

Marta Lidia García Roque

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA

ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS
ANTE LA POSIBILIDAD DE ADQUIRIR EL VIH/SIDA

Asesor
Edgar A. Rodríguez Castillo. M.A.



Guatemala, abril 2001

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL

07

†(1248)

Este estudio fue presentado por la autora como trabajo de tesis, requisito previo a su graduación de Licenciada en Pedagogía y Ciencias de la Educación.

Guatemala, julio del 2001

INDICE GENERAL

	Pag.
INTRODUCCION	3
Capítulo 1	4
Marco conceptual	4
1. Antecedentes del problema	5
1.1 Antecedentes históricos	5
1.2 Estudios/investigaciones acerca del SIDA	7
2. Importancia del problema	9
3. Planteamiento del problema	10
4. El alcance y los límites del problema	11
Capítulo 2	12
Marco teórico	12
1. Las actitudes	13
1.1 Actitudes y conductas	15
1.2 Aprendizaje de las actitudes	16
1.3 Cambio de actitudes	16
1.3.1 Enfoque informacional	16
1.3.2 Enfoque de consistencia cognoscitiva	18
1.4 Clases de técnicas de medición	19
1.4.1 Medidas en que las inferencias se obtienen de autoinformes	19
2. La Adolescencia	20
2.1 La adolescencia inicial	21
2.1.1 Cambios físicos	21
2.1.2 Cambios psicológicos	21
2.2 Adolescencia media	22
2.3 Adolescencia final	22
2.4 Adolescente escolarizado	23
2.5 Instituto laico	23
2.6 Los adolescentes y la sexualidad	24
2.7 La educación sexual o educación para el amor	26
3. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)	26
3.1 Concepto de SIDA	26
3.2 El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	27
3.2.1 Sistema inmunológico	28
3.3 Transmisión del SIDA	29

3.3.2 Transmisión perinatal o vertical	30
3.4 Tratamiento	30
3.5 Prevención	32
3.5.1 El riesgo en los adolescentes	32
3.5.2 ¿Puede ayudar la educación?	33
Capítulo 3	34
Marco metodológico	34
1. Objetivos	35
1.1 Objetivo general	35
1.2 Objetivos específicos	35
2. Variable única	35
2.1 Definición conceptual de la variable	36
Definición operacional de la variable	37
3. Los sujetos	38
3.1 El universo o población	38
3.1.1 La muestra	42
4. Los instrumentos	43
Capítulo 4	44
Presentación y discusión de los resultados	44
Consolidado del cuestionario aplicado a alumnos	46
Interpretación de resultados	47
Discusión de los resultados	52
Conclusiones	54
Recomendaciones	55
Bibliografía	56
Anexos	59

INTRODUCCION

El resultado del presente trabajo de tesis cuyo título es "Las actitudes de los adolescentes escolarizados ante la posibilidad de adquirir el VIH/SIDA es producto de uná investigación bibliográfica y de campo la cual se llevó a cabo en los establecimientos privados de la ciudad capital, jornada matutina , que imparten una educación laica en un ambiente donde interactúan jóvenes del sexo masculino y femenino que cursan el tercer grado del ciclo básico.

De acuerdo a los objetivos establecidos, éstos se alcanzaron en base al trabajo concreto y sistemático que se realizó, lo que permitió la representación interpretación y discusión de resultados.

En este trabajo, se plantea la interrogante ¿Cuáles son las actitudes de los adolescentes escolarizados ante la posibilidad e adquirir el VIH/SIDA?. Puede observarse que las actitudes de los adolescentes de la población de estudio es en su mayoría positiva ya que revelan tener conocimientos en cuanto a conceptos, formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA. A través del trabajo de campo se logró establecer las actitudes de los jóvenes hacia las prácticas sexuales y genitales para contraer dicha enfermedad, el tipo de practica sexual por la que se inclinan y las medidas preventivas que prefieren utilizar.

En el Marco teórico se presenta la fundamentación teórica acerca del problema en donde se aborda temas fundamentales como un estudio profundo acerca de las actitudes y sus manifestaciones la manera como se forman éstas, qué es lo que hace que el intento de modificarlas sea un éxito o fracaso, por qué y como cambian las mismas. También se presenta un análisis de la adolescencia y los cambios que en los y las adolescentes se suscitan y, por último una revisión teórica del SIDA.

Luego se presenta la interpretación y discusión de resultados en la cual se hace referencia a los resultados en forma descriptiva y es meritorio resaltar en este apartado los principales hallazgos obtenidos sobresaliendo que los adolescentes escolarizados en su mayoría tienen una actitud favorable ante la posibilidad de adquirir el VIH/SIDA así como también hacia las medidas preventivas. Lo anterior es contradictorio con lo que puede pensarse ya que las actitudes generalmente son difíciles de expresar.

Es deseable que este trabajo contribuya en alguna medida a la educación sexual, de los adolescentes que se están formando en los establecimientos educativos de ciclo básico de la ciudad capital así como también a las instituciones que ofrecen orientación a los adolescentes.

Finalmente se agradece de manera muy especial a todas aquellas personas e instituciones que de una u otra forma colaboraron para que este trabajo se llevara a cabo de la forma que se había planificado.

CAPITULO 1
MARCO CONCEPTUAL

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Según informaciones difundidas en la novena conferencia mundial acerca del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) que se llevó a cabo en Berlín, la tasa más alta de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se da más frecuente en los jóvenes que en los adultos. Garnica (1996:3)

La adolescencia es una etapa en el desarrollo del ser humano en la cual se manifiestan inquietudes, temores e interrogantes acerca de los cambios que se producen en dicha etapa, principalmente en el aspecto sexual. Es en este período del desarrollo humano en donde en los jóvenes se despiertan nuevas sensaciones y experiencias en el campo sexual.

En base en lo anteriormente expuesto surge la inquietud de investigar acerca de las actitudes de los adolescentes con relación a la posibilidad del contagio del VIH, ya que una de las principales formas de contagio del SIDA es la vía genital.

1.1 Antecedentes históricos

El SIDA, fue reportado por primera vez en la ciudad de New York, Estados Unidos de América en 1981. En el mes de junio del mismo año, el Centro para el Control de las Enfermedades de Atlanta, Estados Unidos, recibió informes de cinco casos de pulmonía por *Pneumocistis carinii*, ocurridos en la ciudad de Los Angeles. Esta pulmonía, típica de pacientes inmuno deprimidos se manifestó en hombres jóvenes sin antecedentes médicos particulares que sólo compartían un rasgo característico: homosexualidad.

Más tarde se identificaron otros grupos expuestos usuarios: de drogas intravenosas, hemofílicos recipientes de factores coagulantes, parejas sexuales de personas pertenecientes a estos grupos, e infantes nacidos de madres infectadas con el VIH. Hurtarte (1989:3)

En 1983 se relaciona el SIDA con transfusiones de sangre, uso de drogas intravenosas e infección congénita. Estudios epidemiológicos realizados en 1983 muestran primeros grupos de riesgo como homosexuales toxicómanos intravenosos. González(1992:25)

Existen varias hipótesis acerca del origen del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), responsable del SIDA. Se dice que se produjo en un laboratorio como consecuencia de experimentos para armas biológicas. Otros estudiosos prefieren la hipótesis que dice que fue en Africa Central, y que es tan antiguo como la humanidad; allí se encuentra cierta clase de monos como los macacos y los monos verdes y se cree que por mutaciones que el virus sufrió, atacó al hombre, siendo su período de incubación variable, de pocas semanas hasta seis años o más; los síntomas no aparecen inmediatamente. González (1992: 23,24)

Los países miembros de la Organización Mundial de Salud (O.M.S.), como es el caso de Guatemala, deben notificar cada trimestre a la Organización Panamericana de la Salud

(O.P.S.), brazo regional de la O.M.S., el total de casos de SIDA registrados durante el trimestre, informar el número de casos en total y en forma individual, incluyendo edad, sexo, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, número de defunciones ocurridas durante el periodo, estos datos son acumulativos. Yancos, Gómez, (1994:37). En la lucha contra el SIDA, en el año 1986, se creó una pequeña unidad en la sede principal de O.M.S. en Ginebra, Suiza, a finales del mismo año; la Asamblea Mundial de la Salud, según resolución WHA 39,29 solicitó al director general de la O.M.S., doctor Halfan Mahler, que se explorara la forma de aumentar la magnitud y los tipos de cooperación de la O.M.S. a los estados miembros en la lucha contra el SIDA. El 1 de febrero de 1987, se creó oficialmente el Programa Especial sobre el SIDA, que para fines del mismo año se llamó Programa Global sobre el SIDA. Este programa tiene como objetivos a) prevenir nuevas infecciones por VIH; b) atender a los sujetos infectados, en lo que se refiere a tratamiento médico; c) apoyo, orientación y aprovechamiento de todos los esfuerzos nacionales e internacionales encaminados a luchar contra el SIDA. Se justifican dos principios fundamentales: 1. Respaldo los programas nacionales de prevención control del SIDA y 2. Proporcionar una dirección mundial y fomentar la cooperación nacional.

En Guatemala los primeros casos de SIDA se registraron en 1984, pero hasta en 1987 se iniciaron las actividades de vigilancia epidemiológica. Yancos. (1994:43) Con el Acuerdo Gubernativo No. 342-86 del 10 de junio de 1986, se consideró el SIDA como una enfermedad de transmisión sexual, sujeta a régimen de notificación obligatoria.

El Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA informa que en Guatemala de 1984 a enero de 1994 hay un total acumulado de 1079 casos de VIH positivo, de los cuales 489 padecen SIDA y 590 son portadores asintomáticos; en su distribución por sexo, 256 casos corresponden a mujeres y 825 a hombres; las edades oscilan entre los 20 y 59 años; la edad ha ido bajando, dado que en 1990 oscilan entre los 25 y 39 años, lo que lleva a pensar que la contaminación y transmisión se realizó en la época de la adolescencia; ello pone de manifiesto la importancia de la prevención a temprana edad.

En Guatemala se creó la Comisión Nacional de Vigilancia y Control del SIDA (CONAVISIDA), según Acuerdo Gubernativo No. 1190 del 23 de noviembre de 1987, haciéndose efectivo el 1 de septiembre de 1988. Su reglamentación fue autorizada por el Ministerio de Salud Pública en agosto de 1988.

Estudios realizados demuestran que un alto porcentaje de casos con SIDA reportados en el hospital San Juan De Dios se refieren al sector laboral dedicada a la vigilancia, cocineros, amas de casa, no profesionales y en segundo lugar jornaleros y obreros y un 10% pertenece a empleados de oficinas y un 9% a profesionales. Estos datos evidencian que la población más afectada es aquella que no asiste a la escuela formal, hacia donde está más dirigidas las acciones educativas en materia de educación sexual. Por lo que es urgente llevar información y educación sexual a la población que se encuentra fuera de la escuela formal no escolarizada y que por lo mismo tienen menos acceso a los esfuerzos de prevención.

El propósito del Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA es la prevención de la transmisión del VIH y reducción de morbilidad y mortalidad asociada a esta enfermedad. Sus objetivos específicos son:

- Informar a la población en general lo que es el SIDA, sus formas de transmisión y las medidas de prevención.
- Educar a los niños de 6 a 13 años y adolescentes de 14 a 20 años sobre prevención de la transmisión sexual del VIH.
- Educar a grupos específicos como transportistas, ejército, policía, trabajadoras del sexo, reclusos, trabajadores de salud y hombres homosexuales y bisexuales.
- Capacitar e informar a grupos específicos en lo que se refiere a conocimientos básicos sobre el SIDA con énfasis en la prevención. (Yancos 1994; 45)

1.2 Estudios/investigaciones acerca del SIDA

Existe una tesis realizada por Garnica de Quintanilla Elena Elizabeth en el año de 1996 con el nombre Educación preventiva de las enfermedades de transmisión sexual con énfasis en SIDA; dicho trabajo se realizó con adolescentes del ciclo básico de los institutos oficiales de Puerto Barrios y Santo Tomas de Castilla.

En las conclusiones se manifestó que los alumnos del ciclo básico señalaron que además de informarse como se previenen y contagian las enfermedades de transmisión sexual necesitan urgentemente educarse en su comportamiento sexual, a fin de prevenir tales enfermedades y embarazos prematuros no deseados. Se cita que la enseñanza que reciben en materia sexual es general y ocasional. Se constató que se han dado casos de ETS en los establecimientos educativos, incluyendo SIDA. Además las autoridades encuestadas opinan que se agregue al pènsum de estudios del ciclo básico una materia específica sobre educación sexual, debido a que en los centros educativos se ha visto la presencia de ETS.

