

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Durante los últimos 30 años, hubo importantes cambios en el comportamiento sexual de la población, en especial en los jóvenes, varones y mujeres. En los años cincuenta y comienzos de los sesenta, el sexo antes del matrimonio se consideraba un tabú y la mayoría de las y los jóvenes se comportaban de acuerdo a esta norma.

Las razones para abstenerse de tener relaciones sexuales antes del matrimonio eran que los y las jóvenes corrían el peligro de ser castigados si se descubrían sus conductas y por el riesgo de un embarazo no deseado. Desde los años 60, las normas y valores relativos a la sexualidad se modificaron y las relaciones sexuales de adolescentes, jóvenes y adultos son actualmente más aceptadas.

Hoy en día, los adolescentes inician su actividad sexual entre los 14 y 16 años. Un estudio cualitativo y cuantitativo en los municipios de La Paz, El Alto y Santa Cruz, establecen que el inicio de la actividad sexual en los adolescentes se da entre los 14 y 16 años de edad, o sea, cada vez en edades más tempranas, y en nuestra región Tarija no se queda al margen de estas estadísticas ya que se puede ver que cada vez existen embarazos a temprana edad. (Información estadística en Bolivia [www.http://geocities.com/adoles2html](http://geocities.com/adoles2html)).

Otro aspecto a tener en cuenta es que muchos de los jóvenes adolescentes durante sus primeras relaciones sexuales lo hacen sin protección, lo cual los vuelve vulnerables a contraer enfermedades de transmisión sexual y en muchos casos embarazos no deseados.

Desde la década de 1981, se comienza a conocer un nuevo problema de salud que afecta a la población mundial, “el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que rápidamente cobra gran cantidad de víctimas llegando a existir para finales de 1999, 18.8 millones de personas fallecidas por causa del virus”. (Enfermedades del SIDA, 2002 www.unaids.org/epidemic_update/report/).

Hoy el VIH se encuentra en los cinco continentes y se estima que hay más de 77 millones de personas de 15 a 49 años, que viven con VIH/SIDA, de los cuales 48% son mujeres. “La forma de transmisión más frecuente del VIH es por la vía sexual 92.1%, por transfusión sanguínea el 5.5% y por la vía perinatal el 2.4%”. (Transmisiones sexuales frecuentes, www.prb.org/Background_HIV_in_SSA el 26 de julio de 2002)

Como sucede en el ámbito mundial, el modelo de transmisión del SIDA en Bolivia ya se ha modificado. Al inicio de la epidemia, el SIDA fue más frecuente en la población homosexual, pero actualmente se observa una progresión constante de transmisión heterosexual. “Las personas infectadas y enfermas corresponden principalmente al grupo étareo de 20 a 49 años (89.3%), el 5.1% tiene menos de 20 años y el 5.5% entre 50 y 64 años”. (ONUSIDA Bolivia, 2006).

El primer caso de SIDA en Bolivia fue reportado en 1984; desde entonces las notificaciones aumentan de manera considerable cada año que pasa. Todos los departamentos de Bolivia declararon la presencia de personas infectadas con el VIH o enfermos con SIDA. “Desde el primer caso diagnosticado hasta el 2010 hay 5835 personas infectadas, la gestión con mayor incremento fue el 2009 con un total de 1.027 personas enfermas con VIH, durante el 2010 se registraron 945 casos, de los cuales 526 pertenecen a Santa Cruz, 199 a Cochabamba, 132 casos confirmados en La Paz en cuanto a cifras totales después de 26 años que está presente en el país la situación es similar, el mayor número de personas que viven con la enfermedad es en Santa Cruz con 3191 en total, Cochabamba con 1131, La Paz 894, Beni 145, Oruro 137, Chuquisaca y Tarija 118 casos cada uno, Potosi 53, Pando 48 infectados”. (SEDES, 2010).

Como también en Tarija el Programa de VIH/SIDA del Servicio Departamental de Salud (SEDES), reporta alarmantemente cada mes nuevos casos de personas que adquieren esta enfermedad. El año 2010 tienen registrados 21 casos positivos de

personas infectadas con el virus del VIH de los cuales 11 corresponden al municipio de Cercado, 7 a Yacuiba y 3 a Villamontes. (SEDES, 2010).

Las edades de los portadores del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) oscilan entre los 15 y 34 años, las cuales fueron transmitidas por relaciones sexuales excepción de un caso que fue por vía perinatal. . (SEDES, 2010).

Por lo tanto, es inminente seguir trabajando estos temas, ya que el VIH/SIDA en Bolivia es una realidad, su propagación o control depende de todos y de cada uno de nosotros, no simplemente de aquellas personas sexualmente activas.

A nivel mundial, nacional y local la epidemia del SIDA se ha convertido en un problema de salud pública y cada día se torna más difícil hacer entender a la población en riesgo, la gravedad del problema. Una sexualidad irresponsable, es una causa de riesgo para infectarse de VIH/SIDA entre los adolescentes y jóvenes.

Por todos los aspectos mencionados se formula el siguiente problema de investigación:

¿Qué actitud presentan los adolescentes de 4° de secundaria, frente a la enfermedad del VIH-SIDA en relación a sus pares, tanto de colegios fiscales como particulares de la ciudad de Tarija?

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

La razón fundamental para haber seleccionado a las actitudes como variable de estudio de la enfermedad VIH/SIDA es porque las mismas son una estructura psíquica completa, en la cual intervienen elementos cognitivos, afectivos y conductuales. Pero principalmente, las actitudes permiten predecir conductas. Y lo que busca este estudio es identificar qué conocimientos, sentimientos y conductas manifestarían los adolescentes hacia la enfermedad del VIH/SIDA, y a partir de la evaluación diagnóstica proponer un programa de prevención para el logro de una actitud positiva frente a la enfermedad del VIH/SIDA, en relación a sus pares.

Por lo tanto, generará beneficios expresados en proporcionar información válida y confiable a instituciones, padres de familia, profesores y autoridades en conjunto; los mismos que a partir de los resultados obtenidos podrán adoptar políticas de prevención enmarcadas a la realidad en que viven los jóvenes adolescentes, es decir, coadyuvar al desarrollo integral para una sexualidad sana y placentera, sin tabúes ni castigos.

Esta investigación también se justifica desde dos puntos de vista:

Desde el punto de vista **teórico**, el fin que persigue la investigación es el de brindar información teórica y actualizada a los padres de familia y otras instituciones encargadas del cuidado y formación de los adolescente. Por lo que ésta coadyuvará a la educación de los adolescentes, promoviendo actitudes positivas frente a la prevención y atención de la enfermedad del VIH/SIDA.

Desde el punto de vista **metodológico**, la investigación genera la aplicación de un nuevo instrumento de investigación para lograr un conocimiento válido y confiable dentro del área socioeducativa; así mismo, el trabajo no concluye como la mayor parte de documentos que se tienen en la carrera de psicología que terminan en un diagnóstico de la realidad sino que a partir del mismo se ha elaborado una propuesta para ser trabajada con los jóvenes que forman parte de la investigación dejando así una retroalimentación a sus conocimientos y actitudes.

En cuanto a su alcance, esta investigación abre nuevos senderos para que personas e instituciones interesadas en la realización de este tipo de trabajos y temáticas que aquí se plantea, sirva como marco referencial.

2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Qué actitud presentan los adolescentes de 4° de secundaria frente a la enfermedad del VIH-SIDA en relación a sus pares, tanto de colegios fiscales como particulares de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo General

Realizar un análisis comparativo de la actitud que presentan los adolescentes de 4° de secundaria frente a la enfermedad del VIH/SIDA en relación a sus pares, tanto de colegios fiscales como particulares de la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos Específicos

- ❖ Identificar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes.
- ❖ Describir los sentimientos que tienen los adolescentes.
- ❖ Valorar el componente comportamental de los adolescentes
- ❖ Proponer un programa de prevención para el logro de una actitud positiva frente a la enfermedad del VIH/SIDA.

2.3. HIPÓTESIS

Los adolescentes de 4° de secundaria tanto de colegios fiscales como particulares no presentan diferencias ya que ambos tienen una actitud negativa frente a la enfermedad del VIH/SIDA, caracterizada por un nivel de conocimiento bajo, sentimientos de indiferencia y una tendencia comportamental negativa caracterizada por el rechazo y la discriminación al grupo de pares.

2.4.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Actitud	Es una organización duradera de creencias y cogniciones en general dotadas de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido que predispone a una conducta	Componente Cognitivo	-Totalmente de acuerdo	-Conocimiento alto -Conocimiento medio -Conocimiento bajo
			-De acuerdo	
			-Medianamente de acuerdo	
			-En desacuerdo	
		Componente Afectivo	-Totalmente en desacuerdo	-Sentimiento de aceptación -Sentimiento de indiferencia -Sentimiento de rechazo
			- De Acuerdo	
			-Medianamente de acuerdo	
			-En desacuerdo	
		Componente Conductual	-Totalmente en desacuerdo	-Predisposición comportamental positiva -Predisposición comportamental intermedia -Predisposición comportamental negativa
			- De Acuerdo	
			-Medianamente de acuerdo	
			-En desacuerdo	
			-Totalmente en desacuerdo	

3.1. ADOLESCENCIA.

Período del desarrollo comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele iniciarse entre los 11 y los 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y se prolonga hasta la edad de 18 a 20 años, con la adquisición de la forma adulta completamente desarrollada. Durante este período el sujeto sufre profundos cambios desde el punto de vista físico, psicológico, emocional y de la configuración de su personalidad. (MASTERS, Johnson, 1994: 256)

La adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano. “Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando de esta manera precisar sus límites de manera exacta”. (Hamel y Cols, 1985:29)

Es la etapa en que el individuo deja de ser un niño, pero sin haber alcanzado aún la madurez del adulto. Sin embargo, es un tránsito complicado y difícil que normalmente debe superar para llegar a la edad adulta. Se considera que la adolescencia se inicia aproximadamente a los 12 años promedio, en las mujeres y a los 13 años en los varones. Este es el momento en que aparece el periodo de la pubertad, que cambia al individuo con respecto a lo que hasta entonces era su niñez.

3.1.1. Desarrollo Cognoscitivo.

La adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. Así su pensamiento es más objetivo y racional. El adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas. Es capaz de raciocinar de un modo hipotético deductivo, es decir, a partir de hipótesis gratuitas y, procediendo únicamente por la fuerza del mismo raciocinio, llegar a conclusiones que pueden contradecir los datos de la experiencia.

La adolescencia es también la edad de la fantasía, sueña con los ojos abiertos ya que el mundo real no ofrece bastante campo ni proporciona suficiente materia a las desmedidas apetencias de sentir y así se refugia en un mundo fantasmagórico donde se mueve a sus anchas.

Es también la edad de los ideales. El ideal es un sistema de valores al cual tiende por su extraordinaria importancia. El adolescente descubre estos valores y trata de conquistarlos para sí y para los demás. Aunque este hecho no afecta a todos los adolescentes. Depende de la formación recibida.

