Programa

Sesión uno

Tema	Objetivo	Actividad	Material	Tiempo
		Bienvenida y registro de asistencia	Hoja de registro	(10') 4:00-4:10
Presentación de los objetivos del programa y metodología del taller	Que los estudiantes conozcan los objetivos del taller	Se darán a conocer los objetivos del programa y la metodología del taller.	Computadora portátil, proyector y pantalla.	(20') 4:10-4:30
Dinámica de presentación "La pelota preguntona"	I. Identificar a los participantes. II. Descubrir sus gustos y aficiones. III. Romper las tensiones propias del primer momento. IV. Facilitar la participación de todos	Antes de la actividad, el facilitador preparará varias tarjetas con diferentes tipos de preguntas relativas al los gustos personales de los jóvenes (pasatiempos, deporte favorito, etc.) Desarrollo: el facilitador forma a los participantes en círculo. I. Les indica que deberán ir pasándose la pelota y cantarán una canción (esta puede ser escogida por el facilitador o por el grupo). II. Cuando el facilitador crea conveniente, hará sonar la campana o el silbato, esta señal indicará que deben detenerse. III. Los participantes que se hayan quedado con las pelotas deberán tomar una tarjeta y leer en voz alta la pregunta y antes de responderla dirán su nombre. El juego continúa de la misma manera hasta que se acaban todas las preguntas.	5 pelotas, 1 campana o silbato	(20') 4:30-4:50
Evaluación sobre VIH/SIDA	Conocer qué tanto saben los estudiantes sobre el tema e identificar aspectos débiles que deberán tratarse.	Evaluación con preguntas básicas sobre VIH/SIDA: - Qué es - cómo se transmite - cómo se puede prevenir - principales dudas e incertidumbres	Hojas blancas y lápices	(30') 4:50-5:20

		RECESO		(5') 5:20-5:25
El VIH/SIDA en la comunidad indígena: trabajo exploratorio y resultados del estudio (tesis).	Que los participantes conozcan la situación que se vive en su comunidad respecto al VIH/SIDA.	Exposición sobre la epidemia de VIH/SIDA en su comunidad: se presentará el trabajo exploratorio llevado a cabo en su comunidad, así como algunos resultados del estudio (tesis).	Computadora portátil, proyector y pantalla.	(35') 5:25-6:00
Identificación y priorización de los problemas que surgen en la adolescencia	Que los participantes identifiquen y prioricen los problemas que enfrentan en la etapa de la adolescencia.	Los participantes identificarán y priorizarán los problemas que experimentan en la adolescencia. - Trabajo en grupos	Hojas blancas y lápices	(40') 6:00-6:40
Dinámica "COLLAGE II"	I. Facilitar la comunicación en pequeños grupos. II. Expresión de tensiones, intereses y motivaciones personales.	I. El instructor les indica a los participantes que realicen un collage que exprese quiénes son. Los recortes deben representar quiénes son y qué les gusta hacer. II. Se divide al grupo en equipos. III. En una cartulina van a pegar recortes de revista. III. Cada uno de los integrantes del equipo interpreta el collage de cada participante. IV. Una vez que los equipos han terminado, se hace una mesa redonda con el objeto de evaluar la experiencia y permitir aflorar los sentimientos de los participantes.	Un pliegue de cartulina para cada participante, papel, tijeras, pegamento, revistas y plumones para cada subgrupo	(1h 20') 6:40-8:00

Sesión dos

Tema	Objetivo	Actividad	Material	Tiempo
		Registro de asistencia		(10') 4:00-4:10
Causas y consecuencias de los problemas de la adolescencia.	Que los participantes identifiquen las causas y las consecuencias de los problemas de la adolescencia, como el consumo de alcohol y drogas.	Analizar las causas y consecuencias que ocasionan los problemas que surgen durante la adolescencia, como el consumo de alcohol y drogas - Trabajo en tres o más grupos - discusión	Computadora portátil, proyector y pantalla. hojas y lápices	(1h) 4:10-5:10
Introducción sobre VIH/SIDA	Que los participantes refuercen sus conocimientos sobre VIH/SIDA	El especialista dará una breve introducción sobre el VIH/SIDA: - Definición del VIH y el SIDA (qué es y cuáles son las diferencias) - cómo se transmite - dudas e incertidumbres	Computadora portátil, proyector y pantalla.	(1h) 5:10-6:10
		RECESO		(5') 6:10-6:15
El VIH/SIDA y los jóvenes de la comunidad	Que los participantes manifiesten sus percepciones en relación al VIH/SIDA y al hecho de que algunos/as	Conversando sobre el VIH/SIDA y los jóvenes de la comunidad - Trabajo grupal - Jerarquización de los problemas vinculados al VIH/SIDA considerados más importantes - discusión	hojas y lápices, pizarrón, gis/plumón	(1h) 6:15-7:15