En otro estudio titulado Conocimientos y actitudes respecto al SIDA, en grupos de alto riesgo presentado por Lina Velasquez de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos en el año de 1989; se concluyó que un buen porcentaje no conoce acerca del SIDA, un alto porcentaje desconoce las medidas de protección contra el SIDA y consideran que existen personas que pueden curarlo, así mismo se reveló que si les tocara convivir con un enfermo de SIDA lo aislarían o lo matarían, cabe mencionar que la muestra se realizó con drogadictos y homosexuales reclusos en la granja penal Canadá ubicada en Escuintla.

En 1990-91, la Asociación para investigaciones médicas y socioculturales elaboró una investigación acerca de las creencias y actitudes que generan comportamientos de alto

riego en la población de adolescentes exponiendo que existe diferencia considerable entre los adolescentes pertenecientes a un credo religioso y practica sexogenital, observándose mayor castidad en los que practican una religión y menor castidad en los carentes de religión, además indica que no se observa diferencia importante en cuanto a práctica genital y estrato social.(Garnica: 1996: 35)

2. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

La investigación se considera importante ya que además de enfocar un tema de actualidad que está poniendo en riesgo a los jóvenes tiene implicaciones educativas por lo siguiente:

- Los resultados puede servir como diagnóstico ante programas educativos de organizaciones que trabajan con jóvenes, de tal forma que orienten la información basada en las actitudes reales que se detectan y no en especulaciones.
- Aporta datos que sirven para elaborar material de apoyo a los adolescentes.
- Constituye información válida para entidades educativas que realizan esfuerzos con atención a jóvenes con VIH/SIDA, para que la utilicen como referencia para fundamentar sus programas.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El SIDA es una enfermedad que ha logrado dimensiones impensables, es una de las primeras causas de pérdida de años de vida productiva a nivel mundial por lo que no sólo afecta la salud de los pueblos sino también la economía y el desarrollo.

Ninguno de los sectores de la población puede quedar exento; niños, jóvenes y adultos; hombres y mujeres.

Así también es importante señalar que los actuales portadores son parte de la población económicamente activa en los rangos de edad de 20 a 39 años ya que de los casos de SIDA conocidos oficialmente a la fecha de mayo de 1999, el 71.98% corresponde a estas edades. Esto significa que adquieren el virus en la adolescencia si se considera el período de 5 a 10 años en que se puede llegar a desarrollar la enfermedad.

Regularmente existen actitudes de indiferencia hacia el virus de parte de los jóvenes, lo que los lleva a ver sin ninguna dificultad el tener experiencias genitales de alto riesgo.

Independientemente que exista esta actitud y que se especule mucho en relación a las actitudes de los adolescentes escolarizados, es importante abordar el problema con mayor profundidad, por lo que se plantea la interrogante siguiente **¿Cuáles son las actitudes de los adolescentes escolarizados de institutos laicos ante la posibilidad de adquirir el VIH/SIDA?**

4. EL ALCANCE Y LOS LIMITES DEL PROBLEMA

La población objeto de estudio en esta investigación comprende a los alumnos del nivel medio, tercero básico de los institutos privados, laicos, mixtos de la jornada matutina de la ciudad capital.

La investigación no cubrió aspectos administrativos, ni personal administrativo de los establecimientos educativos.

Los resultados de esta investigación no son válidos a otras poblaciones que no sea la población objeto de estudio, ya que los factores económico, social, cultural y religioso varían entre un grupo y otro.

CAPITULO 2
MARCO TEORICO

1. LAS ACTITUDES

¿Qué es actitud? Dar una definición de actitud no es nada sencillo; para responder a la anterior interrogante se presenta la opinión de los siguientes autores:

“Actitud es un conjunto de creencias, sentimientos y tendencias conductuales dirigidas a un objeto, persona o grupo; los cuales son compatibles entre sí.

Una actitud se compone de tres aspectos principales: Ideas, sentimientos y tendencia conductual.

Las **ideas** incluyen hechos, opiniones y el conocimiento general acerca de un objeto. Entre los **sentimientos** figuran el amor, odio, simpatía aversión y otros sentimientos afines.

Las **tendencias conductuales** comprenden las inclinaciones a actuar, obrar de determinada manera ante el objeto.” Morris (1987: 512)

Las actitudes son una disposición fundamental que interviene junto con otras influencias en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, los cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación, rechazo con respecto del objeto. Morris (1987:152)

Summer dice: “Actitud es una predisposición a responder a un objeto y no la conducta efectiva hacia el. La disposición a conducirse es una de las cualidades, característica de la actitud. La actitud es persistente, aunque no inmutable. Los numerosos estudios acerca de las actitudes indica que aunque son susceptibles al cambio, la alteración de las actitudes, particularmente de las que se mantienen vigorosamente, requiere fuerte presión.” Summers (1976: 14)

La concepción más popular de la actitud es la elaborada por Katz y Stotland en 1959, y por Krech y colaboradores en 1962, dichos autores dicen: una actitud tiene tres componentes: cognoscitivo, emocional y tendencia a la acción.

Cognoscitivo: Aquí se incluyen las creencias que se tienen acerca de un objeto. El número de componentes varía de una persona a otra, por ejemplo una persona puede saber que muchas cosas son verdaderas acerca de un objeto, saber poco de otro y nada de otros. Todas las creencias que tiene una persona acerca de un objeto se incluyen en el componente cognoscitivo. Las más importantes para la actitud como concepto de **disposición** son las creencias evaluativas; que son aquellas que cubren las creencias acerca de las cualidades deseables o indeseables, aceptables o inaceptables, buenas o malas.

Emocional: Este componente a veces es conocido como el componente sentimental y se refiere a las emociones o sentimientos ligados con el objeto de la actitud. Los adjetivos bipolares usados frecuentemente al estudiar los elementos de este componente son: amor,

odio, gusto, disgusto, admiración, desprecio, y otros que denotan sentimientos de tipo favorable o desfavorable.

Tendencia a la acción: Incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto. Se acepta generalmente que hay un lazo entre los componentes cognoscitivos particularmente las creencias evaluativas y la disposición a responder al objeto. Además existe la noción general de que las creencias evaluativas y la dirección de la disposición de respuesta tienden a ser compatibles. Así si una persona cree que un determinado partido político es un buen partido, que posee un buen plan de trabajo, probablemente esté dispuesto a votar a su favor. Summers(1977:14,15)

Morris y Summers concuerdan en que una actitud es una predisposición a responder ante un objeto y no la conducta en sí y que estas son susceptibles al cambio no son permanentes.

Existe el consenso general de que una actitud es una **predisposición** a responder ante un objeto y no la conducta hacia él. La disposición a conducirse es una de las cualidades características de la actitud.

“La actitud es **persistente**, lo cual no significa que sea inmutable. Consecuentemente la persistencia de las actitudes contribuye notablemente a la consistencia de la conducta.

La actitud produce **consistencia** en las manifestaciones conductuales: La actitud da origen a la consistencia entre sus diferentes manifestaciones hacia el objeto, expresiones de sentimiento acerca del objeto ya sea de aproximación o de evitar el objeto.

La actitud tiene una cualidad **direccional**: Significa que no sólo implica la formación de rutinas de conducta sino que posee una característica motivacional.” Summers (1976:14)

Dice Summers: “La actitud formulada por Katz y Stotland, parece incorporar las principales áreas de acuerdo entre la gran diversidad de definiciones de actitud. Esta conceptualización de la actitud permite una influencia más estrecha entre la teoría de la actitud y su medición.

Lo que se requiere como base de inferencia con respecto a la actitud por muestra de conducta que revelen las creencia, sentimientos y tendencias a la acción, propia del individuo, con relación al objeto en cuestión.

Cualquier expresión conductual que refleje o manifieste las cogniciones del individuo particularmente sus creencias evaluativas con respecto a un objeto pueden servir como base de inferencia. Cualquier expresión conductual que manifieste una emoción, ya sea en forma verbal o fisiológica, puede ser importante para hacer inferencias. Las manifestaciones conductuales que revelan la disposición del individuo a actuar hacia un objeto, ya sea positiva o negativamente, pueden usarse como bases provisionales de inferencia con respecto a la actitud.” Summers (1976: 16)

Esta afirmación de Summers fundamenta teóricamente que puede medirse la actitud de los adolescentes escolarizados ante la posibilidad de adquirir el SIDA, lo cual es el tema de la presente investigación.

No se ha desarrollado una tipología sistemática de las bases de inferencia que se fundamente directamente en la conceptualización de la actitud de Katz y Stotland, pero Summers expresa " El trabajo de Cook y Sellitz es un esquema útil y compatible para ordenar las bases aceptables de inferencia." Summers (1976). En este trabajo de investigación se identifica cinco bases de inferencia:

1. Informes de uno mismo o autoinforme acerca de creencias, sentimientos y conducta.
2. Observación de conducta manifiesta.
3. Reacción a estímulos parcialmente estructurada o interpretación de ellos, cuando implica al objeto de la actitud.
4. Realización de tareas objetivas en que intervenga el objeto de la actitud.
5. Reacciones fisiológicas al objeto de la actitud o representación de él.
6. La identificación de las bases de inferencia proporciona un medio para organizar la multitud de métodos de recolección de muestras conductuales y las técnicas para tratar esas muestras. El ordenamiento de la colección de muestras y de los procedimientos de tratamientos conducen a una ventaja, que es dirigir en atención a las debilidades de los procedimientos existentes y se sugiere una reformulación de la estrategia de investigación que, en caso de hacerse podría conducir a adelantos importantes en nuestra comprensión de la actitud.

1.1 Actitudes y conducta

De acuerdo con las investigaciones que realizaron T. la Piere y Wicker en los años 1930 y 1969 llegaron a la conclusión que la relación entre actitudes y conducta no siempre es sencilla, las actitudes no son predictores confiables del comportamiento verdadero. Pero Fishbein y Ajzen en el año 1975 señalaron que el débil nexos entre una y otra puede deberse a una medición incorrecta de las actitudes o del comportamiento o de ambos. Las actitudes no predicen muy bien el comportamiento real, a menos que ambas se midan en el mismo nivel de especificidad. Morris (1987: 514)

Según otros estudiosos de la materia señalan que el comportamiento recibe influencias de muchos factores además de las actitudes; entre ellas están las presiones sociales, los medios de comunicación social, amigos.

1.2 Aprendizaje de las actitudes

Las actitudes generalmente proceden de la experiencia personal en los primeros años de vida. Las vivencias relacionadas con premio cuando se agrada a los padres y castigo como desaprobación cuando no se les agrada, van formando en el niño actitudes positivas y negativas. Las actitudes también se forman por imitación, los niños imitan los actos de sus padres y compañeros con lo cual adquieren actitudes aun cuando no se trate de influir en sus ideas.

Los padres no constituyen la única fuente de las actitudes, y con frecuencia ni siquiera son los factores más persistentes en la vida de sus hijos. Los maestros, amigos e incluso los personajes famosos pueden ser más importantes.

También la televisión y la prensa ejercen profundo impacto sobre las actitudes. En la sociedad moderna la televisión nos bombardea con mensajes y no sólo a través de comerciales sino en formas más sutiles como: la violencia como parte de la vida normal, las mujeres subordinadas a los hombres, sin posesiones la vida es vacía y así nos imponen otros estereotipos.

1.3 Cambio de actitudes

¿Qué es lo que hace que un intento de modificar las actitudes fracase y otro de resultado? ¿Cómo y por qué cambian las actitudes? ¿Cuándo resistimos al cambio? ¿Qué probabilidades hay de que nuestra resistencia tenga éxito?

Las respuestas a estas interrogantes en parte depende de las técnicas que se utilice para cambiar las actitudes.

En este estudio se presenta los intentos de modificar las actitudes con diversas clases de mensajes persuasivos de acuerdo al enfoque informacional y el enfoque de consistencia cognoscitiva.

1.3.1 Enfoque informacional

Todas las personas somos bombardeadas con mensajes para modificar nuestra conducta ante cosas que incluyen desde planificación familiar hasta el uso de pasta dental, poco de los métodos aplicados por los grupos de interés y las agencias publicitarias llegan a tener éxito. Esto se debe a la capacidad que tiene el ser humano de desatender lo que no queremos oír.