3.1.2. Desarrollo Motivacional.

Según Schneiders, (1980:14) en el adolescente sobresalen las siguientes características:

- **Necesidad de seguridad:** Se funda en un sentimiento de certeza en el mundo interno (estima de sí, de sus habilidades, de su valor intrínseco, de su equilibrio emocional, de su integridad física) y externo (económica, su status en la familia y en el grupo). El adolescente puede sufrir inseguridad por los cambios fisiológicos, la incoherencia emotiva o por la falta de confianza en los propios juicios y decisiones.
- **Necesidad de independencia:** Más que una existencia separada y suficiencia económica, significa, sobre todo, independencia emocional, intelectual, volitiva y libertad de acción. Se trata de una afirmación de sí.
- **Necesidad de experiencia:** Fruto del desarrollo y la maduración que en todos sus aspectos son dependientes de la experiencia. Este deseo de experiencia se manifiesta claramente en las actividades "vicarias" (TV, radio, conversación, cine, lecturas, juegos, deportes). Por esto mismo se meten en actividades poco recomendables: alcohol, drogas, etc.

- **Necesidad de integración (de identidad):** Que es un deseo inviolable y de valor personal.
- **Necesidad de afecto:** Sentir y demostrar ternura, admiración, aprobación.
(Dr. ROMERO, Juan 2007:11 <http://www.medicina.informacion.com>.)

3.1.3. Desarrollo Afectivo.

Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. Pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la vida del adolescente y su originalidad.

La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad. Mil cosas hay ante las que ayer permanecía indiferente y, hoy, patentizará su afectividad. Las circunstancias del adolescente, como la dependencia de la escuela, del hogar, le obligan a rechazar hacia el interior las emociones que le dominan. De ahí la viveza de su sensibilidad: al menor reproche se le verá frecuentemente rebelde, colérico. Por el contrario, una manifestación de simpatía, un cumplido que recibe, le pondrán radiante, entusiasmado, gozoso. El adolescente es variado en su humor.

3.1.4. Desarrollo Social.

Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. El adolescente tiene en su comportamiento social algunas tendencias que conviene reseñar:

A medida que crece, son mayores y más variadas sus experiencias sociales. Este mayor contacto con la sociedad favorece un conocimiento más real de la sociedad. Mayor conciencia de los demás, así como una progresiva conciencia de pertenencia a una clase social. Otras tendencias importantes son la madurez de la adaptación heterosexual, la búsqueda de status en el grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia.

En este proceso de socialización encontramos en el adolescente una serie de oscilaciones tales como: entre excitación y depresión: trabajo y ocio, buen humor y llanto. Entre sociabilidad e insociabilidad: delicados e hirientes, tratables e intratables. Entre confianza y desconfianza de sí mismos. Entre vida heroica y sensualidad.

En esta época aparecen rivalidades y luchas para obtener el poder y ejercerlo sobre los demás. Prueba sus fuerzas físicas y así se convierte en agresivo, lo que se manifiesta con ciertos actos exteriores (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas.

La situación del adolescente frente a la familia es ambivalente: Por una parte está la emancipación progresiva de la familia, lo que implica un riesgo; y por otra, el adolescente percibe que su familia es fuente de seguridad y ayuda, con miedo a perderla.

Durante la adolescencia, la escuela favorece la reorganización de la personalidad sobre la base de la independencia. La escuela facilita:

- La emancipación de los padres
- Un status autónomo fundado sobre su propia acción.
- La constitución de grupos
- Una mayor independencia volitiva al tratar con los adultos.
- Pero también la escuela puede presentar los siguientes obstáculos:
- Puede desatender problemas vitales (si se limita a lo intelectual)
- Ignora al estudiante como individuo (sólo exige rendimiento)
- Prolonga las relaciones adulto – niño.
- Algunas escuelas son el campo de batalla de contiendas ideológicas y políticas

Hemos de ver también las relaciones entre adolescentes: La amistad entre adolescentes se caracteriza por la sinceridad, el altruismo, la delicadeza. Se precian de tener los mismos gustos y opiniones, se imitan, se tienen mutua confianza, se quieren con exclusividad, se sacrifican unos por otros.

Entre ellos predominan los grupos primarios, se reúnen con frecuencia, participan de las mismas diversiones, peligros y emociones.

El grupo proporciona a los adolescentes bienes diversos:

- Les da sentimiento de seguridad, protección y solidaridad.
- Facilita las amistades
- Es una escuela de formación social
- Ayuda a emanciparse de sus padres
- Reduce el conjunto de frustraciones

(Romero, Juan, 2007: 11 <http://www.medicina.informacion.com>.)

3.1.5. Desarrollo Sexual.

La sexualidad del adolescente no es sólo un fenómeno psico-fisiológico, sino también socio – cultural. Los valores, costumbres y controles sexuales de la sociedad en que vive el adolescente determinan en gran parte su actitud y comportamiento psicosexual.

Todos los adolescentes en un momento dado se preocupan más o menos de su desarrollo sexual pero de ello no hablan espontáneamente sino en un clima de gran confianza. La tensión sexual que tiene todo adolescente es el resultado de tres tipos de estimulantes que operan de forma compleja: La acción del mundo exterior, la influencia de la vida psíquica y la acción del organismo.

En la adolescencia comienzan las primeras atracciones heterosexuales, la chica es más corazón y el chico es más cuerpo. La chica es más exhibicionista que el chico.

3.1.6. Desarrollo Moral.

La moral para los adolescentes no es una exposición de principios, ni un conjunto de convenciones sociales; es, ante todo, un comprometer todo su ser a la búsqueda de la imagen ideal de sí mismo, donde pone a prueba la fuerza de la voluntad, la solidez de las posibilidades y cualidades personales. Hay algunos valores morales que ellos prefieren por ser más brillantes, más nobles y porque exigen un don de sí más absoluto.

- El sentido del honor: sentimiento de la nobleza y de la dignidad del hombre frente al hombre.
- La sinceridad, signo de una personalidad que se afirma.
- La valentía, motor de muchos actos.
- La lealtad.

3.1.7. Desarrollo Religioso.

En la adolescencia se pone en movimiento exigencias particulares como el encuadramiento del propio yo en un mundo que tiene un sentido absoluto; estas exigencias hallan respuesta sólo en una específica dimensión religiosa. En esta edad, lo trascendente son afirmados como tales. Sin duda que para esto influye la educación dada por los padres, la ecuación de la escuela y el medio ambiente.

El grupo de compromiso en la fe ahonda la religiosidad del adolescente y lo abre a los demás. (Romero, Juan, 2000:11 <http://www.medicina.informacion.com>.)

3.1.8. Problemas frecuentes que atraviesan los adolescentes.

- **Problemas Emocionales**

Qué adolescente no se ha sentido tan triste que ha llorado y deseado alejarse de todo y de todos; pensando que la vida no merece la pena vivirla. Estos sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede esconderse bajo excesos alimenticios, problemas para dormir y preocupaciones excesivas sobre su apariencia física. También pueden expresarse estos trastornos en forma de miedos o ataques de pánico.

- **Problemas de Conducta**

Por un lado los adolescentes desean que sus padres sean claros y les suministren límites precisos pero cuando esto se realiza, ellos sienten que le quitan la libertad y no le permiten tomar sus propias decisiones.

- **Problemas Escolares**

Otro de los problemas puede ser la dificultad de integración al grupo de pares o conflictos con algún alumno, puede estar siendo acosado por algún compañero. Todas estas situaciones pueden hacer que concurrir al colegio se convierta en una experiencia solitaria y amenazadora.

Otros problemas pueden estar asociados a estados depresivos, ansiosos y a la falta de confianza en sí mismos para encarar los desafíos del aprendizaje escolar y el de hacerse de amigos.

- **Problemas Sexuales**

A veces los adolescentes son tímidos y están preocupados por su físico y esto lleva a que no hagan preguntas acerca del sexo a sus mayores. En otras oportunidades pueden recibir información errónea de sus amigos y compañeros.

En otras ocasiones, puede ocurrir que sus experiencias sexuales las realicen en situaciones de riesgo de embarazos no deseados o de posibles contagios de enfermedades de transmisión sexual. El frecuentar situaciones de riesgo puede indicar problemas emocionales o reflejar una necesidad de vivir al límite.

Las estadísticas muestran que los riesgos de la sexualidad son altos; entre los más destacados tenemos:

- Embarazos no deseados.
- Violación.
- Onanismo nocivo (masturbación).
- Enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, etc.

(HURLOCK Elizabeth, 1980: 86-87)

3.1.9. Adolescencia y sexualidad.

La O.M.S. define como adolescencia al “periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica” y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

La adolescencia es una etapa más del desarrollo evolutivo del ser humano y que viene cargado de fuertes cambios psicológicos y fisiológicos, en el que la sexualidad forma parte indisoluble del desarrollo normal del adolescente, entre otras.

Desde la primera infancia el niño experimenta sensaciones placenteras al tocarse, al ser acariciado y besado, y observa las expresiones de afecto y las actitudes sexuales de los adultos que le rodean, que en ocasiones trata de imitar.

Durante el periodo prepuberal se establece la identidad sexual y el niño continúa recogiendo información sobre la sexualidad a partir de los amigos, los maestros y la familia. En esta etapa el niño puede desarrollar una actitud negativa hacia la

sexualidad si descubre que los adultos evitan hablar de las partes de su cuerpo relacionadas con la sexualidad, las describen con eufemismos o rechazan cualquier tipo de conducta relacionada con el sexo, incluidas las que el niño puede manifestar espontáneamente, como la erección.

3.1.10. Factores que Influyen en la Conducta Sexual de los Adolescentes

Entre algunos factores se puede indicar:

a) Tendencia a Imitar el Modelo de Conducta sexual.

Actualmente es muy frecuente la utilización del sexo con fines comerciales en los medios de comunicación, lo que induce a la práctica sexual y transmite una imagen alterada de la conducta sexual, basada en la violencia, el sexo como mero divertimento y el sexo “sin culpabilidad”.

b) Mayor libertad sexual.

Preocupa el hecho de que la mayor libertad sexual de que gozan los jóvenes en nuestra sociedad puede estar favoreciendo el inicio muy precoz de la actividad sexual. Se ha comprobado que tanto la educación en un ambiente familiar muy permisivo, como en una familia con normas muy rígidas o autoritarias conduce a una mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales.

Los hijos de padres moderados en cuanto a sus pautas educativas y que dosifican la libertad de acuerdo con la edad de sus hijos, son los que inician más tarde las relaciones sexuales. Por otro lado, se ha observado una asociación entre inicio precoz de relaciones sexuales en la adolescente (15 años o antes) y una mayor incidencia de problemas ginecológicos y psicosociales en la vida adulta (actitud negativa hacia su propio cuerpo, conductas fuera de norma, fracaso en los estudios, etc.).