	adolescentes lo adquieran.			
Dinámica de sensibilización "cacería de nombres"	Que los participantes hagan conciencia del riesgo que tienen de adquirir o transmitir el VIH, al tener relaciones sexuales desprotegidas.	<p>Dinámica "cacería de nombres"</p> <p>Antes de empezar, el facilitador elige al azar a cuatro participantes a quienes les va a entregar un papelito con las siguientes iniciales: C=condón, M =masturbación, A=abstinencia y S =SIDA. Estas cuatro personas se quedarán con el papel que les tocó y al final se lo mostrarán a sus compañeros.</p> <p>Desarrollo: el facilitador forma a los participantes en círculo y les pide que tomen una hoja y un lápiz o pluma.</p> <p>I. Les indica que durante 50" tendrán que ir con sus compañeros y en la hoja en blanco van a escribir el mayor número posible de nombres de sus compañeros.</p> <p>II. cuando se termine el tiempo, el facilitador le pedirá a cada uno de los participantes que digan los nombres de las personas que registró.</p> <p>III. Los participantes que se hayan quedado con los papelitos mostrarán la letra que les tocó.</p> <p>IV. posteriormente, el facilitador les dará la información de que la persona que le tocó el papelito con la letra S tiene SIDA y que todos los que escribieron o le dieron su nombre están infectados de SIDA, excepto a quienes les tocó el papelito de las letras C (porque usó condón), M (porque sólo se masturbó) y A (porque se abstuvo de tener relaciones sexuales).</p> <p>V. Finalmente se hace una retroalimentación y se habla de cómo se sintieron, de la facilidad con que se puede distribuir esta enfermedad y de qué pasaría si eso fuera real.</p>	hojas y lápices	(45') 7:15-8:00

Sesión tres

Tema	Objetivo	Actividad	Material	Tiempo
		Registro de asistencia		(10') 4:00-4:10
Enfermedades de transmisión sexual en los jóvenes.	Que los participantes conozcan las ETS más comunes entre los jóvenes.	Un especialista hablará sobre las ETS más comunes entre los jóvenes.	Computadora portátil, proyector y pantalla.	(1h 10') 4:10-5:20
El uso del condón como método preventivo contra el VIH/SIDA	Los participantes Conozcan los beneficios del condón y aprendan a utilizarlo de manera correcta.	Un especialista hablará sobre el uso del condón como método preventivo contra el VIH/SIDA: - qué es - para qué sirve - cómo se utiliza	Computadora portátil, proyector y pantalla.	(1h 10') 5:20-6:30
		RECESO		(5') 6:30-6:35
Práctica y uso del condón	Que los participantes aprendan a colocar el condón de manera directa y práctica.	Demostración gráfica (con un maniquí) de cómo colocar el condón correctamente - los estudiantes formarán grupos y cada uno colocará el condón en el maniquí.	condones y maniquí del aparato reproductor masculino	(30') 6:35-7:05
Dinámica de sensibilización "La prueba"	Que los participantes practiquen y hagan uso de sus habilidades para manejar situaciones de riesgo.	El facilitador invitará de manera voluntaria a 10 personas (5 hombres y 5 mujeres) que pasen al frente, posteriormente dará las siguientes indicaciones: I. que formen 5 parejas (hombre y mujer)	Sillas	(55') 7:05-8:00