En el año 1967 Brock y Balloun descubrieron que las personas tendían a escuchar los mensajes de apoyo que los de no apoyo.

En 1975 Kleinhosilink y Edwards observaron que la gente escucha incluso el segundo tipo de mensajes mientras sean fáciles de rebatir, pero desatienden los que les cuesta mucho rechazar.

Aunque se preste atención a un mensaje el cambio de actitudes depende de los siguientes factores : Fuente, miedo, imparcialidad, organización del mensaje y medio de transmisión . La eficacia del mensaje se basa en la fuente de donde proviene. La credibilidad de la fuente también es muy importante.

Una investigación indica que la credibilidad de la fuente reviste la máxima importancia cuando no estamos inclinados a prestar atención al mensaje. En el caso en que nos interesa el mensaje, este influye mucho en la posibilidad de que modifiquemos las actitudes. Por ejemplo cuantas más razones se aporte en favor de una posición, mayor será su eficacia.

Otro importante aspecto del mensaje es el miedo. La investigación ha demostrado que el miedo es un elemento eficaz en los esfuerzos por convencer al público de que se vacune contra alguna enfermedad, para conducir con prudencia y observar una buena higiene dental. Pero el exceso de miedo puede asustar al público que el mensaje produzca poco efecto.

El incluir los argumentos en favor y en contra ante algún tema hace más imparcial al expositor y en consecuencia aumenta su credibilidad.

La organización de un mensaje y del medio con que se transmite influye en su impacto. Al presentar dos aspectos de una cuestión, casi siempre conviene exponer primero el que queremos sostener, pero si transcurre demasiado tiempo entre la exposición de ambas posturas, la audiencia tiende a recordar mejor lo que oye al final. En tal caso es más conveniente explicar nuestra postura al final.

En relación al medio a usar, la escritura parece ser más idóneo para lograr que la gente comprenda los argumentos complejos.

El uso de videotape o presentaciones en vivo dan mejores resultados cuando se trata de persuadir al público una vez que ha entendido un argumento.

Los factores más importantes en el cambio de actitudes son los que se relacionan con la audiencia, aunque a veces resulta difíciles de controlar.

El compromiso personal de los sujetos con sus actitudes es decisivo. Una persona cuyas actitudes comparten otros es menos vulnerable al cambio de actitud, más aún si la actitud fue inculcada en la niñez por grupos importantes como la familia.

Otro factor es la **discrepancia** entre los contenidos del mensaje y las actitudes actuales de las personas. Entre más grande sea la diferencia entre uno y otro mayor probabilidad habrá de un cambio de actitud. Si la discrepancia es excesiva la audiencia rechazará la nueva información por completo. Dentro de este contexto la habilidad del comunicador es decisivamente importante.

Entre otros aspectos las **características personales**, tienden a hacer a algunos más susceptibles al cambio de actitudes. Los que tienen poca autoestima son más influenciados. Los muy inteligentes suelen resistir la persuasión porque fácilmente piensan en argumentos opuestos. Cuando el mensaje es intrincado, confuso, sólo los muy inteligentes están en condiciones de entenderlo y por lo mismo, de recibir su influencia.

En teoría las actitudes son susceptibles al cambio, aunque en realidad sea muy difícil modificarlas. Morris (1987: 516)

1.3.2 Enfoque de consistencia cognoscitiva

Uno de los métodos que ayudan a comprender el cambio de actitud es la teoría de la **disonancia cognoscitiva**. Existe disonancia cognoscitiva cuando alguien tiene dos cogniciones contradictorias al mismo tiempo. Una cognición es un conocimiento sobre algo. Por ejemplo No veo películas violentas o ayer vi una película de Hitchcock. Estas dos cogniciones son disonantes, cada uno significa lo contrario de la otra. La disonancia cognoscitiva crea una tensión psíquica, y la tensión hace que la persona trate de resolverla en alguna forma.

En ocasiones el cambio de actitud representa el medio más sencillo de reducir el malestar provocado por la disonancia. No podemos cambiar el hecho de haber visto una película violenta. Por lo mismo es más fácil modificar la actitud ante esa clase de películas. La nueva actitud encaja con el comportamiento.

Es importante señalar que la conducta discrepante no necesariamente produce un cambio de conducta. Hay otras maneras que pueden atenuarse la disonancia cognoscitiva. Una es aumentar el número de elementos consonantes, o de pensamientos que apoyan una u otra cognición disonante. Así podemos pensar que la película fue una buena inversión puesto que se exhibió en un cine barato, necesitábamos salir solos un rato y la película seguramente nos enseñó algo. Ahora la acción discrepa menos con la actitud frente a las películas violentas. Otra opción consiste en reducir lo importante de uno o de ambos elementos cognoscitivos.

Por ejemplo: Tan sólo quería ver y asegurarme de que no me gusta esa clase de películas. Y tenía razón: no me gustan. Al aminorar la importancia de la conducta, atenuamos la disonancia.

La **disonancia cognoscitiva** forma parte de la vida diaria. Así, el mero hecho de escoger entre dos o más alternativas deseables da origen siempre a disonancia.

Otra razón por la cual se lleva a cabo el comportamiento contrario a una actitud es que se siente llevado a ello. Cuando nos ofrecen un soborno o premio es curioso señalar que, cuanto más cuantioso sea el premio, menores probabilidades hay de que se produzca un cambio de actitud. Cuando los premios son grandes, la disonancia es

mínima y también los es el cambio de actitud, si es que se da. Por lo visto, cuando se convence a la gente de que hay buenas razones para efectuar un acto discrepante, experimenta poca disonancia y sus actitudes rara vez se modifican, aunque su conducta cambie durante un tiempo. Si el premio es pequeño, apenas lo suficiente para provocar un acto que se opone a la actitud, la disonancia será enorme, aumentando al máximo las posibilidades del cambio de actitud. Lo importante es lograr que se consuma el comportamiento discrepante y, a la vez, conseguir que el individuo se sienta personalmente responsable del acto disonante. De ese modo tenderá a modificar sus actitudes si piensa que lo obligaron a obrar en una forma que contradice sus convicciones.

1.4 Clases de técnicas de medición.

Entre las principales técnicas de medición están las siguientes: a) medidas en que el material a partir del cual se hacen inferencias consiste en informes sobre sí mismo de creencias, sentimientos, conducta, etc., hacia un objeto o clase de objetos. b) medidas en que las inferencias se hacen a partir de la conducta abierta hacia el objeto; c) medidas en que las inferencias se hacen a partir de las reacciones o interpretaciones que el individuo muestra a material estructurado parcialmente y que atañe al objeto; d) medidas en que las inferencias se obtienen de ejecuciones en tareas objetivas, donde la actividad puede ser influida por la disposición hacia el objeto, y e) medidas en que las inferencias se extraen de reacciones fisiológicas al objeto.

Al examinar los instrumentos de medición desde el punto de vista de la posible influencia de factores ajenos a la actitud se debe tomar en cuenta el aspecto siguiente: la probabilidad de que las respuestas puedan desviarse de las respuestas privadas, o sea la facilidad con que una persona pueda alterar las respuestas con el fin de presentar determinada imagen de sí mismo.

Las posibilidades de que factores diferentes a la actitud influyan en las respuestas son ilimitadas. En este trabajo estudiaremos solamente la medida en que el material a partir del cual se hacen inferencias consiste en informes sobre sí mismos de creencias, sentimientos, conducta, etc., ya que en el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica del cuestionario y la definición conceptual para efectos de este trabajo se define las actitudes como la conducta positiva o negativa ante la posibilidad de adquirir el VIH/SIDA.

1.4.1 Medidas en que las inferencias se obtienen de autoinformes sobre creencias, sentimientos, conductas, etc.

El método empleado con más frecuencia para obtener información a partir del cual hacer inferencias acerca de una actitud, es pedir al individuo que revele, ya sea por sus propias palabras o por la aceptación o rechazo de reactivos, sus creencias, sentimientos, la forma en que se comporta o comportaría, o su opinión acerca de como debería tratar acerca de determinado objeto. La base de inferencia es clara: la

actitud de un individuo hacia un objeto está indicada por sus creencias, sentimientos y orientaciones de acción hacia él. La naturaleza de la inferencia también es clara: se supone que la relación entre actitud y expresión es directa y que la actitud concuerda con las implicaciones manifiestas de sentido común de la creencia, o sentimiento declarados. Por ejemplo. Expresar la creencia de que un objeto tiene características deseables se considera como reflejo de una disposición favorable hacia él y la creencia expresa de que tiene características indeseables se toma como reflejo de una disposición desfavorable hacia él. O sea que si la persona en las respuestas de los reactivos o ítems manifiesta evitar contacto con el objeto se considera como indicación de una disposición desfavorable hacia el objeto, mientras que si manifiesta que le gusta o gustaría entrar en contacto con él se toma como indicación de una disposición favorable.

Las medidas realizadas en base a informe sobre sí mismo tienen varias características que hacen susceptibles de distorsión a las respuestas dadas. Si una persona desea presentar cierto cuadro de sí mismo verdadero o falso puede hacerlo fácilmente. Esta dificultad se llama "deseabilidad social", pero existen procedimientos para reducir la probabilidad de que las respuestas sean distorsionadas. Entre los procedimientos más sencillos y más a menudo empleados para facilitar las respuestas que puedan considerarse indeseables, están el dar garantías de anonimato, declaraciones de que no hay contestaciones correctas e incorrectas o de que las personas difieren en sus opiniones acerca de estas cosas, hacer hincapié en la importancia de contestaciones honestas para contribuir al conocimiento científico de determinado tema y de crear la impresión de que el investigador no desaprobará ninguna opinión que se exprese. Summers (1976: 39-41)

2. La adolescencia

Del latín *adolescere* "crecer hasta la madurez" Gordillo (1975:5). La adolescencia es un período de la vida en el que se marcan cambios biológicos, psicológicos y sociales. Existen diferentes opiniones en cuanto a la edad en que sucede esta etapa, unos autores la ubican entre los diez a los veinte años, otros hasta los veinticuatro y veinticinco años. Seminario (1994:40) La etapa de la adolescencia varía en relación a las personas y de acuerdo a los aspectos culturales, sociales y económicos.

La adolescencia es una época de cambios, de contrastes, el adolescente puede no saber incluso si optar por lo enteramente convencional o por lo vulgar. Puede ser una época de alegría irreprimible, así como de tristeza y una pérdida aparentemente inconsolables, de una inclinación por los grupos y por la soledad, el alturismo y egoísmo, de curiosidad sobre todo. Cogner (1979:6)

Para efecto de este estudio se divide la adolescencia así:

2.1 La adolescencia inicial

Esta sub-etapa de la adolescencia comienza aproximadamente entre los 10 y los 13 años y se caracteriza por los siguientes cambios:

2.1.1 Cambios físicos

Los cambios físicos y fisiológicos de la pubertad señalan su inicio, los jóvenes tienen la necesidad de encontrar alguna manera de adaptarse a dichos cambios y de dominarlos. El término pubertad proviene del latín *pubertas* que significa (edad de la hembra). Se refiere a la primera fase de la adolescencia durante la cual la maduración sexual se manifiesta. La pubertad se hace evidente con la aparición del vello púbico, y en las jóvenes, los primeros indicios de un crecimiento del busto. Para llegar a este momento ya han ocurrido cambios internos durante algún tiempo, aumento en el tamaño de los testículos, en los muchachos y de los ovarios en las muchachas.

Los cambios físicos así como la madurez sexual está controlada por las hormonas secretadas por las glándulas endocrinas, las cuales a su vez comienzan a funcionar debido a las señales emitidas por el hipotálamo. Esto sólo sucede cuando el hipotálamo ya ha madurado lo suficiente. La señal estimula la glándula pituitaria liberando hormonas que tienen diversos efectos estimulantes sobre otras glándulas endocrinas del cuerpo. De ellas provienen finalmente las hormonas que alteran el crecimiento físico y el desarrollo sexual. Conger (1979; 18)

2.1.2 Cambios psicológicos

Durante esta etapa ocurren diferentes manifestaciones como la curiosidad sexual, la curiosidad se manifiesta a través de comentarios con sus amigos, qué se siente al tener novio o novia, qué se siente al dar un beso, como es tener relaciones sexo genitales los muchachos principalmente experimentan para saciar su curiosidad. Otro de los cambios es la afirmación de la identidad aparecen los sueños grandes, enormes ideales. Les interesa participar en grupos de su mismo sexo, buscando asociarse en equipos deportivos, asociaciones, grupos religiosos, molestan al sexo opuesto aunque con poco interés. Algunos adolescentes se preocupan por los cambios que están experimentando creen que es algo malo y llegan hasta sentir culpa por ellos.