3.1.11. Actitudes y Valores Sobre el Comportamiento Sexual.

La decisión del adolescente de tener relaciones sexuales cuando se siente atraído por alguien dependerá de parámetros como: expectativas sobre el nivel de estudios (los adolescentes que piensan ir a la universidad retrasan más tiempo su primera relación sexual) y sus actitudes y valores respecto a la sexualidad, que pueden a su vez estar influenciados por las actitudes familiares y culturales.

En un reciente estudio, basado en modelos de regresión múltiple, Werner (2005) sobre una muestra de 1600 adolescentes, demuestra que las actitudes sexuales en la mujer están más influenciadas por factores familiares (comunicación con los padres, participación de éstos en la educación sexual, etc.), mientras que en los hombres está más influenciada por factores individuales (edad, religión, autoestima, etc.).

En general, la mujer tiene una sexualidad menos centrada en los aspectos genitales que el hombre y valora más los aspectos de relación. (HURLOCK, E. 1980: 86,87)

3.2. VIH/SIDA.

EL síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es hoy propósito de investigación científica mundial. Todos hablan del SIDA y la gran mayoría lo hace bajo una premisa equivocada. Se sigue pensando, y es una concepción que debemos erradicar, que el SIDA es una enfermedad exclusiva de un grupo social y muy particularmente de hombres homosexuales, a quienes se les ha etiquetado de "grupo de Alto Riesgo".

El agente causal del SIDA es un virus descrito por primera vez en 1980 y aislado en 1984 identificada con la sigla VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Analizando cada una de las palabras que forman la sigla SIDA. Tenemos:

SÍNDROME.- Es un conjunto de síntomas que configuran un cuadro clínico y siguen el mismo proceso fisiopatológico.

INMUNO.- Proviene de inmunidad, es decir la capacidad de respuesta del cuerpo para contrarrestar el ataque de un agente agresor (bacterias, hongos, virus, etc).

DEFICIENCIA.- Asociada a la palabra anterior; el sistema inmunológico de la persona es incapaz de defenderse correctamente.

ADQUIRIDA.- Indica que la diferencia inmunológica no se debe a causas genéticas, sino que la contrajo durante su vida extrauterina.

El SIDA.- es una alteración permanente e irreversible del estado de salud, cuya causa se asocia a determinados hábitos, prácticas y estilo de vida; es una enfermedad debida a la destrucción progresiva del sistema inmunitario por un virus.

González (1998: 15), señala que no existen diferencias orgánicas, fisiológicas o anatómicas entre heterosexuales y homosexuales que hagan a éstos más susceptibles a adquirir el SIDA "Es criminal seguir señalando a un grupo como el responsable de la enfermedad". En África, de donde probablemente proviene el SIDA, no existen distinciones de sexo o prácticas sexuales. Es simplemente una enfermedad de transmisión sexual que lo mismo se presenta entre hombres que entre mujeres, sean homo o heterosexuales. En América Latina, la mayoría de los casos de infección por el VIH aparecieron inicialmente entre homosexuales cuya prevalencia de infección oscilaba entre 7 y 40%.

EL SIDA, no se transmite a consecuencia de ningún tipo de contacto casual. El virus no se transmite en el vómito, las heces fecales o secreciones nasales, aunque el virus aparece en pequeñas cantidades en las lágrimas de transmisión por estos fluidos.

Tampoco hay evidencia de que la picadura de mosquito u otro insecto transmita el virus. Es muy probable que la mujer embarazada que está infectada con el virus del SIDA le pase al feto, debido al contacto entre la corriente circulatoria de la madre y de la criatura.

La epidemiología del VIH no se puede comprender si no se conocen sus mecanismos de transmisión. Los resultados de investigaciones epidemiológicas y de laboratorio muestran que los tres mecanismos básicos de transmisión del virus son: El contacto sexual, la transfusión sanguínea y la transmisión perinatal. Una vez que el individuo ha desarrollado el SIDA la supervivencia promedio es de 1 a 3 años. (Módulos de aprendizaje para prevención y control de la infección VIH. 2002:7 <http://www.programa> de salud organización panamericana/asp.es)

3.2.1. Manifestaciones Clínicas

No todos los pacientes infectados con el virus VIH tienen sida. El criterio para diagnosticar el sida puede variar de región en región.

Período de incubación. Es el tiempo que transcurre entre el contacto con un agente infeccioso y la aparición de los primeros síntomas, es muy variable en el SIDA y se extiende desde algunos meses hasta doce años. El período de incubación promedio es de dos a tres años.

Una vez contagiada, puede desarrollarse la enfermedad de varias formas: un pequeño grupo, llamados portadores asintomáticos no presentan manifestaciones clínicas aparentes, pero son transmisores de la enfermedad; otra gran mayoría de los enfermos presentan entre los 13 y 14 días que siguen a la inoculación del virus, un cuadro agudo y pasajero muy parecido a una infección gripal con fiebre. Dolor de cabeza, muscular y articular e inflamación de los ganglios de las axilas, cuello e ingle.

Posteriormente, después de un período variable da hasta 6 meses, el enfermo puede evolucionar presentando un cuadro asintomático portando el virus y desarrollando cuadros clínicos intermedios caracterizados por evolucionar de las siguientes formas:

a) Síndrome de Linfadenopatías, que consisten en la inflamación de los ganglios linfáticos mayores de un centímetro de tamaño, en dos localizaciones extrainguinales (axila, cuello, codos, etc.), por un período de 3 meses. El enfermo presenta, además, prueba positiva para el virus (serología positiva para VIH).

b) Complejo relacionado con el SIDA (ARC) que consiste en sudores nocturnos, fiebres intermitentes por períodos mayores de 3 meses, pérdida de peso superior al 10%, diarreas durante más de un mes sin causa aparente e inflamación de los ganglios.

Por otra parte quienes desarrollan plenamente la enfermedad se caracterizan por desarrollar enfermedades malignas poco frecuentes y por ser presa fácil de ciertos microorganismos (hongos, parásitos, bacterias y virus) que en los enfermos desencadenan cuadros clínicos diseminados y fulminantes, debido a la deficiente defensa inmunológica que presenta.

El diagnóstico del VIH consiste en la realización de pruebas en líquidos corporales como sangre, saliva y orina para determinar la presencia del virus. También se aplica la técnica inmunoabsorbente con participación de enzimas que es la conocida prueba o test de ELISA, el cual es repetidamente positiva que da paso para confirmar con una prueba más específica para VIH, como la Western Blood que son los dos métodos hasta ahora conocidos para detectar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). (<http://www.Institute Biological Research VIH/SIDA>, Julio 2004.)

3.2.2. Etapas de la infección del VIH/SIDA

Etapas de exposición: Cuando un individuo presenta un comportamiento que lo pone en contacto con el virus y puede llevar a la infección.

Etapas de transmisión: Es importante aclarar que para que haya la transmisión del VIH deben cumplirse tres requisitos:

- Que haya una puerta de salida, persona con VIH y pueda transmitir el virus a través de una herida o corte.
- Que haya virus en cantidad suficiente. Por ejemplo, la saliva contiene VIH, pero para que una persona contraiga VIH a través de la saliva, tendría que tragarse tres

litros de saliva de una persona que vive con VIH/SIDA. Pero el riesgo aumenta si las dos personas presentasen heridas en la boca. También las lágrimas y el sudor contienen el virus, pero no en cantidad suficiente para transmitirlo.

- Que haya una puerta de entrada, persona sana que a través de una herida, relación sexual sin preservativo, o que pueda recibir transfusión o usar material corto punzante contaminado.

3.2.3. Conducta Sexual y SIDA

Entre las conductas sexuales consideradas riesgosas en la transmisión del SIDA suelen mencionarse las relaciones sexuales extramaritales, que suponen riesgo potencial de infección para el compañero monógamo. Es potencialmente riesgoso el coito anal, conducta que se considera particularmente rara en la población heterosexual, cuestión que parece formar parte de un estereotipo cuyas consecuencias reales no son del todo confiables.

Según Gardner y Wilcox (1993: 975) esta conducta sexual no es nada rara entre adolescentes y adultos heterosexuales. También supone gran riesgo el sexo con prostitutas, aun cuando parece que la transmisión del VIH es mucho más común de macho a hembra que al revés. Otro factor de riesgo es la interacción entre grupos de orientación sexual distinta, especialmente drogadictos intravenosos y homosexuales. Finalmente, los contactos sexuales durante visitas a ciudades con alta prevalencia del VIH es otro factor de riesgo.

3.2.4. El VIH/SIDA en Bolivia

Según datos proporcionados por el Programa Nacional de VIH/ITS/SIDA la situación muestra que desde la divulgación del primer caso de SIDA en el país, ocurrida en 1.984, hasta los últimos reportes a septiembre 2008 se han registrado 3.588 personas con VIH/SIDA, de las cuales: 31.6 por ciento son casos de SIDA, 68 por ciento personas VIH positivas.

Se estima que para cada caso reportado existen 10 casos que no fueron diagnosticados. (Programa Nacional de VIH/ITS/SIDA. Diciembre, 2008, <http://www.com/asp/enft.asp>)

De los casos reportados desde 1984 hasta el 2004 (1.460), 254 han fallecido, lo que determina una letalidad del 18 por ciento durante 20 años, en 11 años de la epidemia, se ha modificado la cantidad de mujeres infectadas con la relación de dos hombres por cada mujer.

La estructura demográfica de nuestro país, con una población predominantemente joven, en la que el grupo de 15 a 49 años representa casi el 40 por ciento del total de la población del país (según proyecciones INE para el año 2005), sumado a la escasa educación sexual, barreras culturales, y concepciones erróneas sobre el SIDA incide en el elevado riesgo que tiene este grupo de población, comprobado en los registros de notificación, en los cuales el 85 por ciento de los casos estaban comprendidos entre los 20 y 49 años de edad.

Por medio de relaciones sexuales se han transmitido el 89% de la población infectada, por vía parenteral o sanguínea 1%, mientras la transmisión perinatal, de madre a hijo, se sitúa alrededor al 2.1% y finalmente el 7.9% corresponde a causas desconocidas.

3.2.5. Riesgo y Vulnerabilidad del VIH/SIDA

En la década de 1981, cuando el VIH/SIDA fue identificado por primera vez, las autoridades de salud pública pensaron que podrían detener su propagación informando a la población sobre la forma de transmisión del virus y la manera de evitar el contagio, y protegiendo los suministros de sangre.

Sin embargo, a finales de la década de 1981, cuando la epidemia aumentó y empezó a atacar no sólo a los grupos con conductas de alto riesgo sino también a la población general, especialmente a los marginados y a los pobres, los profesionales de la salud pública se dieron cuenta de que necesitaban entender mejor las causas de la infección individual, así como los factores determinantes generales de la pandemia. Sabían que

la transmisión del VIH estaba vinculada a conductas de riesgo específicas, pero también comprendían que dichas conductas estaban influenciadas por factores sociales que determinaban la vulnerabilidad de las personas a la infección.