		<p>II. Tienen que imaginar que están en una situación en la que van a tener relaciones sexuales con su pareja ficticia (la pareja puede representar a un amigo, novio, conocido o desconocido)</p> <p>III. los hombres les pedirán a su pareja que tengan relaciones sexuales, pero sin usar condón.</p> <p>IV. la mujer tendrá que ingeniárselas para convencer a su pareja de utilizar condón para protegerse.</p> <p>V. Posteriormente se elegirán a otras cinco parejas, pero ahora será la mujer la que se negará a usar el condón, y el hombre el que tendrá que convencerlas de usarlo.</p> <p>Al final se hará una retroalimentación de la dinámica y expresarán cómo se sintieron, qué tan difícil fue hacerlo, etc.</p> <p>Nota: cada uno (hombre y mujer) tiene que aferrarse y defender su postura de por qué quieren o no utilizar el condón.</p>		
--	--	--	--	--

Sesión cuatro

Tema	Objetivo	Actividad	Material	Tiempo
		Registro de asistencia		(10') 4:00-4:10
Riesgos y consecuencias de tener relaciones sexuales a temprana edad.	Que los participantes sean concientes del riesgo que tienen de adquirir el o transmitir el VIH.	El facilitador explicará los riesgos y consecuencias que pueden tener los jóvenes al iniciar las relaciones sexuales a temprana edad. - principales riesgos y consecuencias (ETS, VIH embarazo no deseado, etc.) - discusión.	Computadora portátil, proyector y pantalla.	(1h) 4:10-5:10
Responsabilidad y autocuidado para evitar adquirir VIH/SIDA	Que los participantes conozcan la responsabilidad y el autocuidado de su cuerpo, desde el punto de vista de una persona VIH positiva.	Una persona VIH positiva hablará sobre la importancia de cuidarse y ser responsables con sus acciones para evitar adquirir el VIH/SIDA: - breve reseña de su experiencia como portador del virus - cómo cuidarse - aprender a tomar decisiones con responsabilidad, evitando siempre situaciones que puedan poner en riesgo la salud.	Computadora portátil, proyector y pantalla.	(1h 10') 5:10-6:20
Evaluación final	Medir el conocimiento de los participantes una vez terminado el taller para compararlo con el conocimiento inicial, y ver qué tanto aprendieron.	Se les aplicará un examen teórico sobre los temas vistos en el programa; el examen no sólo será de conocimiento sino de ejercicios que cuestionen la actitud y toma de decisiones asertivas.	Examen	(35') 6:20-6:55
Dinámica de	Que los participantes	El facilitador propone al grupo la siguiente situación:	Butacas,	(1h 5')

<p>sensibilización</p> <p>"Autobiografía a futuro"</p>	<p>imaginen cómo será su futuro, proyectando sus deseos, sueños e ilusiones para dentro de 20 ó 30 años. Elaborar un plan de desarrollo personal en el que puedan enriquecer sus valores. Fomentar la autoestima y la autonomía.</p>	<p>I. "Imaginen que tienen 40 años. Gran parte de su vida ha transcurrido ya, y muchos de los sueños, proyectos e ilusiones que tenían de jóvenes se han hecho realidad. ¿Pudieron hacer todo aquello que deseaban? quizá un gran artista, un científico, un deportista o quizá, simplemente un trabajador sencillo o una persona feliz con su familia. Ahora, les van hacer una entrevista en la televisión y van a contar su autobiografía".</p> <p>II. Les pide que reflexionen durante 10 minutos de manera individual, sobre cómo desean que sea su vida en el futuro. ¿Cómo les gustaría que se desarrollara su vida? ¿Cómo contarían su autobiografía a los 40 años?</p> <p>III. Tienen que imaginar toda una serie de acontecimientos por los que han pasado: los estudios, el trabajo, la familia, los éxitos y los fracasos, los momentos buenos y malos, etc. Después, se dedicarán 5 minutos para pensar en los valores que han desarrollado en esa vida: ¿qué han buscado durante esos 40 años? ¿la felicidad, el éxito, el dinero...? ¿Por qué han escogido esos valores? ¿Los pudieron alcanzar a los 40 años? Escojan 4 valores básicos e inventen una autobiografía que los describa.</p> <p>IV. Podrán voluntariamente compartir su historia.</p> <p>V. Se hará una retroalimentación sobre cómo se sintieron, cómo quieren que sea su vida, y qué pueden hacer desde ahora para lograrlo.</p>	<p>hojas blancas y lápices.</p>	<p>6:55-8:00</p>
--	--	--	---------------------------------	------------------