Inicia el sentido de fidelidad no les gusta que sus amigos o amigas se comuniquen con otros, surge en ellos un sentimiento profundo y sufren cuando le son infieles claman por justicia y veracidad. Surge el sentimiento egocéntrico quieren ser el centro de atención, ser siempre algo especial. Se busca la autonomía e independencia paterna desean ser libres no quisieran vivir con sus padres más cuando hay muchos regaños y castigos. En relación a su carácter es muy variable en cuanto están tristes están alegres.

Aparecen los amores platónicos enamorándose fácilmente de artistas, maestros o personas que no se fijan en ellos. Así mismo, experimentan satisfacción al estimular sus órganos genitales. La masturbación no produce ningún daño físico o psicológico, su práctica es decisión personal y se basa en los valores de cada individuo.

En esta etapa también se experimentan conductas bisexuales transitorias. Los adolescentes sienten gran afecto por sus compañeros del mismo sexo o por alguien especial con quien quieren estar a cada momento, se abrazan y pasan mucho tiempo juntos, en algunas oportunidades exploran sus cuerpos y caen en juegos homosexuales que son transitorios y que no definen la futura preferencia sexual.

Seminario (1994: 44-45)

2.2 Adolescencia media

Esta sub-etapa de la adolescencia ocurre entre los 14 y 16 años y se caracteriza por los siguientes cambios:

En esta etapa se define la identidad, se tienen ya metas concretas de lo que se pretende alcanzar. Se identifican con pandillas de jóvenes que siguen a un líder y pretenden alcanzar un ideal., imitan la personalidad de otros su forma de vestir, caminar etc.

También inicia el interés y atracción por el sexo opuesto esperando que surja una relación de pareja.. Además se vuelven idealistas con lo que desean ser en la vida, con sus familiares y con su pareja. Rechaza y evade las posiciones de los adultos, no aceptan consejos, responsabilidades y no quieren ser tratados como niños.

También se vuelven impulsivos y rebeldes, responden de forma fuerte a los adultos y a sus padres.

En esta sub-etapa esta involucrado el desarrollo psicológico, porque el adolescente está cambiando su forma de pensar, sentir y de actuar.

2.3 Adolescencia final

En esta sub-etapa se da entre los 17 y 20 años los cambios que se marcan son:

Elaboran un proyecto de vida donde los sueños empiezan a tener una realidad, todo lo que se proponen lo tratan de conseguir, se define bien lo que desea y quiere en el futuro.

Poseen menos egocentrismo, ya no es tan inestable, y en algunos casos ya no cree ser el centro de todo. También posee mayor control en sus impulsos sexuales y en su agresividad, es más razonable acerca de las consecuencias de sus actos sexuales se abstiene y se cuida más.

El adolescente tiende a buscar amistades o relaciones donde pueda desenvolverse y aprender algo de ellas, también para formalizar algún tipo de amistad, noviazgo o matrimonio; define el tipo de pareja que le interesa y toma en cuenta sus valores, intereses y aptitudes, para formalizar un noviazgo. Desarrolla capacidad de independencia con criterio y madurez, acepta más los consejos de los adultos. Los problemas con los padres ya no son tan frecuentes, acepta más fácilmente los consejos y evita las contradicciones. Acepta opiniones de los demás, puede también discutir con amplitud y madurez. Algo muy importante valora lo que el puede hacer y lo que los otros hacen.

2.4 Adolescente escolarizado:

Para elaborar el concepto de adolescente escolarizado es necesario establecer el concepto de escolaridad. De acuerdo con el diccionario de la ciencia de la educación escolaridad es el "período de la vida en el que se pertenece de un modo sistemático a una determinada institución escolar" (1987:564)

Para efectos del presente trabajo se considera como adolescente escolarizado a un o una joven que se encuentra estudiando los grados de primero a tercero básico para su formación académica y personal comprendidos en una edad entre 13 a 17 años. El adolescente escolarizado se diferencia del adolescente no escolarizado en que éste último por diferentes razones mayormente económicas o culturales no asisten a la educación escolar en el ciclo de educación básica.

2.5 Instituto laico:

Para establecer el significado de instituto laico para esta investigación es necesario referirse a la escuela o enseñanza laica.

Escuela laica significa "la abstención de la enseñanza religiosa en las escuelas" Larroyo (1982:256)

Otro diccionario cita la enseñanza laica como "doctrina que defiende la independencia del hombre o de la sociedad civil, y particularmente del Estado, de toda influencia eclesiástica o religiosa" Dicc. Ciencia de la Educación(1987: 537)

En el presente trabajo se define como instituto laico los centros educativos privados donde se imparte el ciclo básico sin influencia de ninguna religión sea ésta católica, protestante u otras.

Los centros de enseñanza laica o institutos laicos difieren de los institutos o colegios privados con enseñanza religiosa en que no tienen enseñanza de religión alguna, los alumnos no reciben enseñanza ni formación religiosa en cambio los institutos o colegios privados católicos por citar un ejemplo los alumnos llevan una asignatura llamada religión, el contenido hace énfasis en la enseñanza cristiana católica romana su mayor énfasis es enseñar los dogmas de la fe católica .

En Guatemala la constitución política de la república en el artículo 72 establece "la enseñanza religiosa es optativa en los establecimientos oficiales y podrá impartirse dentro de los horarios ordinarios sin discriminación alguna" Constitución Política de la República(1985:26)

26 Los adolescentes y la sexualidad

Es importante establecer la diferencia entre sexo y sexualidad ya que muy a menudo estos términos se aplican de forma incorrecta.

Sexo: Algunas personas identifican la relación sexual coital como sexo pero esto constituye un error puesto que " el sexo remite primariamente a la división de los seres orgánicos identificados como macho hembra y a las cualidades que lo distinguen " (Katchadourian:16)

En otras palabras puede decirse que sexo son las características anatómicas, fisiológicas que distinguen a los individuos masculinos y femeninos. El sexo es dado en el momento de la fecundación con el aporte de cromosomas por parte del padre y la madre para la formación del descendiente.

Sexualidad: "es un fenómeno complejo que tiene componentes biológicos, hormonales, culturales y educativos, y es más que sexo ya que ésta también forma parte del crecimiento y de la personalidad" Gaitán (1999: 6)

La sexualidad posee varios componentes que lo identifican y estos son:

Componentes sociales: Este se expresa a través del vestuario, comunicación y comportamiento de parte de los seres humanos.

Componentes psicológicos: Este comprende los elementos siguientes: identidad de género, el rol de género y la orientación sexual. La identidad de género consiste en sentirse hombre o mujer y manifestarlo de manera interna o externamente. El rol de género es todo aquello que una persona hace o dice para indicar el grado en que se es hombre o mujer. Y por último esta la orientación sexual que consiste en la atracción, gusto, preferencia de la persona para elegir al compañero o compañera sexual.

La sexualidad humana al ser vista como parte fundamental de la personalidad encierra todo un contexto sensorial, placentero, comunicativo y sentimental no es sólo una función reproductora por lo tanto sus demás funciones son de placer, de transmisión de amor y sentimientos y de comunicación.

También para fines de esta investigación se desarrollan los conceptos de monogamia, poligamia, heterosexual, bisexual, homosexual y se entienden de la forma siguiente:

Monogamia: Es tener una sola pareja durante un lapso considerable. En la actualidad es la forma de apareamiento más universal en los humanos.

Poligamia: Es tener más de un solo cónyuge o pareja a la vez.

Heterosexual: Relación erótica que se da entre individuos de diferente sexo.

Bisexual: Afición sexual para ambos sexos.

Homosexualidad: La palabra homosexual se deriva del término griego homo, que significa mismo. No se deriva de la palabra latina homo que significa hombre, según suele creerse.

El término homosexual no tiene género, se aplica por igual a hombres y mujeres que toman como amantes a sujetos del mismo género.

Para las homosexuales existe el término especial de lesbianas, se deriva del griego Safo quien fue una poetisa griega que vivió en el año 600 A.C. escribió poesía expresiva y apasionada para las mujeres. Safo vivía en la isla de Lesbos, de donde se origina el término lesbiana. Gotwald (1983: 389,393)

Es importante establecer que muchos adolescentes alguna vez se preocupan por la posibilidad de ser homosexuales por haber participado en actividades sexuales con otros jóvenes del mismo sexo y que la mayoría llevan una vida heterosexual sana.

Cogner en su libro adolescencia expone que para muchos jóvenes, el impulso sexual que acompaña a la pubertad llega en un momento en que las relaciones sociales estrechas y las actividades recreativas se limitan a los miembros del mismo sexo y además es un período en el cual el sexo opuesto todavía parece un poco extraño y misterioso y que produce ansiedad. Cogner (1980:63)

Las experiencias sexuales consisten en comparar los órganos sexuales, masturbarse en presencia de otros o la masturbación mutua. Estas experiencias homosexuales surgen por el interés de comprender mejor la sexualidad normal propia, más que una atracción homosexual poderosa o exclusiva.

Según Oscar López en la estrategia de enseñanza aprendizaje más aceptada para la educación sexual de adolescentes, dice que durante la adolescencia se presenta una especie de homosexualismo transitorio, el cual no debe alarmar o preocupar al joven, ya que esto sólo se refiere al interés por el sexo opuesto, pero no existen relaciones sexogenitales. "Los juegos homosexuales son experiencias que se derivan de la curiosidad y la necesidad de obtener mayor información sobre el sexo en unos y otros": López (1991:25)

2.7 La educación sexual o educación para el amor en el adolescente

Gran cantidad de adultos se oponen a los programas de educación para el amor. Algunos padres creen que este tipo de educación es peligrosamente prematura para los adolescentes y que puede inducirlos a una promiscuidad. Otros aseveran que la educación sexual sólo debe ser impartida por los padres y en la intimidad del hogar. Hay otros que creen que los adolescentes no tienen nada que aprender mas que lo que ellos les enseñan. Pero la realidad es otra, existen relaciones prematrimoniales y embarazos en adolescentes. La idea de que los adolescentes no tienen nada que aprender sobre el sexualidad y genitalidad se basa en argumentos débiles. Los padres que no pueden tratar esos temas con sus hijos pueden entorpecer su búsqueda de información, obligando así al adolescente a aprender los mitos y tabúes de la época, con base en la información que obtienen de sus compañeros. Cogner (1980: 54,55)

De acuerdo a las conclusiones que se realizaron en un trabajo de seminario acerca de los programas de educación sexual en los institutos públicos y privados del nivel básico en Guatemala informa que no existen programas en forma sistemática por parte del Ministerio de educación y que los alumnos de los establecimientos educativos reciben charlas conferencias etc. por parte de instituciones privadas que fueron creadas para el efecto. Seminario (1994:164)

El manual Importancia de la educación sexual manifiesta que los adolescentes guatemaltecos no disponen de la información adecuada para su necesaria formación sexual, dentro de un marco de equilibrio y seguridad emocional. También hace énfasis en que los padres no están en capacidad de brindar orientación correcta, debido al analfabetismo sexual y a los tabúes existentes acerca de la sexualidad y genitalidad por lo que abandonan a sus hijos a que corran las mismas experiencias que ellos, es decir "que se formen por su propia cuenta" APROFAM (S.A. 23)

3. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)

3.1 Concepto de SIDA

SIDA es la contracción de cuatro palabras:

Síndrome Conjunto de síntomas (como dolor) y signos (como pérdida de peso) que caracteriza una enfermedad.

Inmuno Relacionado con el sistema de defensa de nuestro cuerpo contra las enfermedades.

Deficiencia Indica que el sistema de defensa no funciona correctamente.

Adquirida No se nace con ella, se adquiere durante el transcurso de la vida; no es hereditario, es provocado por un virus, éste entra al organismo por contagio. Olaiz (1988: 6)

Las manifestaciones o síntomas del SIDA son de acuerdo al daño que el virus produce en el cuerpo humano, el virus por sí sólo no produce ningún tipo de síntomas. La mayor parte de los síntomas de SIDA son a causa de la baja defensa del cuerpo. La baja en las defensas, especialmente de los linfocitos T, favorecen algunos tipos de infección y algunos cánceres.