En todo el mundo, el coito es la forma más frecuente e importante de transmisión de la infección por VIH. A causa de los tabúes sociales y del hecho de la conducta sexual y la comunicación al respecto, es un asunto delicado. Siendo que las autoridades de salud pública y los educadores a menudo afrontan graves problemas en sus actividades de prevención y control, sobre todo cuando se trata de jóvenes de 10 a 24 años.

Teniendo en cuenta que la principal vía de transmisión del VIH, en nuestro país, es la vía sexual, es necesario recordar que la conducta sexual es en gran parte aprendida, es decir, es un producto sociocultural que evoluciona con el ser humano reflejando la ideología de diversos momentos históricos por los que pasa la humanidad.

3.2.6. El VIH/SIDA y los Adolescentes

El descuido en la educación afectivo-sexual de los adolescentes y jóvenes se perfila sin duda, como una de las causas más importantes de la frecuencia con que se llevan a cabo conductas sexuales de riesgo, siendo esta etapa, clave en el comienzo de las relaciones sexuales. A pesar de que algunos sectores de la sociedad prefieren pensar que las relaciones sexuales sólo se inician a partir de la mayoría de edad, los datos sobre la prevalencia del SIDA y de embarazos no deseados muestran claramente que esto no es así.

Actualmente se presume que los jóvenes adolescentes, tienen información acerca del SIDA y saben cuáles son las conductas de riesgo y las conductas seguras; pero a la hora de la verdad, muchos se encuentran con numerosos obstáculos y dificultades para realizar una conducta sexual determinada. La tasa de infección por el VIH se está incrementando rápidamente. El 20% de los casos de SIDA se dan alrededor de la segunda década de la vida y probablemente contrajeron el virus durante su

adolescencia. (DELVAL Juan, 1994 “Informaciones sobre el SIDA <http://www.com/asp/SSA>).

3.2.7. La **Juventud** y Niñez en Situación de Riesgo

En algunas partes del mundo la proporción de la población adulta total que vive con el VIH/SIDA se ha estabilizado o ha empezado a disminuir, pero esa buena noticia puede estar ocultando una verdad desagradable; los casos nuevos de infección en los **grupos** de edad más jóvenes no disminuyen o incluso aumentan paralelamente a la disminución de la proporción global de seropositivos.

Desde el principio de la epidemia, se estima que 3,8 millones de menores de 15 años se han infectado por el VIH y que 2,7 millones han fallecido. Más del 90 por ciento de esos niños han contraído el virus a través de sus madres seropositivas, durante el **embarazo**, **parto** o lactancia. Los niños también se ven afectados por la epidemia a través del impacto en sus padres, hermanos y amigos. Más de 8 millones de niños han perdido a su madre a causa del SIDA, muchos de ellos también perdieron a su padre. Por otro lado, en casi todo el mundo, la mayoría de los casos nuevos de infección se dan entre muchachos entre 15 y 24 años, cuando no más jóvenes. En un estudio realizado en Zambia, más de 12 por ciento de las **adolescentes** de 15 y 16 años examinados en consultorios de atención prenatal estaban ya infectados por el VIH.

No cabe duda de que en todo el mundo hay jóvenes que adoptan comportamientos sexuales arriesgados. Entre los y las jóvenes, el incremento de **enfermedades de transmisión sexual** registrado en diferentes partes de todo el mundo apunta a que mantienen relaciones sexuales sin protección (uso de preservativo).

En ocasiones, los jóvenes conocen los **riesgos** asociados al **sexo** sin protección, pero no creen que el SIDA les afectará. En muchos países, sin embargo, los jóvenes ven negado su acceso a la **educación** sobre el VIH, incluidos los comportamientos **seguros**, o no pueden comprar preservativos o acudir a ambulatorios de atención contra las **enfermedades de transmisión sexual**. Ello se debe por lo general a que

los adultos de mayor edad creen que esa educación y esos servicios incitan de hecho a los jóvenes a aumentar su actividad sexual.

En realidad, según un estudio de ONUSIDA basado en datos de cuatro continentes, una educación sexual de buena calidad contribuye a retrasar las primeras relaciones íntimas y se traduce en niveles más bajos de embarazos y de ETS entre los adolescentes. (Marquez, Phillippi, 1995 <http://www.información.com.bo/search?client=firefox>)

3.3. LAS ACTITUDES

Las actitudes son predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos o conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.

Las opiniones son ideas que posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva por su parte los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan hacia un objeto, sujeto o grupo social y las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios.

Allport, (1987) define: *“Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden”*

Rodriguez (1986) define: *“la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto”*.

3.3.1. Componentes de la Actitud.

Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables. Está compuesta de tres componentes implícitamente unidos el uno con el otro; Cognitivo, Afectivo y Conductual.

3.3.1.1. Componente Cognoscitivo.

Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

3.3.1.2. Componente Afectivo.

El componente afectivo se refiere al sentimiento de aceptación o de rechazo que una persona experimenta hacia un objeto actitudinal específico, este componente tiene un valor muy importante ya que puede existir actitudes sin cogniciones pero no puede haber actitudes sin un componente afectivo. La actitud del individuo está determinada fundamentalmente por el sentimiento a favor o en contra, de ese objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

3.3.1.3. Componente Conductual.

Está definido como la predisposición a comportarse tomando en cuenta sus creencias, opiniones, sentimientos; si una persona considera que algo es negativo y peligroso sentirá rechazo hacia ello y tenderá a “evitarlo”, por el contrario, si le resulta positivo

y le produce sentimientos de agrado o atracción, tenderá “poseerlo” Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera.

Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.

Estos tres componentes deben ser congruentes entre sí, es decir, si un individuo tiene creencias negativas con respecto a determinado objeto, también debería tener sentimientos de rechazo y conductas en contra de ese objeto social.

Estos tres componentes se refuerzan mutuamente formando una estructura de conjunto que tiende a permanecer estable. El cambio en cada uno de ellos también influye en la respuesta de los demás. (RODRIGUEZ, A. 1986:334)

3.3.2. ACTITUD Y CONDUCTA.

A una persona de la cual, conocemos cuáles son sus actitudes no podemos predecir cuál va ser su conducta. Son muy pocos los casos en los que podemos establecer relaciones entre actitudes y conducta. Para poder llegar a prever una conducta, tenemos que conocer muy profundamente unas actitudes muy específicas.

Una serie de factores determinan la efectividad de la comunicación persuasiva para cambiar actitudes. Se incluyen la fuente del mensaje, el modo de expresarlo y las características de la audiencia. Normalmente lo que la gente dice sobre sus propias actitudes suele ser mentira y esto sucede porque no conocemos casi ninguna de nuestras actitudes respecto a los objetos. Y no conocemos estas actitudes hasta que tenemos que actuar frente a un objeto. Con esto se deja aún más claro que las actitudes no influyen tanto en la conducta; es más, a veces, incluso son las conductas las que determinan las actitudes

3.3.3. CAMBIO DE ACTITUD.

Cuando se produce un cambio en el componente cognitivo puede conllevar también a un cambio en el componente afectivo y en el componente relativo a la conducta. Si por ejemplo si una persona está a favor de la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA y asiste a una conferencia con temáticas sociales relacionadas a estos temas, y sus efectos que esto puede producir a la persona discriminada, su percepción puede cambiar y tener una actitud de rechazo hacia la discriminación.

De igual forma si se da un cambio en el componente afectivo la persona puede experimentar sentimientos de aceptación hacia determinado fenómeno social, el cual en un principio era rechazado por una serie de defectos, ahora se percibirá en él cualidades que no se percibían anteriormente.

En el mismo orden si el cambio es en el componente conductual, la persona necesariamente deberá reorganizar los componentes cognitivos y afectivos, la teoría de la disonancia cognitiva afirma que el cambio de actitud se puede dar cuando dos cogniciones se encuentran en relación disonante.

Según Feistenger, la disonancia cognitiva, consiste en que los individuos siempre tiene dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen o están en desacuerdo, lo cual ocasiona que se sientan incómodos psicológicamente, e intenten reducirla o eliminarla en tanto las cosas que la aumentan.

3.3.4. MEDICIÓN DE LA ACTITUD.

Si se quiere medir una actitud se debe diseñar que mida precisamente eso: actitudes; ahora bien, puesto que las actitudes no son susceptibles a observación directa, su existencia e intensidad deben inferirse de lo que puede ser observado, por lo que se deban elegir conductas que sean aceptables como base de inferencia de las actitudes.

Casi todas las escalas de actitudes están constituidas por fases, afirmaciones o proposiciones frente a las cuales los interrogados indican de un modo u otro su acuerdo (aceptación o aprobación), o su desacuerdo (rechazo o desaprobación).

Un método para medir las actitudes es el propuesto por Likert, donde el individuo se ve confrontado a una serie de opiniones, pero en vez de indicar solamente si está de acuerdo o no con ellas pueden escoger entre cinco opciones: 1, totalmente de acuerdo; 2, de acuerdo; 3, medianamente de acuerdo; 4, en desacuerdo; 5, totalmente en desacuerdo. (LINDGREN. H, 1979: 102).

Sin embargo, para una mejor medición de las actitudes es recomendable que estas se realicen por los componentes que presentan, es decir: la cognoscitiva, afectiva y conductual, cada uno de estos componentes pueden arrojar datos diferentes tomando en cuenta el tema que se quiere medir como en nuestro caso las afirmaciones serían dirigidas hacia la enfermedad del VIH/SIDA.

La investigación realizada pertenece al área de la psicología social ya que es la ciencia que estudia los fenómenos sociales e intenta descubrir las leyes por las que se rige la convivencia. Investiga las organizaciones sociales y trata de establecer los patrones de comportamientos de los individuos en los grupos, los roles que desempeñan y todas las situaciones que influyen en su conducta; en este caso el objeto de estudio son las actitudes de los adolescentes con respecto a la enfermedad del VIH/SIDA, por lo que las actitudes se constituyen en uno de los objetos principales de estudio de la psicología social contemporánea, ello implica medir y valorar las características sobre las opiniones, los sentimientos y las conductas, en este caso, aquellas que se relacionan con el VIH/SIDA durante la adolescencia en relación a sus pares.

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Por sus características, el presente trabajo se tipifica como una investigación:

Descriptiva, porque tiene como objetivo central lograr la caracterización de un hecho dentro de un contexto; en este caso, describir la actitud de los adolescentes de cuarto de secundaria frente a la enfermedad del VIH/SIDA, en relación a sus pares, tomando en cuenta cada uno de sus componentes: el cognitivo, afectivo y comportamental.

Comparativa, porque su principal objetivo es identificar diferencias y semejanzas de un determinado evento con respecto a la aparición de otro. Es decir que a partir de la información recogida, se realizó una comparación de la información de la actitud frente al SIDA obtenida tanto de los colegios fiscales como particulares, tomando en cuenta el componente cognitivo, el componente afectivo y la predisposición comportamental frente a la enfermedad del VIH/SIDA en relación a sus pares.

Propositiva, porque a partir de la evaluación diagnóstica de las actitudes de los adolescentes se elabora una propuesta de prevención para el logro de una actitud positiva frente a la enfermedad del VIH/SIDA que responde a la problemática con

respecto a la enfermedad. Pues uno de los principales objetivos de la investigación no sólo se constituye en realizar buenos diagnósticos, sino también en intentar transformar la realidad social.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para efectos de la presente investigación, la población está constituida por todos los estudiantes de cuarto de secundaria de colegios fiscales y particulares, tanto del turno de la mañana como los de la tarde.

En el caso de los colegios fiscales, actualmente se tiene registrado 34 establecimientos educativos con un total de 1924 estudiantes de cuarto de secundaria, mientras que los colegios particulares alcanzan a 11 establecimientos educativos con 490 estudiantes.

De manera general, la población está constituida por 45 establecimientos educativos en la ciudad de Tarija, los cuales se detallan a continuación:

Cuadro N° 1
Unidades Educativas Fiscales y Particulares

Nro.	UNIDADES EDUCATIVAS FISCALES	TURNO	ALUMNOS SECUNDARIA ^{4°}
1	Juana Azurduy De Padilla 2	Tarde	21
2	Tarija 1	Mañana	24
3	San Jerónimo	Tarde	16
4	Octavio Campero Echazu	Tarde	13
5	José Manuel Ávila	Mañana	31
6	Esteban Migliacci	Tarde	27
7	José Naval Monzón Cardozo	Tarde	38
8	Narciso Campero 2	Mañana	79
9	La Paz	Mañana	24
10	Juan XXIII 2	Mañana	42
11	Eulogio Ruiz	Mañana	25
12	San Roque	Mañana	53
13	María Laura Justiniano 2	Tarde	56
14	San Jorge 1	Tarde	40

15	San Jorge 2	Mañana	18
16	Bolivia	Mañana	45
17	Lindaura Anzoategui De Campero 1	Mañana	65
18	Nacional Eustaquio Méndez	Mañana	69
19	Julio Calvo	Mañana	51
20	José Manuel Belgrano	Mañana	122
21	José Manuel Belgrano	Tarde	106
22	Lindaura Anzoategui De Campero	Tarde	146
23	Tarija	Mañana	127
24	Avelina Raña 2	Mañana	67
25	Nacional San Luis	Mañana	123
26	Castelfort Castellanos 1	Mañana	29
27	Tercera Orden Franciscana 1	Mañana	70
28	Jorge Araoz Campero	Tarde	29
29	Nazaria Ignacia March	Tarde	30
30	La Salle Convenio	Tarde	104
31	Santa Ana	Mañana	67
32	Hna. Teresa de Calcuta	Mañana	33
33	Juan Pablo II	Tarde	57
34	Humberto Porto Carrero 2	Tarde	77
UNIDADES EDUCATIVAS PARTICULARES			
1	Alemán del Sud	Mañana	20
2	Hno. Felipe Palazón	Mañana	51
3	La Salle	Mañana	51
4	Zuriel	Tarde	118
5	El Huerto	Tarde	4
6	San Bernardo de Tarija	Tarde	127
7	San Andrés	Mañana	2
8	Evangélica Bautista	Tarde	31
9	Bancario 2	Mañana	32
10	Sagrado Corazón de Jesús	Tarde	39
11	American School Tarija	Mañana	15

Fuente de información: SIE-RUDE 2010 Inicio de Gestión

4.2.1. MUESTRA Y CRITERIO DE SELECCIÓN

Para la presente investigación se tomó un criterio muestral cuantitativo del 20% de colegios fiscales y 20% de colegios particulares, tomando en cuenta que se trata de un estudio de carácter comparativo.

En este sentido, para el presente trabajo de investigación, el 20% lo constituyen 6 unidades educativas fiscales y 2 unidades educativas particulares. Por lo que la muestra está establecida por un total de 8 unidades educativas.

El tipo de muestreo utilizado fue el **probabilístico**, en el cual se optó por el método aleatorio simple y el estratificado.

En primera instancia se utilizó el muestreo **estratificado** con la intención de dividir la población en dos estratos, en este caso uno de los estratos lo constituyeron las unidades educativas fiscales y otros las unidades educativas particulares, que por sus características poseen gran homogeneidad respecto a su edad y nivel educativo.

Posteriormente y para la selección de las unidades educativas, se utilizó el **aleatorio simple** donde todas las unidades tuvieron, por su condición, la misma probabilidad de ser elegidas para formar parte del trabajo de investigación, con este método se garantiza la representatividad de la muestra en relación a la población

A continuación se presenta el detalle de las unidades educativas seleccionadas y la cantidad de estudiantes con los que se llevó adelante el proceso de investigación.

Cuadro N. 2

Colegios que se constituyen en unidades de análisis

Colegios Fiscales	Turno	Total
Juan Pablo II	Tarde	57
Esteban Migliacci	Tarde	27
San Roque	Tarde	53
José Manuel Ávila	Mañana	31
Eustaquio Méndez	Mañana	69
Juan XXIII	Mañana	42
Total		279
Colegios Particulares		
Sagrado Corazón de Jesús	Tarde	39
UBEET	Tarde	30
Total		69

Una vez seleccionadas las unidades educativas, se procedió a trabajar con todos los estudiantes de cuarto de secundaria de las mismas, los cuales hacen un total de 348 sujetos muestrales.

4.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La presente investigación tiene un enfoque **cuantitativo**, ya que el tratamiento de los datos, tiene características estadísticas-numéricas, pues se identificaron porcentajes de respuestas de cada uno de los componentes de la actitud evaluada. Dentro de los métodos utilizados se tienen:

El Método Teórico, permite desarrollar una teoría sobre el objeto de estudio. Dentro de éste, se encuentra los métodos lógicos que son todos aquellos que se basan en la utilización del pensamiento en sus funciones de deducción, análisis y síntesis, elementos que participaron en todo el trabajo.

La **deducción** porque se propuso una hipótesis como consecuencia de una inferencia que es una suposición del conjunto de datos empíricos o de principios y leyes más generales, el **análisis** de los datos y las referencias teóricas del mismo, como a su vez la síntesis en la elaboración de todo el informe de investigación presentado.

El Método Empírico, estos métodos posibilitan revelar las relaciones esenciales y las características fundamentales del objeto de estudio, accesibles a la detección sensorial. Este requisito hace que la información obtenida esté fundada en la realidad y no en prejuicios o creencias personales del investigador.

La recolección de datos permite la intervención, registro, análisis, interpretación y transformación de la realidad en el proceso de investigación, apoyando la práctica de investigación.

Estadístico, porque a través de tablas y cálculos matemáticos se plasmó la información recabada en la presente investigación, a partir de la aplicación del instrumento “escala de actitud”.

En el presente trabajo de investigación la información recogida fue procesada a través del paquete estadístico SPSS, en el que se calcularon frecuencias, tablas de doble entrada de los datos recogidos.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la del cuestionario estructurado que consiste en la formulación de preguntas con alternativas de respuestas cerradas, ya sean afirmativas o negativas. Para ello se recurrió a la utilización de la **Escala de Lickert** que se constituye como uno de los elementos más empleados para medir las actitudes, que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se los administra.

El sujeto da respuesta eligiendo uno de los cinco puntos de la escala presentada. A cada punto se le asigna un valor numérico, así se obtiene una puntuación respecto a la

afirmación y al final la puntuación total sumandos, obtenidas en relación a todas las afirmaciones; en este caso se utilizó para valorar las actitudes de los adolescentes de cuarto de secundaria frente a la enfermedad VIH/SIDA en su grupo de pares.

El **instrumento** utilizado es la “escala de actitud frente al VIH/SIDA”, que consiste en cinco afirmaciones, cada afirmación tiene cinco alternativas donde se evalúa la intensidad de la actitud que posee 5= Totalmente de acuerdo, 4= De acuerdo, 3= Medianamente de acuerdo, 2= en Desacuerdo y 1= Totalmente en desacuerdo. Es un instrumento con valoración de alto, medio y bajo en cuanto al conocimiento que se tiene hacia dicho tema planteado; de igual forma, tiene una valoración de aceptación, indiferencia o rechazo en lo afectivo y por último se valora la conducta de forma positiva, neutra o negativa; por lo cual este instrumento fue elaborado cuidadosamente para responder a los objetivos planteados.

El instrumento elaborado fue evaluado por un docente con experiencia dentro del área de la psicología social, dando su valoración correspondiente acerca del instrumento (ver anexos).

4.4. PROCEDIMIENTO Y DESARROLLO DE LAS DIFERENTES ETAPAS

El procedimiento de la investigación pasó por las siguientes fases:

Fase I.- Revisión bibliográfica

Corresponde a la revisión del material bibliográfico para formar el marco teórico de la investigación que coadyuvará para realizar el análisis de los datos obtenidos.

Fase II.- Elaboración y Validación del Instrumento. En esta fase se diseñó y elaboró el instrumento que consiste en un cuestionario con preguntas, sobre la actitud frente a la enfermedad del VIH/SIDA que presentan los adolescentes de secundaria en relación a sus grupos de pares. Para luego ser validado por parte de un docente experto en la materia antes de su aplicación a la muestra, por el Licenciado Bismark Gutiérrez.

Fase III.- Prueba Piloto

Para poder detectar la existencia de algunas deficiencias en el cuestionario, se llevó a cabo una prueba piloto del instrumento, a un número reducido de adolescentes de las unidades educativas pertenecientes a 4º de secundaria tanto de colegios fiscales y privados, permitiendo detectar las dificultades que podrían surgir, luego en la aplicación.

Fase IV.- Aplicación de los Cuestionarios.

En esta fase se aplicó el instrumento en cada una de las Unidades Educativas tanto fiscales como privadas, destacando la colaboración de los directores y profesores de cada establecimiento y la predisposición de los estudiantes para el llenado del mismo con lo que se logró culminar satisfactoriamente esta fase.

Fase V.- Análisis e Interpretación de los Resultados.

A partir de los datos obtenidos en la tabulación se procedió al análisis de la información tomando en cuenta los objetivos de la investigación.

Fase VI.- Elaboración de la propuesta de prevención.

En base a la evaluación diagnóstica obtenida de las actitudes, se propuso un programa de prevención, para el logro de una actitud positiva frente a la enfermedad de VIH/SIDA, tomando en cuenta cada uno de los componentes y temas que necesitan de apoyo

Fase VII.- Conclusiones y Recomendaciones.

Finalmente se redactaron las principales conclusiones a las cuales se arribaron en la presente investigación, dando respuesta a los objetivos planteados; así mismo, se elaboró las recomendaciones sobre la temática abordada.