Los linfocitos T4 como se mencionó anteriormente son los encargados de dirigir la defensa contra gérmenes invasores. Cuando disminuyen y falta la dirección del sistema es común que falle. Cuando falla el sistema, algunos gérmenes que viven con nosotros y que son no perjudican a las personas con un sistema de defensa normal, perjudican a las personas infectadas con el VIH, produciendo enfermedades, a estos gérmenes se les llama oportunistas porque sólo en ciertas condiciones causan enfermedad.

Los gérmenes que causan la mayor parte de las infecciones en el SIDA son de este tipo; Por ejemplo cuando se habla de neumonía en el SIDA, no se refiere a que el virus está causando el problema; sino que las defensas han bajado y permiten la infección por gérmenes oportunistas. Olaiz (1988: 25,26)

La única forma en que el virus puede afectar directamente es en el caso de la demencia por VIH, en donde se supone que el virus ataca directamente a algunas células cerebrales y las destruye produciendo una pérdida progresiva de la inteligencia. Las lesiones que se producen son problemas neurológicos como dificultad para hablar, caminar etc. o como la pérdida progresiva de la inteligencia en una persona aparentemente sana, que llega a impedir realizar cualquier actividad de la vida diaria; a este proceso se le ha llamado demencia por el VIH. Otras posibilidades de lesión directa por el VIH es cuando una persona, que sufre la sintomatología que se presenta en la forma menor del SIDA que por sus siglas en inglés se conoce como ARC (Complejo Relacionado con el SIDA), presenta una pérdida de peso muy importante y la persona va perdiendo energía día a día a esto se le llama debilidad profunda por el VIH. Olaiz (1988:23)

3.2 El Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH)

El VIH es el virus de la inmunodeficiencia humana, el cual ha sido llamado de las formas siguientes: LAV, HTLV-III, ARV y otros. Este virus pertenece a la familia **retrovirus**. La familia **retrovirus** consta de 4 virus; dos se llaman (**HTLV-I** y **HTLV-II**) son relativamente infrecuentes y producen ciertos tipos de cáncer: leucemias y linfomas. Los otros dos virus: el **VIH-1** y **VIH-2** son los causantes del SIDA.

Estos virus son específicos de la especie humana, sólo el hombre puede contagiarse y sólo el hombre puede transmitirlo. El virus es poco resistente a las condiciones ambientales usuales, puede ser destruido con calor superior a los 60 grados centígrados,

agua oxigenada y detergentes, alcohol al 70% o más. Resiste a la refrigeración, los rayos X y ultravioleta (ibid)

3.2.1 Sistema Inmunológico

El sistema inmunológico se encarga de detectar, rechazar y proteger al cuerpo humano de agresiones por gérmenes dañinos y de mutaciones peligrosas, por ejemplo algunos tipos de cáncer. Está formado por un grupo especial de glóbulos blancos que circulan en la sangre y se llaman **linfocitos** de éstos existen dos tipos: **T** y **B**.

El sistema inmunológico está gobernado por un grupo especial de células **T** llamado **T4**; estas células regulan la acción de formación de anticuerpos por las células **B** y de ataque directo por las células **T**. Las células **T4** recogen la información inmune y ordenan la producción de células **T** que son las de ataque y a las células **B** que producen anticuerpos. Estas células del sistema inmune además de encontrarse en la sangre también se encuentran en el bazo, el timo, el intestino y los ganglios linfáticos.(ibid)

El VIH ataca a las células que tienen receptores o lugares de unión para el virus. Las células con este receptor, llamado **CD4**, son las células **T4**, algunas células del cerebro, entre otras. El virus se une a través del receptor a las células y pasa al interior donde se libera el núcleo del ácido ribonucleico (**ARN**) (es una proteína que contiene la información genética del virus del SIDA) y otro elemento llamado transcriptasa inversa;(ésta es una enzima que le permite a los retrovirus la transformación de su material genético de **ARN** a **ADN** y así poder unirse al núcleo de la célula infectada), al entrar el virus a la célula el **ARN** es modificado por la transcriptasa inversa para poder unirse con el núcleo de la célula infectada y cuando el virus se integra con la célula pueden pasar dos cosas:

- a) Que el virus tome control de las funciones de la célula y se empiece a reproducir, hasta destruir la célula y liberarse una gran cantidad de virus nuevos para infectar otras células.
- b) Que la célula mantenga control y no haber reproducción viral, aunque este equilibrio puede ser roto en cualquier momento.

Cuando el VIH daña al sistema inmunológico no sólo ataca las células **T4** sino a otras células de defensa del cuerpo, lo cual acentúa el daño y puede darse los resultados siguientes:

- a) Que el daño se mantenga al mínimo y la persona permanezca aparentemente sana.(Portadores sanos).
- b) Daño moderado, la forma menor de SIDA llamada **ARC** o
- c) Daño severo lo que consiste en el SIDA.

El **ARC** (complejo relacionado con el SIDA) se debe a algunas fallas del sistema, que pueden ser de gran importancia. Puede presentarse en personas que han sido

expuestas al virus del SIDA o VIH y que han sido infectadas. Entre los síntomas están:

- Fiebre; generalmente la temperatura se encuentra entre los 38 y 39 grados , sudoraciones nocturnas .
- Pérdida de peso; Generalmente es menor al 10% del peso normal de la persona.
- Fatiga fácil; Las personas sienten que se cansan con trabajos o esfuerzos menores a los que antes podía realizar sin sentirse fatigado.
- Diarrea crónica; este síntoma es común, inicia como cualquier diarrea pero se mantiene hasta un periodo mayor de 30 días. Olaiz (1988: 14-25) Si estos síntomas los manifiestan personas que no han sido infectadas por el virus del SIDA de ninguna manera puede ser SIDA.

El sistema inmunológico también cumple la función siguiente: Cuando alguna célula comienza a cambiar notablemente, el sistema inmunológico la reconoce y destruye, al perder esta función como en el caso del SIDA, las células cambian, a esto se le conoce como mutación, pueden reproducirse y si este crecimiento es desproporcionado, pueden ocasionar ciertos tipos de cáncer.

3.3. Transmisión del SIDA

Según varios autores que se han dedicado a escribir temas relacionados con el SIDA, coinciden en que de acuerdo a investigaciones realizadas la mayoría de los casos notificados se han transmitido por vía genital.

De acuerdo a los datos estadísticos, que se recabaron de 1984 al 31 de mayo de 1999, proporcionadas por la dirección General de Salud de fecha junio 1999 se reporta que en Guatemala el 93.87% de personas con SIDA ha sido por transmisión genital de los cuales el 76.63% personas que viven con SIDA pertenecen al sexo masculino y el 23.37% al sexo femenino. Otro dato muy importante es que según edad el 89.75% están entre las edades de 15 a 49 años y el 57.77% pertenecen al departamento de Guatemala.

Casi cualquier persona puede desarrollar el SIDA si se expone a sangre infectada o productos hematológicos; sin embargo se han destacado algunos individuos con mayor riesgo de adquirir la enfermedad entre ellos están:

- Varones homosexuales o bisexuales.
- Toxicómanos que utilizan drogas intravenosas y comparten agujas hipodérmicas.
- Hemofílicos que han recibido productos hematológicos infectados.
- Pacientes con transfusiones de productos de productos hematológicos infectados.
- Compañeros heterosexuales de pacientes con SIDA.
- Lactantes de padres con SIDA

- Casos relacionados con Africa Central
- Haitianos , Daniels (1985: 15)

Basándose en lo grupos de riesgo en que se ha identificado el SIDA hay pruebas firmes que establecen que el virus del SIDA se transmite :

- Por contacto genital -homo y heterosexual
- Por transferencia parenteral en sangre o productos hematológicos
- Por transferencia transplacentaria y perinatal del niño o niña
- Por saliva. Las investigaciones sugieren que el virus del SIDA está en la saliva pero hasta la fecha no se ha comprobado su transmisión por esta vía. Daniel (1985: 49)

3.3.1 Transferencia Parenteral

Existen pruebas que indican que la sangre, los productos hematológicos de pacientes con SIDA llevan el virus. Pero para que se transmita es necesario que la sangre infectada se introduzca directamente en el torrente sanguíneo del receptor. La sangre contaminada que cae en la piel o en alimentos probablemente no es suficiente para causar una infección. (ibid)

3.3.2 Transmisión Perinatal o vertical

Los lactantes pueden adquirir el SIDA a través de la leche de su madre o por el contacto estrecho después de su nacimiento. Los informes sugieren que el virus pasa de la madre al niño vía transplacentaria o que puede ocurrir a través de la leche materna. Algunos investigadores piensan que el virus introduce su material genético en las células germinales del huésped y ello permite su transmisión de una generación a otra. Pero esta teoría aún debe confirmarse. (ibid)

3.4 Tratamiento

La naturaleza del virus del SIDA exige que el tratamiento se dirija principalmente a tratar la enfermedad, no curarla.. Cuando una persona es infectada la infección llega a la mayoría de los principales sistemas del organismo, incluyendo la sangre, los ganglios linfáticos, la médula ósea, el cerebro, la piel, los intestinos y el corazón. La infección no puede ser removida de estos tejidos y órganos. La forma de erradicar la infección esta más allá de los conocimientos médicos y científicos presentes. Por tal razón el trabajo está dirigido a descubrir un tratamiento, no a curar. Haseltine (3er. discurso pronunciado en la academia francesa de Ciencias de Paris, Nov. 16 1992)

Como la infección dura toda la vida hay que dar tratamiento durante todo el tiempo que viva la persona infectada. Por lo que los efectos acumulativos del tratamiento durante meses y años podrían ser tóxicos.

Se han fabricado fármacos que demoran el progreso del virus, inhiben la función de componentes importantes del virus ; los efectos limitantes son: el virus se hace resistente a los fármacos y éstos son tóxicos. Se están desarrollando nuevos tratamientos, específicamente terapia inmunológica; un tratamiento que altera la habilidad del sistema inmunológico para responder al virus después que éste ha causado la infección, y la terapia mediante los genes, que son insertados en células normales para reducir el crecimiento del virus.

El progreso hacia un tratamiento efectivo también se hace más lento, debido al largo curso de la enfermedad. Se requiere un mínimo de dos a tres años para evaluar la efectividad de todo tratamiento. Los tratamientos que se están desarrollando actualmente son caros y requieren mucho trabajo. Debido a razones económicas y sociales, estos tratamientos no estarán disponibles para la mayoría de las personas infectadas.

A pesar de que existen tratamientos contra el VIH/SIDA desde 1986, estos no eran muy efectivos y su precio era bastante elevado. Desde finales de 1995 la situación es diferente. Ya hay medicinas que son bastantes eficaces para combatir el VIH. Desafortunadamente, su costo es aún más elevado que el de los primeros medicamentos.

Entre los medicamentos existentes en Guatemala se encuentran los siguientes:

Nombre químico

Nombre comercial

AZT o zidovudina
ddl o didanosina
ddC o zalcitabina
3TC o lamivudina
d4T o stavudina

Retrovir
Videx
Hivid
Epivir
Zerit

Su costo oscila entre Q 500.00 y Q1500 al mes. El IGSS da la combinación de AZT, ddl y ddC a las personas que están infectadas y que a la vez están aseguradas.

En 1995 se aprobó el primero de los medicamentos de la familia de los inhibidores de la enzima proteasa. Estos medicamentos marcaron el inicio de tratamientos bastante eficaces pudiéndose ahora hablar del VIH/SIDA como una enfermedad crónica relativamente controlable.

Entre los inhibidores de proteasa disponibles en Guatemala se encuentran:

Saquinavir o Invirase
Indinavir o Crixivan
Ritonavir o Norvir

(5 de cada 100 personas que toman estos medicamentos logran disminuir la cantidad del VIH en su cuerpo).

En la mitad de los casos, las personas que toman combinaciones de estos medicamentos consiguen disminuir el nivel de VIH en la sangre.

Algunos médicos recomiendan dar un pronto tratamiento a las personas que acaban de adquirir el VIH, para evitar que el virus se multiplique en el cuerpo y lograr controlarlo más fácilmente.

El mayor problema de estos inhibidores es su costo oscilan entre Q3,000.00 y Q.4,00.00 al mes. Trifoliar elaborado por Organización A una Sexualidad Integral frente al SIDA(OASIS) 1998.

3.5 Prevención

¿ Qué necesitan los adolescentes en la prevención del VIH ?

Pueden contraer los adolescentes el VIH? Desafortunadamente si. La infección está incrementándose más rápido entre la gente joven. De acuerdo con los datos obtenidos del Análisis de situación y respuesta a la epidemia del VIH/SIDA en Guatemala, la mayor proporción de casos de VIH/SIDA se presenta entre personas de 20 - 24 y entre los de 25 a 29 años de edad. En 1999, se diagnosticaron 2,784 casos de SIDA entre personas de 15 a 49 años esto equivale a un 89.75 %. Según estos datos, la epidemia de VIH/SIDA afecta principalmente a la población joven, económicamente y sexualmente activa del país. Debido a que la infección puede ocurrir hasta 10 años antes de ser diagnosticada como SIDA, la infección probablemente ocurrió en la adolescencia. Y lo confirma el resultado del estudio en el cual se observa que el guatemalteco ha tenido su primera experiencia sexual entre los 13 y 15 años. Dirección General de salud (1999: 6,15) Es importante mencionar que a nivel general se acepta que ciertos factores como fallas en el diagnóstico, sub-registro, no notificación de casos asintomáticos y retraso de la notificación afectan las cifras estadísticas. Por lo que debe aceptarse que el número real de casos es mayor que el reportado.

3.5.1 El riesgo en los adolescentes

Para el adolescente tomar riesgos forma parte de ser joven. Los jóvenes a veces actúan como si fueran invencibles. Ellos prueban hasta donde pueden llegar y desafían a la autoridad. Pero en esta época, el impacto al tener actividad genital sin protección puede ser irreversible. Hoy más que nunca los jóvenes están teniendo relaciones genitales a muy temprana edad. "Los datos de la encuesta Aragón y Asociados revela que cuatro de cada diez guatemaltecos experimenta su primera relación entre los 13 y 16 años. El porcentaje que tienen la primera experiencia antes de esa edad es menor.

3.5.2 ¿Puede ayudar la educación?

Si, las escuelas ofrecen un marco de oportunidades para educar acerca de como se transmiten el VIH y las ETS. Sin embargo, la educación no es algo que se hace una vez, debe ser un proceso continuo. La educación sexual debe iniciarse en la niñez.

Debido a la epidemia del SIDA se ha permitido que se incluya cada vez más la discusión acerca de la sexualidad y las prácticas de sexo seguro en los currícula educativos. En diversas ocasiones se hizo el intento de que se oficializara la educación para el amor en el sistema educativo nacional y hasta se fundó una organización con la misión específica de promover dicho proyecto pero no fue posible, y es a través de instituciones privadas que han llevado a la población educativa; folletos, seminarios, guías didácticas para maestros, manuales que permitan un tratamiento del tema lo más científico y apegado a la realidad posible. Sin embargo, existen aún un buen número de directores(as) de instituciones educativas que consideran la educación sexual y la prevención del VIH/SIDA una educación inaceptable o no apropiada para los estándares morales. Análisis de situación y Respuesta a la epidemia del VIH/SIDA en Guatemala. (1999: 13,14)

Capítulo 3

MARCO METODOLOGICO

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la actitud de los adolescentes escolarizados de institutos laicos ante la posibilidad de adquirir el VIH/SIDA.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la actitud de los adolescentes escolarizados hacia las medidas preventivas para la infección VIH/SIDA.
- Identificar las actitudes de los adolescentes escolarizados ante las prácticas sexuales y genitales de riesgo.
- Identificar el interés o desinterés de los adolescentes escolarizados a informarse acerca del VIH/SIDA.
- Identificar el tipo de practica sexual y/o genital de los adolescentes escolarizados.

2. VARIABLE UNICA

Actitudes de los adolescentes escolarizados de institutos laicos ante la posibilidad de adquirir el VIH/SIDA.

2.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Las actitudes de los adolescentes será la conducta positiva o negativa que adopten ante la posibilidad de adquirir el VIH/SIDA, la cual puede ser de indiferencia, desafío, interés a informarse o bien de prevención.

Para efectos de este trabajo de tesis se entenderá como conducta positiva el interés a informarse acerca del SIDA, y la prevención hacia el contagio. Como conducta negativa se entenderá el desafío y la indiferencia hacia la infección.

DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE

VARIABLE UNICA	INTEGRACION DE INDICADORES	UNIDADES DE MEDICION	FORMA DE MEDICION
Actitudes del adolescente escolarizado ante la posibilidad de adquirir el VIH/SIDA	Conducta positiva		CUESTIONARIO
	Interés a informarse	Definición Síntomas Formas de contagio	Preguntas No. 1,2,3,4 5, 6,7,8,9,10
	Prevención	Uso de condón Abstinencia Monogamia	Preguntas No. 11 12 13
	Práctica sexual	Heterosexual Bisexual Homosexual Sexo oral Sexo anal	Preguntas No. 14 15 16 17 18
	Conducta negativa		Preguntas No.
	Desafío	Poligamia Visita a prostíbulos Uso de droga intravenosa	19 20 21
	Indiferencia	Incredulidad Desinformación	Preguntas No. 22 23

3. LOS SUJETOS

3.1 EL UNIVERSO O POBLACION

Comprende el total de los alumnos de 127 institutos privados, laicos coeducativos de tercero básico de la jornada matutina, de conformidad con el siguiente detalle:

CUADRO DE DISTRIBUCION DEL UNIVERSO O POBLACION	
SUJETOS	
ESTABLECIMIENTOS	Alumnos
1. Centro Educacional Guatemalteco	17
2. Colegio Guatemalteco Mentas Sanas	47
3. Liceo Canadiense	39
4. Liceo Ibero Guatemalteco	15
5. Instituto Leonardo de Pisa	15
6. Instituto Tecnológico de Computación (IPC)	49
7. Liceo de Computación (CSS)	55
8. Colegio La Enseñanza	17
9. Instituto Kingston	20
10. Instituto Diéguez Olaverri	14
11. Colegio Bilingüe Colonial de Guatemala	22
12. Instituto José Martí	11
13. Instituto El Camino	25
14. Liceo Mentessori	50
15. Liceo Mercantil	53
16. Instituto Práctica Comercial	24
17. Instituto Indo Latino	48
18. Colegio Jefferson	7
19. Liceo Chaperó	52
20. Colegio Amanecer	19
21. Centro de Estudios y Sistemas de Computación (CESC)	15
22. Inst. de Educación Básica El Deber	14
23. Colegio Activo Bilingüe Sterling	27
24. Inst. Profesional de Técnicas Comerciales Especializadas	22
25. Liceo de Ciencias Técnicas	47
26. Centro de Aprendizaje Integral	11
27. Liceo Técnico Comercial Miramundo	6
28. Instituto Federico Crowe	27

29. Liceo Tikal Centro Tecnológico de Computación La Merced	14
30. Liceo de Computación Siglo XXI	38
31. Inst. Privado Superación	28
32. Centro de Aprendizaje en Computación	7
33. Liceo Profesional en Computación y Ciencias Comerciales	16
34. Centro de Estudios Diversificados Dr. Alejandro Fleming	6
35. Liceo Tikal	6
36. Liceo Técnico Ciencia y Desarrollo	35
37. Inst. Cultural Americano	14
38. Centro de Estudios Diversificados	112
39. Centro Educativo Científico de Informática	8
40. Colegio Blaise Pascal	44
41. Colegio Daniel Defoe	10
42. Instituto Práctico Moderno	32
43. Liceo en Computación II	23
44. Liceo Brasileño	22
45. Centro Profesional de Computación	16
46. Instituto Guatemalteco	18
47. Liceo de Ciencias Técnicas Comerciales y de Computación	37
49. Liceo de Educación Integral	7
50. 50. Centro Cultural Alma Mater	30
51. Colegio Rosario de Falla	29
52. Centro estudiantil de enseñanza Media	30
53. Colegio Centro América	32
54. Instituto Dr. Rodolfo Robles	67
55. Liceo de Computación C.S.S.	47
56. Liceo de Ciencias Técnicas	47
57. Centro Estudiantil Fénix	28
58. Colegio de Formación Profesional en 59. Computación	22
60. Inst. Rodolfo Galeotti Torres	53
61. Liceo Cultura	50
62. Inst. Miguel Angel Asturias	77
63. Inst. Landívar	20
64. Liceo Minerva	8
65. Inst. Bilingüe San Juan	19
66. Colegio de Informática IMBPC	65
67. Colegio Práctico Científico	17
68. Liceo de Computación CSS	16

69. Liceo Mixto Albert Einstein	27
70. Inst. El Maestro Amigo	63
71. Colegio Mixto Amsterdam	20
72. Colegio de aprendizaje Bilingüe	15
73. Colegio Integral de Informática	59
74. Inst. Mixto Atanasio Tzul	7
75. Colegio Mixto Holandés	13
76. Colegio Justo Rufino Barrios	13
77. Colegio Científico Integrado en Comp.	36
78. Centro de Estudios de Computación	5
79. Licco Preuniversitario de Computación	81
80. Colegio Alfredo Nobel	29
81. Colegio Naleb	33
82. Colegio Suger Montano	70
83. Colegio Internacional de Guatemala	26
84. Colegio El Puente	51
85. Colegio Técnico en Computación	21
86. Colegio Las Cumbres	31
87. Colegio Monte Alto	21
88. Colegio Mirafiori	12
89. Colegio El Prado	24
90. Inst. Alemán de Guatemala	64
91. Colegio Integral Guatemalteco	129
92. Colegio Capouillez	79
93. Colegio Italiano	101
94. Liceo Lafayette	57
95. Colegio Prado Verde	8
96. Colegio José Cecilio del Valle	58
97. Inst. San Jorge	27
98. Colegio Monte Americano	20
99. Colegio Las Américas	30
100. Colegio Cares	15
101. Colegio Loretta Bender	10
102. Colegio Ciencia y Arte	29
103. Inst. 12 de Octubre	95
104. Inst. Marco Polo	14
105. Colegio Alfa Sigma	30
106. Colegio Valle Real	18
107. Colegio Ciudad Real	19
108. Colegio Venezolano	10
109. Liceo Piaget	35
110. Colegio Lehnsen	192
111. Centro de Estudios Americano	9
112. Colegio Metropolitano	54

113. Inst. Evelyn Rogers	46
114. Colegio Vista Hermosa	63
115. Colegio Americano	38
116. Inst. Americano de Guatemala	105
117. Colegio Von Humboldt	26
118. Colegio Interamericano	72
119. Colegio Austriaco-Guatemalteco	48
120. Colegio Santa Rosita	16
121. Colegio El Valle	13
122. Centro Educativo Integral Girón Alfaro	16
123. Inst. Indira Gandhi	10
124. Liceo Las Colinas	38
125. Liceo Las Alamedas	23
126. Inst. Ing. Moshé Dyan	28
127. Liceo de Ciencias y Técnicas de Comp.	38

Totales:	4,352
----------	-------

Fuente: Dirección de Informática, Ministerio de Educación 1999

3.1.1 LA MUESTRA

La muestra se estableció de la siguiente manera: Es una muestra intencionada en la cual se seleccionaron los establecimientos que tienen de 50 alumnos en adelante. Esta quedó conformada por 21 establecimientos que corresponden al 17% de la población con un total de 1,099 alumnos a encuestar. Los datos reales corresponden al número de alumnos que se encuestaron los cuales fueron 780 lo que corresponde al 18% ya que por razones como ausencia, retiro, actividades extra aula no estaban presentes todos.

CUADRO DE DISTRIBUCION D LA MUESTRA

ESTABLECIMIENTOS	COLABORARON		SUJETOS	
	SI	NO	ALUMNOS	
			Datos MINEDUC	Datos reales
1. Centro de Estudios Diversificados			X	
2. Inst. Miguel Angel Asturias	X		77	25
3. Liceo Preuniversitario de Comp.	X		81	23
4. Colegio Suger Montano	X		70	61
5. Colegio Integral Guatemalteco	X		129	89
6. Colegio Capoulliez	X		79	99
7. Colegio Italiano	X		101	81
8. Inst. 12 de Oct.*				
9. Inst. Americano de Guatemala			X	
10. Colegio Interamericano			X	
11. Liceo en computación	X		55	71
12. Liceo Montessori	X		50	25
13. Liceo Mercantil	X		53	34
14. Liceo Chaperó	X		52	40
15. Inst. Rodolfo Robles	X		67	55
16. Inst. Galleotti Torres	X		53	35
17. Colegio IMBPC	X		65	60
18. Colegio El Maestro Amigo**				
19. Colegio Integral de Informática	X		59	20
20. Colegio José Cecilio del Valle	X		58	35
21. Liceo Cultura	X		50	27
		Totales	1,099	780

* Este instituto no es coeducativo, ya que trabaja en forma separada, aunque su papelería aparece como educativo.** Este Colegio imparte una educación religiosa por lo que no es laico. Aunque oficialmente no está declarado evangélico.