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para presentar los datos de esta investigación relacionada a la actitud de los adolescentes frente a la enfermedad del VIH-SIDA, se trabajó con alumnos de 4° de secundaria de colegios fiscales y particulares. El capítulo presenta los resultados de acuerdo al orden en que fueron planteados los objetivos específicos, para finalmente concluir con el objetivo general.

A la vez, se organizó el análisis de datos de acuerdo a cada componente de la actitud, empezando por el componente cognitivo el que llega a identificar los conocimientos y pensamientos de los adolescentes.

Se sigue con el componente afectivo, que permite indagar las emociones predominantes en relación al conocimiento de la enfermedad del VIH/SIDA; luego el componente conductual con el cual se indaga la predisposición comportamental predominante de los adolescentes.

Finalmente en base a la evaluación diagnóstica obtenida de las actitudes, se realiza una propuesta de prevención para el logro de una actitud positiva frente a la enfermedad del VIH/SIDA, tomando en cuenta sus tres componentes y los temas que se detectaron en niveles bajo

5.1. COMPONENTE COGNITIVO

Para dar cumplimiento al primer objetivo de la investigación que dice: “Identificar el nivel de conocimiento:

Cuadro N° 3
Componente Cognitivo
(Frecuencia y Porcentajes)

Nivel de Conocimiento	Colegios Fiscales				Colegios Particulares			
	Alto	Med	Bajo	Total	Alto	Med	Bajo	Total
	F %	F %	F %	F %	F %	F %	F %	F %
Principales síntomas del SIDA: cansancio, fiebre, etc.	203 72,8%	61 21,9%	15 5,3%	279 100%	39 56,5%	20 29%	10 14,4%	69 100%
Se transmite a partir de fluidos corporales: sangre, semen, etc.	238 85,3%	25 9%	16 5,7%	279 100%	58 84,1%	9 13%	2 2,9%	69 100%
Sólo homosexuales se pueden infectar del VIH-SIDA.	34 12,2%	24 8,6%	221 79,2%	279 100%	13 18,8%	6 8,7%	50 72,5%	69 100%
Pastillas e inyecciones anticonceptivas métodos para evitar el contagio del SIDA.	110 39,4%	34 12,2%	135 48,4%	279 100%	20 29%	15 21,7%	34 49,2%	69 100%
La madre embarazada puede contagiar a su bebé de SIDA.	245 87,8%	14 5%	20 7,3%	279 100%	61 88,4%	5 7,2%	3 4,3%	69 100%
Se enferma aunque sólo se tenga relaciones sexuales de vez en cuando.	221 79,2%	31 11,1%	27 9,7%	279 100%	55 79,7%	6 8,7%	8 11,6%	69 100%
El SIDA se da en extractos sociales bajos.	54 19,4%	70 25,1%	155 55,5%	279 100%	12 17,4%	17 24,6%	40 58%	69 100%
Una persona puede estar infectada por el VIH y no tener SIDA.	106 38%	62 22,2%	111 39,8%	279 100%	11 15,9%	15 21,7%	43 62,3%	69 100%
Un estudiante enfermo no puede continuar sus estudios.	39 14%	22 7,9%	218 78,2%	279 100%	17 24,6%	8 11,6%	44 63,7%	69 100%
Tener la enfermedad, provoca rechazo social.	131 47%	69 24,7%	79 28,3%	279 100%	40 58%	12 17,4%	17 24,6%	69 100%
Lavarse los genitales después del acto sexual evitar contraer SIDA.	64 22,9%	65 23,3%	150 53,8%	279 100%	25 36,2%	3 4,3%	41 59,4%	69 100%

❖ Las crecientes tasas de infección de VIH entre las mujeres, exponen a los niños a un mayor riesgo de contraer el VIH incluso antes de nacer. La transmisión

perinatal no se puede prevenir si la mujer desconoce si es portadora. Muchas mujeres descubren ser VIH positivas al acudir a su examen prenatal o cuando el recién nacido recibe resultado positivo a la prueba. El acceso a cuidados médicos antes y después del nacimiento es crítico para la reducción de la transmisión perinatal del VIH.

En cuanto a si la **madre embarazada puede contagiar a su bebé de SIDA**; el 87.8% de los adolescentes de colegios fiscales y el 88,4% de los adolescentes de colegios privados muestran un conocimiento alto, ya que saben que entre otras formas de contraer el virus, es a través de madres seropositivas, lo cual se puede dar durante el embarazo, el parto o el amamantamiento. Conocen que los bebés que nacen de madres infectadas desarrollan la infección del VIH.

Muchos de estos niños se mueren antes de llegar al año o a los dos años de edad y aunque algunos viven por años, su desarrollo se atrasa y contraen muchas infecciones.

❖ En relación a si **el VIH-SIDA se transmite a partir de fluidos corporales**; el 85.3% de los adolescentes de los colegios fiscales y el 84,1% de colegios privados tienen conocimiento alto, puesto que reconocen que el SIDA se transmite a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna.

La forma de transmisión más común es el contacto sexual sin protección con una persona VIH positiva. Otras formas de contagio incluyen las transfusiones de sangre o productos sanguíneos infectados con el VIH, los trasplantes de órganos o tejidos, el uso de agujas o jeringas contaminadas (o de otros elementos contaminados que perforan la piel).

❖ Cuando se descubrió el virus, en 1981, los infectados eran casi únicamente hombres homosexuales, situación *que llevó erróneamente a pensar que era una epidemia gay*.

Como sucede en el ámbito mundial, también en Bolivia al inicio de la epidemia, el SIDA fue más frecuente en la población homosexual, y el hecho de que este grupo fueran los primeros en contraer SIDA, llevó a pensar que el estilo de vida homosexual se relacionaba directamente con la enfermedad. Esto fue desechado al observarse que el síndrome era común a distintos grupos: drogadictos endovenosos masculinos y femeninos; hemofílicos y quienes habían recibido transfusiones de sangre; mujeres cuyas parejas sexuales eran hombres bisexuales; quienes recibían productos derivados de la sangre y niños nacidos de madres con SIDA o con historia de drogadicción endovenosa.

Esta situación se refleja en el conocimiento de los estudiantes porque en relación a si **sólo los homosexuales se pueden infectar del VIH-SIDA**; el 79,2% que asisten a colegios fiscales y el 72,5% de los adolescentes de colegios privados, tienen un conocimiento bajo, consideran, que sólo los homosexuales están en situación de riesgo de contraer la enfermedad, esto hace que los mismos piensen de cierta manera que no corren peligro con sus parejas heterosexuales, lo cual provoca una idea errónea sobre el contagio de la enfermedad del SIDA.

❖ Las personas afectadas por el VIH necesitan ser aceptadas y conducidas, junto con todas sus emociones, al descubrimiento de su dignidad, lo cual no impediría de ninguna manera que el estudiante continúe con sus estudios en medio de sus pares, siempre y cuando la enfermedad sea detectada a tiempo y sea oportunamente tratada, lo que aseguraría que este adolescente pueda seguir interrelacionándose y asistir normalmente a la escuela.

Ante la afirmación: “**un estudiante enfermo con VIH no puede continuar sus estudios**”, los adolescentes tanto de colegios fiscales (78.2%) como de colegios particulares (el 67.2%), tienen un bajo conocimiento, deducimos que los mismos consideran, que si un adolescente es portador de VIH puede inmediatamente presentar los síntomas de la enfermedad y así manifestar un deterioro físico, por esta causa debe ser aislado de la sociedad y por consiguiente ya no podrán asistir al colegio ni lograr sus metas académicas por lo que tendrían que abandonar sus estudios.

❖ Los casos de SIDA, donde la persona empieza a sentir los síntomas de la enfermedad, se dan alrededor de la segunda década de la vida y probablemente contrajeron el virus (VIH) durante su adolescencia, cuando aún no sabían que eran portadores por falta de sintomatología.

El 79.2% de los adolescentes de colegios fiscales y el 79.7% de los colegios privados, reconocen que pueden enfermarse **aunque sólo se tenga relaciones sexuales de vez en cuando**; puesto que consideran que es una conducta de riesgo el hecho de no protegerse en el momento de tener una relación sexual.

Los jóvenes son más vulnerables al VIH porque es más probable que participen en conductas de alto riesgo como por ejemplo: relaciones sexuales con distintas parejas y sin protección, además del uso de drogas y alcohol.

❖ La infección primaria por VIH es llamada «seroconversión» puede ser acompañada por una serie de síntomas inespecíficos, los **principales síntomas del SIDA son cansancio, fiebre, etc**; el 72.8% de los adolescentes de colegios fiscales tienen conocimiento alto, ellos saben que los síntomas de la enfermedad VIH-SIDA, pueden ser parecidos a los de una gripe, por ejemplo, fiebre, dolores musculares y articulares, dolor de garganta y ganglios linfáticos inflamados. Sólo el 56,5% de los

adolescentes que asisten a colegios privados, tienen conocimiento alto, existiendo una menor tendencia en relación con los adolescentes de colegios fiscales.

No se debe olvidar que en esta etapa el infectado es más transmisor que en cualquier otra etapa de la enfermedad, ya que la cantidad de virus en su organismo es la más alta que alcanzará. Esto se debe a que todavía no se desarrolla por completo la respuesta inmunológica del huésped. No todos los recién infectados con VIH padecen de estos síntomas y finalmente todos los individuos se vuelven asintomáticos.

❖ El desarrollo de la epidemia del VIH/SIDA está asociado con desigualdades sociales expresadas en accesos diferenciales a oportunidades de protección y cuidado de la salud, en diferentes contextos socioeconómicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que aumentará el número de infectados con el VIH en el mundo, de los cuales la mayoría viven en países pobres, donde las tasas de infección tenderán a aumentar por la deficiente oferta de sistemas sanitarios y los limitados recursos preventivos y asistenciales.

La epidemia del VIH/SIDA también se asocia con desigualdades de clase social, debido a que la prevalencia del VIH y la incidencia del SIDA son mayores en áreas donde la población pertenece a estratos socioeconómicos inferiores. En cuanto a si **el SIDA sólo se da en estratos sociales bajos**; el 55.5% que están en colegios fiscales y el 58% de los adolescentes que están en colegios privados tienen conocimiento bajo. Los adolescentes piensan que sólo las personas que viven en los estratos sociales bajos pueden infectarse de la enfermedad y no así personas de estratos medios y altos; estas respuestas dan cuenta de que existe una estigmatización por parte de los adolescentes en relación a las personas de bajos recursos, debido tal vez a que no cuentan con la información adecuada de que todos estamos expuestos a contraer esta enfermedad y que el SIDA no discrimina las situaciones económicas.

❖ Las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), son infecciones que la persona puede adquirir teniendo relaciones sexuales con alguien que tiene una infección. Estas infecciones por lo general se transmiten durante la penetración, pero también pueden transmitirse a través de otros tipos de relaciones sexuales, la mayoría son serias y pueden traer graves consecuencias para la salud por lo que necesitan de atención médica.

En relación a si **lavarse los genitales después del acto sexual evita contagiarse del VIH/SIDA**; el 53.8% de los adolescentes de colegios fiscales y el 59,4% de los colegios privados manifiestan un conocimiento bajo, existiendo una mínima diferencia entre ellos, por lo que nos indica que tienen una información incorrecta; lo que podría provocar conductas inadecuadas en el sentido de poder prevenir la enfermedad y poner en riesgo su propia salud y la de su pareja, puesto que lavarse los genitales no evita de ninguna manera contraer la enfermedad, lo cual sólo se evitaría usando preservativo.

❖ No todos los pacientes infectados con el virus VIH tienen SIDA, por lo que SIDA no es lo mismo que VIH, en este sentido frente a la afirmación, si **una persona puede estar infectada por el VIH y no tener SIDA**; el 39,8% de los adolescentes de colegios fiscales tienen un conocimiento bajo, es decir no saben diferenciar las fases de esta enfermedad, teniendo un conocimiento superficial e incorrecto. En cuanto a los adolescentes de colegios privados el 62,3% tienen conocimiento bajo, es decir no saben las etapas que ocurren en esta enfermedad.

Se puede indicar que los adolescentes de colegios fiscales y particulares no tienen un conocimiento claro en la diferencia, qué es tener VIH y qué es tener SIDA. Se debe tomar en cuenta que se llama portador a la persona que tras adquirir la infección por el VIH, no manifiesta síntomas de ninguna clase. En tanto que se llama enfermo de SIDA al que padece algún proceso infeccioso, tumoral, etc., con una precariedad inmunológica importante. Una persona infectada por el VIH es seropositiva y pasa a

desarrollar un cuadro de SIDA cuando su nivel de linfocitos T CD4, células que ataca el virus, desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre. Cabe destacar la diferencia entre estar infectado por el VIH y padecer de SIDA.

❖ Desde sus comienzos cuando el VIH/SIDA parecía estar reducido a grupos considerados como socialmente desviados, la epidemia ha permanecido oculta por un velo de ignorancia, miedo y rechazo. Esto se ha traducido en la estigmatización y discriminación de las personas con el VIH/SIDA.

Muchas personas infectadas han perdido sus trabajos y se les ha negado atención médica, alojamiento, acceso a seguros y oportunidades de viaje, debido a su condición de portadores del VIH.

A los niños VIH positivos se les ha negado el acceso a atención pediátrica y a las escuelas. En muchos lugares, estas personas han sido expulsadas de sus familias y de sus comunidades.

En este sentido, se puede apreciar que un 47% de los adolescentes de colegios fiscales y el 58% de colegios privados, tienen un alto conocimiento, de que **tener la enfermedad provoca rechazo social**, existiendo una relativa diferencia entre ambas unidades educativas. Todo esto coloca a las personas con VIH/SIDA en una condición de mayor vulnerabilidad frente a otras enfermedades y a la muerte, ya que es menos probable que busquen atención médica y apoyo psicológico adecuados, y más probable que se les nieguen los servicios cuando los soliciten. Es por esta razón que se debe trabajar para reducir el estigma y discriminación hacia las personas viviendo con VIH/SIDA.

Irónicamente, el estigma y la discriminación han favorecido la mayor propagación de la enfermedad. La estigmatización es un gran obstáculo en la lucha contra el VIH/SIDA, ya que influye en que las personas se nieguen a someterse a pruebas de detección y a que revelen su estado.

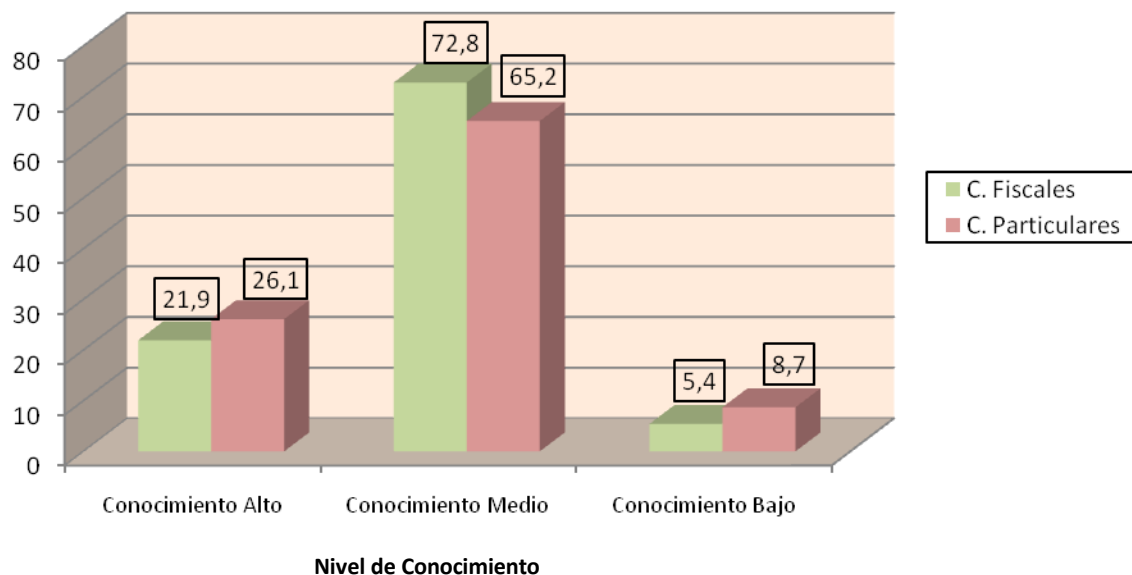
Sumado a la discriminación, obligan a quienes se encuentran en mayor riesgo de contraer y propagar el VIH a ocultar su estilo de vida, lo que hace aún más difícil llegar a ellos con programas de prevención.

❖ El 48.4% de los adolescentes de colegios fiscales y el 49,2% de colegios privados tienen un conocimiento bajo pues consideran que, **las pastillas e inyecciones anticonceptivas, son métodos para evitar el VIH/SIDA**; creen equivocadamente que en el caso de las mujeres si toman píldoras anticonceptivas estarán protegiéndose no sólo de quedar embarazadas, sino también de infecciones como el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Las píldoras anticonceptivas u otros métodos, como los dispositivos intrauterinos (DIU), o la ligadura de trompas, no protegen contra estos.

En el caso de los varones el condón masculino de látex es el único método que ha demostrado que ayuda a protegerse. Los condones se denominan métodos anticonceptivos de barrera porque bloquean o ponen una barrera, lo cual evita que el esperma llegue al óvulo. Se ha comprobado que sólo los condones de látex o poliuretano ayudan a proteger contra las ETS, incluyendo el VIH.

Los adolescentes al considerar a las pastillas e inyecciones como métodos seguros para prevenir el VIH/SIDA, se ponen en riesgo, al poder contraer enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA.

Gráfico N° 1
Componente Cognitivo
(Valoración General)



Previo a este análisis, se debe, indicar que el componente cognitivo, está formado por las percepciones y creencias hacia un objeto específico, así como por la información que se tiene sobre este objeto, por lo que los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes.

A partir de los resultados que muestra la gráfica en relación al componente cognitivo, se puede evidenciar que los adolescentes tanto las unidades educativas fiscales (72,8%) como las privadas (65,2%), presentan un conocimiento medio, de la enfermedad del VIH/SIDA, acerca de los síntomas, los métodos de prevención, la forma de transmisión, los riesgos y consecuencias que la enfermedad puede ocasionar para su salud, física y psicológica.

A pesar que el VIH/SIDA es una realidad en Bolivia y que significativamente las cifras van en aumento, los adolescentes no tienen el asesoramiento correcto, ni la educación oportuna en el desarrollo de ciertas habilidades que le permitan enfrentarse a una vida sexual sana.

Esta situación se puede evidenciar en los resultados obtenidos, tanto en los colegios fiscales como en los privados, donde los adolescentes tienen un conocimiento medio sobre la enfermedad del VIH/SIDA, lo cual indica que el mismo es limitado en relación a los síntomas, los métodos de prevención que se podrían utilizar, la forma de transmisión, las etapas de la enfermedad.

5.2. COMPONENTE AFECTIVO

Para dar cumplimiento al segundo objetivo de la investigación que dice: “Describir los sentimientos que tienen los adolescentes:

Cuadro N° 4
Componente Afectivo
(Frecuencia y Porcentajes)

Sentimientos	Colegios Fiscales				Colegios Particulares			
	Acep	Indif	Rech	Total	Acep	Indif	Rech	Total
	F %	F %	F %	F %	F %	F %	F %	F %
No es bueno que un adolescente oculte que tiene VIH – SIDA	209 74,9%	26 9,3%	44 15,7%	279 100%	54 78,3%	10 14,5%	5 7,2%	69 100%
Me sentiría muy triste si un adolescente tiene SIDA.	220 78,9%	42 15,1%	17 6,1%	279 100%	59 85,5%	7 10,1%	3 4,3%	69 100%
Me causaría temor adquirir la enfermedad.	247 88,5%	15 5,4%	17 6,1%	279 100%	63 91,3%	--	6 8,7%	69 100%
Me apenaría que un adolescente no sepa cuidarse.	240 86%	22 7,9%	17 6,1%	279 100%	62 89,9%	4 5,8%	3 4,3%	69 100%
Me desagrada que no usen preservativos para evitar el SIDA.	228 81,7%	25 9%	26 9,3%	279 100%	61 88,4%	6 8,7%	2 2,9%	69 100%
Me da pena que un adolescente con SIDA fracase en sus metas.	230 82,4%	20 7,2%	29 10,4%	279 100%	67 97,1%	--	2 2,9%	69 100%
Me da miedo contagiarme al tener un amigo con SIDA.	93 33,3%	53 19%	133 47,7%	279 100%	30 43,5%	14 20,3%	25 36,2%	69 100%
Me ocasiona temor tratar con personas infectadas.	53 19%	57 20,4%	169 60,5%	279 100%	14 20,3%	21 30,4%	34 49,3%	69 100%
Me molesta estar en un mismo salón de clases con alguien enfermo con SIDA.	30 10,8%	31 11,1%	218 78,2%	279 100%	10 14,5%	15 21,7%	44 63,7%	69 100%
Me disgustaría que sea rechazado por sus padres y amigos por tener SIDA.	153 54,8%	9 3,2%	117 42%	279 100%	51 73,9%	2 2,9%	16 23,1%	69 100%
Me molesta que le hagan críticas destructivas a una persona enferma con SIDA.	206 73,8%	13 4,7%	60 21,5%	279 100%	59 85,5%	1 1,4%	9 13%	69 100%

❖ Actualmente muchos jóvenes en nuestra sociedad no se someten voluntariamente a las pruebas de VIH-SIDA, por falta de información, la percepción de no estar en alto riesgo y de ser prejuiciados por la sociedad ante la falta de privacidad médica (ética).