4. Los instrumentos

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó como instrumento para la medición de la variable, el cuestionario.

5. Análisis de resultados

Luego de obtener los resultados de las encuestas, se procedió a clasificar, tabular e interpretar los datos, lo cual se llevó a cabo por medio de cuadro de conteo.

CAPITULO 4
PRESENTACION
Y DISCUSION DE RESULTADOS

**REPRESENTACION GRAFICA E INTERPRETACION DE
RESULTADOS**

CONSOLIDADO DEL CUESTIONARIO APLICADO A ALUMNOS

No.	ENUNCIADO	SI		NO		NULAS		ALGUNAS		SIN	
			%		%		%	VECES	%	RESPUESTA	%
1	Haz recibido charlas o conferencias acerca del SIDA.	688	88	92	12						
2	El SIDA es una enfermedad que destruye las defensas del cuerpo, exponiendo a sus víctimas a otras enfermedades que pueden llevarlos a la muerte	759	97	21	3						
3	El SIDA es incurable y mortal.	739	95	41	5						
4	El VIH es un virus que debilita el sistema inmunitario.	687	88	76	10					17	2
5	La pérdida de peso y fiebre persistente de más de un mes de evolución son signos principales que presentan los enfermos por SIDA	589	72	177	23					34	5
6	EL SIDA se transmite por sangre contaminada con el VIH, relaciones sexo genitales (relaciones sexuales, hacer el amor) o el uso de agujas y jeringas contaminadas.	769	98	8	1					3	1
7	El SIDA es una enfermedad que solo afecta a los homosexuales y prostitutas.	50	6	730	94					7	1
8	Los adolescentes se contagian con el SIDA.	749	96	24	3						
9	EL SIDA es una enfermedad que puede adquirir cualquier persona activa sexualmente.	732	94	48	6						
10	Eres una persona activa sexualmente.	190	24	568	73					22	3
11	Si eres activo sexualmente. Cuando tienes relaciones sexo genitales usas preservativos.	102	13	29	4	302	39	50	6	297	38
12	Te abstenes de tener relaciones sexuales.	485	62	220	28					75	10
13	Eres fiel a tu pareja.	550	70	91	12					139	18
14	Solo te atraen emocionalmente y sexualmente las personas de tu sexo opuesto.	510	65	235	30					35	5
15	Mantienes relaciones sexo genitales con personas de ambos sexos.	20	3	721	92					39	5
16	Mantienes relaciones sexo genitales con personas de tu mismo sexo.	50	6	685	88					45	6
17	Estarías de acuerdo en practicar sexo oral con tu pareja.	278	35	442	57					60	8
18	Estarías de acuerdo en practicar sexo anal con tu pareja.	212	27	549	70					19	3
19	Tienes dos o más parejas sexuales.	105	13	631	81					44	6
20	Visitas prostibulos o casas de citas para realizar practicas sexo genitales.	84	11	628	80			68	9		
21	Utilizas algun tipo de droga que se inyecta.	33	4	738	95					9	1
22	Piensas que el SIDA puede adquirirlo otras personas menos tu.	122	16	636	81					22	3
23	Consideras importante informarse acerca del VIH/SIDA.	744	95	28	4					8	1

Interpretación de resultados

Enunciado No. 1

Haz recibido charlas o conferencias acerca del SIDA.

Se observa en el cuadro anterior que el 88% de los adolescentes si ha recibido charlas o conferencias acerca del SIDA. El 12% indica que no ha recibido dichas charlas o conferencias.

Enunciado No. 2

El SIDA es una enfermedad que destruye las defensas del cuerpo, exponiendo a sus víctimas a otras enfermedades que pueden llevarlos a la muerte.

Del total de alumnos, el 97% respondió en forma afirmativa, 3% respondió en forma negativa.

Enunciado No. 3

El SIDA es incurable y mortal.

En relación a esta afirmación el 95% respondió que el SIDA si es incurable y mortal, y el 5% respondió que no es incurable y mortal.

Enunciado No. 4

El VIH es un virus que debilita el sistema inmunológico.

Puede observarse en el mismo cuadro que el 88% de los adolescentes respondió que el VIH si debilita el sistema inmunológico mientras que el 10% considera que no y hubo un 2% que no respondió.

Enunciado No. 5

La pérdida de peso y fiebre persistente de más de un mes de evolución son signos principales que presentan los enfermos por SIDA.

Se observa que el 72% de los adolescentes respondió que la pérdida de peso y fiebre persistente de más de un mes de evolución son signos principales que presentan los enfermos por SIDA, el 23% respondió que no. y un 5% no respondió.

Enunciado No. 6

El SIDA se transmite por sangre contaminada con el VIH, relaciones sexo genitales o el uso de agujas y jeringas contaminadas.

Del total de los adolescentes el 98% respondió que si se transmite el SIDA a través de relaciones sexo genitales y el uso de agujas y jeringas contaminadas, el 1% respondió que no y un 1% no respondió.

Enunciado No. 7

El SIDA es una enfermedad que sólo afecta a los homosexuales y prostitutas.

Ante este planteamiento el 6% de los adolescentes respondió que si, que el SIDA sólo afecta a los homosexuales y prostitutas, el 94% respondió que no.

Enunciado No. 8

Los adolescentes se contagian con el SIDA.

El 96% de los adolescentes respondió que si pueden contagiarse con el SIDA, el 3% respondió que no y un 1% no respondió.

Enunciado No. 9

El SIDA es una enfermedad que puede adquirir cualquier persona activa sexualmente.

Se observa que el 94 % de los adolescentes respondió que el SIDA si puede ser adquirido por cualquier persona activa sexualmente, el 6% respondió que no.

Enunciado No. 10

Eres una persona activa sexualmente.

De acuerdo con los datos en el cuadro anterior se observa que el 24% de los adolescentes que respondieron el cuestionario son activos sexualmente, mientras que 73% respondió que no y un 3% no respondió.

Enunciado No. 11

Si eres activo sexualmente. Cuando tienes relaciones sexo genitales usas preservativo.

Del total de los adolescentes que respondió el cuestionario el 13% respondió que si usa preservativo cuando tiene relaciones sexo genitales, el 4% respondió que no, el 39% fueron anuladas porque en la pregunta 10 respondieron que no son activos sexualmente, el 38% se abstuvo de responder y el 6% respondió algunas veces

Enunciado No. 12

Te abstienes de tener relaciones sexuales.

El 62% de adolescentes manifestaron abstención ante las relaciones sexuales, el 28% manifestó que no y el 10% no respondió. Del 62% de los adolescentes que se abstienen de tener relaciones sexo genitales manifestaron que es por miedo a embarazo en el caso de las adolescentes, por índole religioso y moral, por no considerarse en la edad suficiente para ello, por temor a enfermedades venéreas y al Sida y otros indicaron que se abstienen por falta de preservativo en el momento preciso. Del 28% que respondió que no las razones más mencionadas fueron por amor a su pareja, por placer, necesidad fisiológica y que si se usa protección no hay porque abstenerse.

Enunciado No. 13.

Eres fiel a tu pareja

Del total de adolescentes que respondieron el cuestionario el 70% manifestó que si era fiel a su pareja, el 12% respondió que no y el 18% no respondió.

Ante este planteamiento las respuestas se refieren a los adolescentes que mantienen relaciones sexo genitales y a los y las adolescentes que tiene un noviazgo.

En cuanto a actitudes preventivas puede observarse que los jóvenes están teniendo prevención ya que como se observa en la respuesta anterior una cantidad considerable manifestó abstenerse de relaciones sexuales y otro alto porcentaje expresa una actitud de fidelidad a su pareja.

Es interesante observar que la mayoría que mantiene una actitud de abstinencia expresa temor o miedo a las consecuencias como: embarazo, ETS incluyendo el SIDA. Una vez más se confirma que el miedo es un elemento eficaz en los esfuerzos a ser prudentes.

Enunciado No. 14

Sólo te atraen emocionalmente y sexualmente las personas de tu sexo opuesto.

Del total de los alumnos que respondieron el cuestionario el 65% respondió que si le atraen únicamente las personas del sexo opuesto, el 30% respondió que no y el 5% no respondió.

Enunciado No. 15

Mantienes relaciones sexo genitales con personas de ambos sexos.

En el cuadro anterior el 3% de adolescentes indican que si mantienen relaciones sexo genitales con personas de ambos sexos, el 92% respondió que no y el 5% no respondió.

Enunciado No. 16

Mantienes relaciones sexo genitales con personas de tu mismo sexo.

Del total de los alumnos que respondieron el cuestionario el 6% respondió que si mantienen relaciones sexo genitales con personas de su mismo sexo, el 88% respondió que no y el 6% no respondió.

Cabe recordar que en la etapa de la adolescencia los jóvenes en algunas oportunidades caen en juegos homosexuales que son transitorios y que no definen la futura preferencia sexual. Aunque no se puede descartar esta preferencia sexual

Enunciado No.17

Estarías de acuerdo en practicar sexo oral con tu pareja.

Puede observarse que el 35% de los adolescentes estarían de acuerdo a practicar sexo oral con su pareja, el 57% respondió que no y el 8% no respondió. De los que respondieron en forma afirmativa algunos manifestaron que siempre y cuando su pareja este de acuerdo si.

Enunciado No. 18

Estarías de acuerdo en practicar sexo anal con tu pareja.

Del total de los alumnos que respondieron el cuestionario el 27% manifestó que si estaría de acuerdo en practicar sexo anal con su pareja, el 70% indicó que no y el 3% no respondió.

En relación a la práctica sexual de los adolescentes escolarizados de la población investigada la mayoría tiene una preferencia heterosexual, una minoría da a conocer prácticas homosexuales o bisexuales.

Enunciado No. 19

Tienes dos o más parejas sexuales.

Del total de los adolescentes que respondieron el cuestionario el 13% respondió que si tiene dos o más parejas sexuales, el 81% respondió que no y el 6% no respondió.

Enunciado No. 20

Visitas prostíbulos o casas de citas para realizar prácticas sexo genitales.

El 11% de los adolescentes respondió que si visita prostíbulos o casas de citas para prácticas sexo genitales, el 80% respondió que no y el 9% respondió algunas veces. Algunos jóvenes indicaron que visitaban lugares para ver "shows" femeninos

Enunciado No. 21

Utilizas algún tipo de droga que se inyecta.

El 4% de los adolescentes respondió que si utiliza algún tipo de droga que se inyecta, el 95% indico que no y un 1% no respondió.

Enunciado No. 22

Piensas que el SIDA puede adquirirlo otras personas menos tu.

Puede observarse que el 16% de los adolescentes que respondieron el cuestionario piensan que el SIDA pueden adquirirlo otras personas menos ellos, el 81% respondió que no y el 3% no respondió.

Enunciado No. 23

Consideras importante informarse acerca del VIH/SIDA.

Del total de los alumnos que respondieron el cuestionario el 95% indicó que si es importante informarse acerca del VIH/SIDA, el 4% indico que no y un 1% no respondió.

De los que respondieron en forma afirmativa manifiestan que es importante porque se debe estar bien informado para cuidarse, por prevención, que el SIDA es una enfermedad que cada día cobra nuevas vidas y que muchos por ignorancia se contagian, indican que los jóvenes necesitan ser informados y orientados en el aspecto sexual para no contagiarse y controlar su curiosidad.

De la minoría de los adolescentes que respondieron en forma negativa indicaron que no es necesario, que no les importa o que ya saben demasiado acerca del tema.

En lo referente a conducta desafiante o indiferencia de los adolescentes ante el posible contagio no se encontró un porcentaje significativo.

Discusión de resultados

La información recabada permite inferir que la mayoría de los adolescentes escolarizados tienen un porcentaje significativo de conocimientos de lo que es el VIH/SIDA, su forma de transmisión y prevención. Esto significa que la escuela aunque no tiene un programa específico de Educación sexual se ha interesado en llevar información acerca de la enfermedad del siglo a la población estudiantil acerca del SIDA, ya sea a través de las materias más adecuadas al tema o a través de charlas, talleres o conferencias que han estado bajo la responsabilidad de instituciones privadas que se dedican a la información y prevención del VIH/SIDA.

Los adolescentes escolarizados saben perfectamente que el SIDA es una enfermedad incurable y que su transmisión es principalmente por vía sexual, agujas y jeringas contaminadas, están consientes que ellos también pueden adquirir el virus que provoca el SIDA así como cualquier persona con actividad seso genital y no solamente las prostitutas y homosexuales como creen algunas personas.

Parece ser que los adolescentes que han recibido información acerca del SIDA han manifestado una actitud positiva hacia las medidas preventivas hacia la infección del VIH, ya que de acuerdo a los resultados obtenidos el mayor porcentaje manifiesta abstención ante las relaciones sexo genitales y una actitud de fidelidad hacia su pareja. Esto se confirma cuando informan que sólo el 24% son activos sexualmente mientras que la mayoría no. Entre las razones del abstencionismo ante las relaciones sexo genitales manifiestan que es por temor a contraer enfermedades venéreas y el SIDA. Un dato interesante y un poco contradictorio en este resultado es que del 24% de adolescentes que informa que son activos sexualmente el 54% del mencionado porcentaje usa preservativo como medida de protección al momento de una relación sexo genital, quedando el 46% a la exposición del contagio por VIH. Porcentaje elevado en comparación a lo mortal de la enfermedad. Esto indica que de la población con una actividad sexual un buen número no se está protegiendo como debiera.

Por lo tanto se considera de gran importancia continuar con la labor que se ha estado llevando a cabo en cuanto a información y educación sexual por las razones siguientes:

- La educación no es algo que se hace una sola vez, sino un proceso continuo y esta debe ir respondiendo a medida que los jóvenes cambian o se desarrollan.
- Hay que recordar que en medida que los jóvenes crecen incrementa su actividad sexual.

La mayoría de los entrevistados mostraron una actitud de interés a informarse acerca del VIH/SIDA indicando que es importante saber qué es y cómo prevenirlos ya que actualmente es una enfermedad que está destruyendo muchas vidas y que está incrementándose muy rápido entre la gente joven. Algunos de los encuestados opinan que el contagio se debe a la ignorancia o desconocimiento al tener una relación sexo genital sin la debida protección.

Otros de los jóvenes encuestados expresaron la importancia de ser orientados e informados acerca el SIDA para no llegar a contraer dicha enfermedad y esperan que estos conocimientos les ayude a controlar su curiosidad y temperamento.

Los adolescentes ante las prácticas de riesgo no expresan una actitud desafiante si no por lo contrario revelan una actitud positiva indicando en su mayoría no asistir a prostíbulos o casa de citas para realizar prácticas sexo genitales. Algunos de los encuestados mencionan asistir a barras show para ver espectáculos femeninos. También manifiestan rechazo a la droga que se inyecta.

Referente al tipo de práctica sexual de los adolescentes escolarizados éstos se manifiestan un tanto conservadores . La mayoría está contra el homosexualismo, pero existe un 6% que dice mantener este tipo de práctica sexual.

Un aspecto que llama la atención es que los resultados de la encuesta revela un porcentaje significativo en cuanto a la atracción emocional y sexual de su mismo sexo siendo este un 30% , significativo puesto que pertenecemos a una sociedad conservadora con un grado alto de religiosidad.

Contrastando las repuestas de las dos preguntas referentes a la práctica homosexual y a la atracción hacia personas del mismo sexo puede observarse que un buen número de adolescentes expresan un gusto hacia las personas de su mismo sexo sin realizar una práctica homosexual.

Los jóvenes son el futuro de nuestra sociedad y debe hacerse todo lo que esté en nuestras manos para poder salvar sus vidas. La gente joven deberá recibir dos mensajes: Uno mantener la abstinencia y esperar un poco más para la actividad sexual y el otro advertirles los peligros y responsabilidades que traen las conductas de alto riesgo y que aprendan a protegerse a sí mismos.

CONCLUSIONES

- La mayoría de adolescentes escolarizados tienen una actitud positiva ante la posibilidad de adquirir el VIH/SIDA.
- Las actitudes de los adolescentes escolarizados ante las medidas preventivas ante la infección del VIH/SIDA es positiva la llevan a cabo principalmente, a través de la abstinencia sexual.
- Las actitudes de los adolescentes ante las practicas de riesgo son de prevención, beneficiosa puesto que la mayoría se inclina por la abstinencia, fidelidad, niegan la visita a prostíbulos y el uso de droga intravenosa.
- Los adolescentes manifiestan un alto grado de interés por informarse acerca del VIH/SIDA.
- La práctica sexual que la mayoría de adolescentes escolarizados aprueba es la heterosexual.

RECOMENDACIONES

- La educación es un proceso constante y las actitudes de las personas son cambiantes por lo que se recomienda seguir con el proceso de información y prevención ante el VIH/SIDA.
- La educación no sólo debe brindar información acerca de la transmisión del SIDA, sino debe incluir formación de valores que lleven a los adolescentes a posponer el comienzo de la actividad sexual.
- La información y educación acerca de la prevención del SIDA debe ser dirigida en forma urgente y con énfasis a la población no escolarizada ya que esta puede ser más afectada por la misma ignorancia, ya que parece ser que se trabaja con los grupos que están más disponibles y no necesariamente los que necesitan ser abordados prioritariamente.
- Se recomienda la implementación de un programa de educación sexual en todos los niveles educativos.

BIBLIOGRAFIA

Libros

1. Cogner, John, (1980) Adolescencia. Harper & Row Latinoamericana S.A. Colombia. Pp.128.
2. Daniels G. ,Victor (1985) SIDA, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. El manual moderno. México. Pp. 146.
3. Gotwald William Jr. Y Golden Gale holtz(1983) Sexualidad La experiencia Humana. El manual moderno. México. Pp. 564.
4. Grinder, Robert (1987) Adolescencia. Limusa. México. Pp. 579.
5. Katchadourian, Herant A. (1992) La Sexualidad humana. Fondo de cultura económica México. Pp. 193.
6. Morris,Charles (1987) Psicología un nuevo enfoque Prentice Hall Hispanoamericana, S:A. México. Pp. 601
7. Olaiz, Gustavo (1988) La epidemia que a todos afecta a todos. Diana. México. Pp.63
8. Summers, Gene (1975) Medición de actitudes.Trillas. México. Pp. 687.
9. Tiefer, Leonore(1980) Sexualidad Humana. Harper & Row Latinoamericana. Colombia. Pp. 128.

Tesis

10. Gaitán, Miguel. (1999) Relación entre el grado de conocimiento de los alumnos y lo que deben saber acerca de educación sexual. Tesis. Facultad de Humanidades. U.S.A.C. Guatemala. Pp.64.
11. Garnica de Quintanilla, Elena (1996) Educación preventiva de las enfermedades de transmisión sexual con énfasis en SIDA. Tesis. Facultad de Humanidades. U.S.A.C. Guatemala . Pp. 128.
12. González de Santizo, Rosalinda y Pérez, Luz (1992) Conocimientos actitudes y prácticas de riesgo del adolescente con relación del SIDA. Tesis. Escuela de trabajo social. U.S.A.C. Guatemala Guatemala. Pp. 67 12.
13. Gordillo, Marina.(1975) El adolescente guatemalteco. Sus problemas educacional y su rendimiento. Tesis. Facultad de Humanidades. Guatemala. Pp. 137

14. Hurtarte Orellana, Norma y Matus Dora. (1989) La importancia de la información, prevención y educación sobre el SIDA y la participación del trabajo social. Tesis. Escuela de trabajo social. Guatemala. Pp
15. López, Oscar Hugo.(1993) Estrategia de enseñanza aprendizaje mas aceptada para la educación sexual del adolescente. Tesis. Facultad de Humanidades U.S.A.C. Guatemala Pp. 71

Seminarios

16. Seminario (1994) Los programas de educación sexual en los institutos públicos y en los institutos privados. Facultad de Humanidades .Guatemala. Pp.186

Folletos

17. Asociación Guatemalteca de Educación Sexual (AGES) (1979) Folleto. Diez hechos ciertos y de peso acerca del sexo. .Guatemala. Pp.23
18. López Oscar Hugo.(1992) Manual del animador juvenil intermedio. AGES. Guatemala. Pp. 62.
19. López, Oscar Hugo y Rivera, Marta.(1992) SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. AGES. Guatemala. Pp.21
20. Organización de Apoyo a una sexualidad Integral Frente al SIDA. Oasis.(1998) Nueva información demanda más acción. Guatemala

Impresos y documentos

21. APROFAM. (S:A) Manual Importancia de la educación sexual Guatemala. Pp. 40
22. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.(1997) Normas principios y recomendaciones para la prevención y control de la infección VIH/SIDA. Guatemala
23. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL(S:A) Conozca como se transmiten las enfermedades venéreas incluyendo el SIDA. S/a.
24. Programa Nacional de Control Y prevención de ETS/VIH/SIDA.(1999)_Análisis de situación y de respuesta a la epidemia del VIH/SIDA en Guatemala. Pp. 92
25. Programa Nac. ETS/VIH/SIDA. (1999) Información epidemiológica . Guatemala

Diccionarios

26. Larroyo, Francisco (1982) Diccionario de Pedagogía y ciencias de la educación. México. pp. 601.
27. Paulinas ediciones.(1990) Diccionario de la ciencia de la educación. España. Pp.
28. REI ediciones(1991) Gran diccionario de la Lengua española Colombia. Pp. 1177
29. Santillana (1987) Diccionario de la ciencia de la educación. México. Tomo I.

ANEXOS

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA
CUESTIONARIO DIRIGIDO A ALUMNOS DE TERCERO BASICO

El presente cuestionario es para obtener información acerca del tema Las actitudes de los adolescentes ante la posibilidad de adquirir el VIH/SIDA. La información que se obtenga será únicamente para realizar el trabajo de tesis de la carrera de Licenciatura en Pedagogía y ciencias de la educación.

INSTRUCCIONES: Si tu respuesta es afirmativa al enunciado marca una X en la alternativa SI. Si tu respuesta es negativa al enunciado marca una X en la alternativa NO.

1. Haz recibido charlas o conferencias acerca del SIDA.

SI _____ NO _____

2. El SIDA es una enfermedad que destruye las defensas del cuerpo, exponiendo a sus víctimas a otras enfermedades que pueden llevarlos a la muerte.

SI _____ NO _____

3. El SIDA es incurable y mortal.

SI _____ NO _____

4. El VIH es un virus que debilita el sistema inmunológico.

SI _____ NO _____

5. La pérdida de peso y fiebre persistente de más de un mes de evolución son signos principales que presentan los enfermos por SIDA.

SI _____ NO _____

6. El SIDA se transmite por sangre contaminada con el VIH, relaciones sexo genitales (relaciones sexuales hacer el amor) o el uso de agujas y jeringas contaminadas.

SI _____ NO _____

7. El SIDA es una enfermedad que sólo afecta a los homosexuales y prostitutas.

SI _____ NO _____

8. Los adolescentes se contagian con el SIDA

SI _____ NO _____

9. El SIDA es una enfermedad que puede adquirir cualquier persona activa sexualmente.

SI _____ NO _____

10. Eres una persona activa sexualmente.

SI _____ NO _____

11. Si eres activo sexualmente. Cuando tienes relaciones sexo genitales (relaciones sexuales, hacer el amor) usas preservativo.

SI _____ NO _____ ALGUNAS VECES _____

12. Te abstienes de tener relaciones sexuales

SI _____ NO _____

¿ Por qué? _____

13. Eres fiel a tu pareja

SI _____ NO _____

14. Sólo te atraen emocionalmente y sexualmente las personas de tu sexo opuesto.

SI _____ NO _____

15. Mantienes relaciones sexo genitales con personas de ambos sexos.

SI _____ NO _____

16. Mantienes relaciones sexo genitales con personas de tu mismo sexo.

SI _____ NO _____

17. Estarías de acuerdo en practicar sexo oral con tu pareja.

SI _____ NO _____

18. Estarías de acuerdo en practicar sexo anal con tu pareja.

SI _____ NO _____

19. Tienes dos o más parejas sexuales.

SI _____ NO _____

20. Visitas prostíbulos o casas de citas para realizar practicas rexo genitales.

SI _____ NO _____ ALGUNAS VECES _____

21. Utilizas algún tipo de droga que se inyecta.

SI _____ NO _____

22. Piensas que el SIDA puede adquirirlo otras personas menos tu.

SI _____

NO _____

23. Consideras importante informarse acerca del VIH/SIDA.

SI _____

NO _____

Por qué? _____

¡ Gracias por tu valiosa colaboración !