A las personas infectadas, sus familiares y amigos íntimos, les resulta muy difícil vivir con esta “enfermedad social”, no tanto por las manifestaciones clínicas de la infección, sino porque se sienten juzgados por la sociedad, donde interactúan en su diario vivir. Esta exclusión está generada por el temor que siente la población de poder ser infectada por la enfermedad, por lo cual es considerada como un estigma social y por lo que los afectados “deben estar separados del resto de la misma”, por ello muchos deciden llevar solos la carga, lo cual ocasiona frecuentemente que se llegue a una depresión profunda.

En este sentido, el 74,9% de los adolescentes que asisten a colegios fiscales y el 78,3% de colegios privados, tienen sentimientos de aceptación hacia la enfermedad, porque sienten que **“no es bueno que un adolescente oculte que tiene VIH-SIDA”**, es oportuno comunicar a tiempo a los familiares más allegados, amigos más íntimos y algunos profesores para que puedan apoyar al adolescente, y evitar una mala difusión de la información a todos en la escuela, lo cual ocasionaría un rechazo por parte de los demás adolescentes, especialmente porque no tienen una correcta información con relación a la enfermedad.

❖ En lo que respecta a **“me sentiría muy triste si un adolescente tiene VIH/SIDA”**, el 78,9% de los adolescentes de los colegios fiscales y el 85,5% de los adolescentes de los colegios privados, expresan sentimientos de pena ante sus pares, que podrían atravesar esta situación, es decir, que les afecta profundamente el saber que un/una adolescente es portador/a del VIH/SIDA, puesto que advierten que esta enfermedad les conduce a la pérdida de autoestima, a sentimientos de culpa, vergüenza, ansiedad, depresión muchas veces a la pérdida de la vida, suicidio, etc.

A esto se asocia la edad en la que se encuentran los adolescentes que todavía no inician la etapa de la juventud, que tienen que asumir prontamente la enfermedad.

❖ El temor es el enemigo principal, que da la idea de que nada ocurre, en lugar de enfrentar la dura realidad, que en este caso son las consecuencias de la enfermedad del VIH/SIDA.

En cuanto si sienten **temor de adquirir la enfermedad**; tanto los adolescentes de colegios fiscales (88,5%) como los de colegios particulares (91,3%), manifiestan tener sentimientos de aceptación, lo cual indica que se sienten vulnerables a la misma, si no se toman las precauciones necesarias.

A esto hay que añadir que si los adolescentes no reciben la información idónea y no toman conciencia de que la enfermedad del VIH/SIDA forma parte de nuestra realidad social, el sentimiento de temor sólo provocará que se paralicen ante esta situación y no tomen ninguna medida de prevención.

❖ En nuestro medio se habla sobre la enfermedad del VIH-SIDA; de cómo podemos prevenir de no ser infectados o las conductas de riesgo y acerca de las causas y consecuencias a las que nos exponemos, pero lamentablemente estos temas no siempre son abordados adecuadamente, y no se da información en el momento oportuno, antes que ellos inicien una actividad coital, en cuanto a la afirmación, **“me apenaría que un adolescente no sepa cuidarse para evitar enfermarse de VIH-SIDA”**, el 86% de los estudiantes de los colegios fiscales y el 89,9% de colegios particulares, tienen un alto sentimiento de aceptación, al saber que sus compañeros o incluso ellos mismos no hayan obtenido información suficiente y correcta sobre el riesgo de infectarse de la enfermedad del VIH-SIDA.

La adolescencia puede resultar un período de transición difícil, ya que en esta etapa está latente la curiosidad sobre los impulsos sexuales, y el hecho de hablar sobre temas de enfermedades de transmisión sexual, del SIDA, con la idea de poder

evitarlas y prevenir peligros que pueden llegar a afectar sus vidas, en el momento que decidan tener una actividad coital, especialmente si no cuentan con un apoyo sincero por parte de la familia y la sociedad resulta bastante difícil puesto que la atención de los adolescentes está centrada en otros aspectos de la sexualidad y no precisamente en la prevención de estas enfermedades.

❖ Tanto en Bolivia como en Tarija se evidenció que muchos comienzan una actividad sexual a temprana edad. En este sentido, si han iniciado su vida sexual, deben saber que el uso correcto del preservativo (condón) en todas las relaciones coitales ha demostrado ser la mejor manera de disminuir considerablemente el riesgo de contraer el VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Ante esta situación se puede identificar que el 81.7% de los adolescentes de colegios fiscales como también el 88,4% de los colegios particulares tienen sentimientos de aceptación, porque les llega a desagradar **“que los/las adolescentes no usen preservativos, para evitar enfermarse con el VIH/SIDA”**; en este sentido, los adolescentes son conscientes que sólo el preservativo (condón) es un método de prevenir la enfermedad; por lo tanto, es fundamental que sean conscientes de usar preservativo en todas las relaciones sexuales para evitar la propagación de enfermedades como el VIH/SIDA.

❖ Los adolescentes que padecen la enfermedad del VIH y que son detectados a tiempo, pueden reincorporarse a su vida educativa, laboral, social, y buscar ayuda profesional de forma que les permita auto responsabilizarse y fortalecer la autoestima, para interrelacionarse con su entorno y sus pares. Pero cuando la enfermedad del SIDA está en la última etapa ya es más difícil para el adolescente, puesto que están muy deteriorados tanto física como emocionalmente para seguir luchando por sus sueños.

En relación a esta situación, se puede observar que un 82,4% de los estudiantes fiscales y el 97,1% de los adolescentes de colegios privados, tienen sentimientos de

aceptación, manifiestan que se sentirían; **apenados/as al ver que un/una adolescente con VIH/SIDA fracase en sus metas**, lo que refleja que los mismos tienen intereses, sueños, aspiraciones y proyectos, que al verlos fracasar debido a la enfermedad, les provoca pena y angustia.

Todo esto implica que tienen conocimiento de que la enfermedad puede ser un gran obstáculo, para conseguir sus metas proyectadas y que se sienten frustrados en sus expectativas en el futuro.

❖ El cómo tratar a una persona con el VIH/SIDA, es un tema sumamente delicado y complejo; la mayoría de las personas, frente a la situación de tener un amigo o familiar infectado, reaccionan de manera errónea; juzgándolos, hostigándolos con preguntas de principio a fin para después abandonarlos en la soledad.

En cuanto a sí, **“les daría miedo contagiarse de VIH-SIDA al tener un amigo/a que tuviese esta enfermedad;** un 43,5% de los adolescentes de los colegios privados tienen sentimientos de aceptación, por lo que no tienen miedo de contagiarse; conocen que sólo al tener conductas de alto riesgo pueden ser infectados, y no simplemente con compartir en la vida rutinaria con amigos que pueden tener la enfermedad, la convivencia con una persona con VIH/SIDA es totalmente posible, por lo cual no existe razón alguna para el abandono o el aislamiento, o la apartación de la persona infectada.

A diferencia de los colegios privados, se nota una polarización con respecto a los colegios fiscales, el 47,7% de los adolescentes, tienen sentimiento de rechazo, porque tienen miedo de contagiarse, esto puede deberse a la falta de información, porque la enfermedad del VIH-SIDA no se contagia (como el resfrío), sino que se infecta teniendo un contacto sexual con alguien que tiene la enfermedad, o por jeringas infectadas y una madre embarazada. También es muy importante referirse a las

personas con el virus de manera adecuada, utilizando los términos correctos, que no contengan ninguna clase de tono despectivo o discriminatorio.

❖ Sin duda alguna, uno de los aspectos más preocupantes respecto al SIDA es la falta de información y proliferación de conceptos erróneos, que en muchas ocasiones conducen a actitudes destructivas como la discriminación y la violación de los derechos humanos de las personas afectadas, así como el surgimiento de prejuicios o temores infundados.

En este sentido, el 60,5% de los adolescentes de los colegios fiscales y el 49,3% de los adolescentes de los colegios privados, tienen sentimiento de rechazo hacia la enfermedad ya que les, **“ocasiona temor el tratar con personas infectadas”**, es decir, los adolescente tienen cierto conocimiento que no pueden ser contagiados, pero sienten inseguridad frente a la enfermedad, lo que los hace actuar y reaccionar de manera negativa hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

❖ El derecho a la intimidad de la información, debe ser protegido para que no se produzcan comportamientos discriminatorios que impliquen un aislamiento social injustificado hacia las personas que padecen o son portadoras de SIDA.

El adolescente y su familia tienen derecho a no revelar el diagnóstico en la escuela. La información sobre la situación, previo consentimiento de sus padres o tutores se da únicamente al director y a algunos profesores, no informándose a los padres y al resto de los estudiantes del aula. Se considera que con esta estrategia se permite una “escolarización normalizada”, y que una información más generalizada solamente consigue el rechazo del adolescente afectado.

En cuanto a la afirmación: **“me molesta estar en el mismo salón de clases con un compañero/a con VIH-SIDA”**, el 78.2% de los adolescentes de colegios fiscales y el 63.7% de adolescentes de colegios privados, tienen un sentimiento de rechazo, se puede deducir que los adolescentes no tienen información correcta, sería difícil tener un contacto social o casual con un/una compañero/a que vive con el VIH, no

pudiendo llegar a interrelacionarse y teniendo sentimientos de incomodidad, en el momento de dar la mano, compartir los cubiertos, o estar en el mismo salón.

❖ Actualmente, persisten reacciones de discriminación y estigma contra las personas que viven con el VIH. Tales personas son despedidas de sus trabajos, rechazadas por sus familias y amigos, es decir, éstas vienen a ser consecuencias sociales del SIDA.

Se puede identificar que el 54,8% de los adolescentes de colegios fiscales y el 73,9% de los adolescentes de colegios privados presentan sentimientos de aceptación, porque, **les disgustaría que un/ una adolescente con VIH/SIDA sea rechazado/a por sus padres y amigos**, esto quiere decir que tienen sentimientos favorables en cuanto a esta afirmación, ya que algunas personas que viven con el VIH, pueden llegar a ser marginados por la sociedad, incluso en los mismos colegios, también en la familia y los amigos. Los adolescentes creen que no es bueno que se rechace a las personas, por ser portadores del virus.

En este caso, los adolescentes consideran que estas conductas son maneras hostiles de dirigirse hacia las personas con VIH y esto no ayuda de ninguna manera a que se pueda enfrentar de manera positiva la enfermedad, los sentimientos tienen una carga bastante fuerte, porque de acuerdo a anteriores preguntas se podía apreciar el rechazo de los adolescentes hacia la enfermedad.

❖ La discriminación y las críticas destructivas, hacia las personas infectadas con el VIH son un obstáculo serio en la lucha para combatir la transmisión de la enfermedad, y por este motivo las personas que viven con el VIH se apartan por sí mismas de la asistencia que necesitan debido al temor a reacciones negativas de los otros.

Actualmente la sociedad, poco a poco, va formando y catalogando a las personas que viven con el VIH en forma negativa, las cuales están condenados a ser

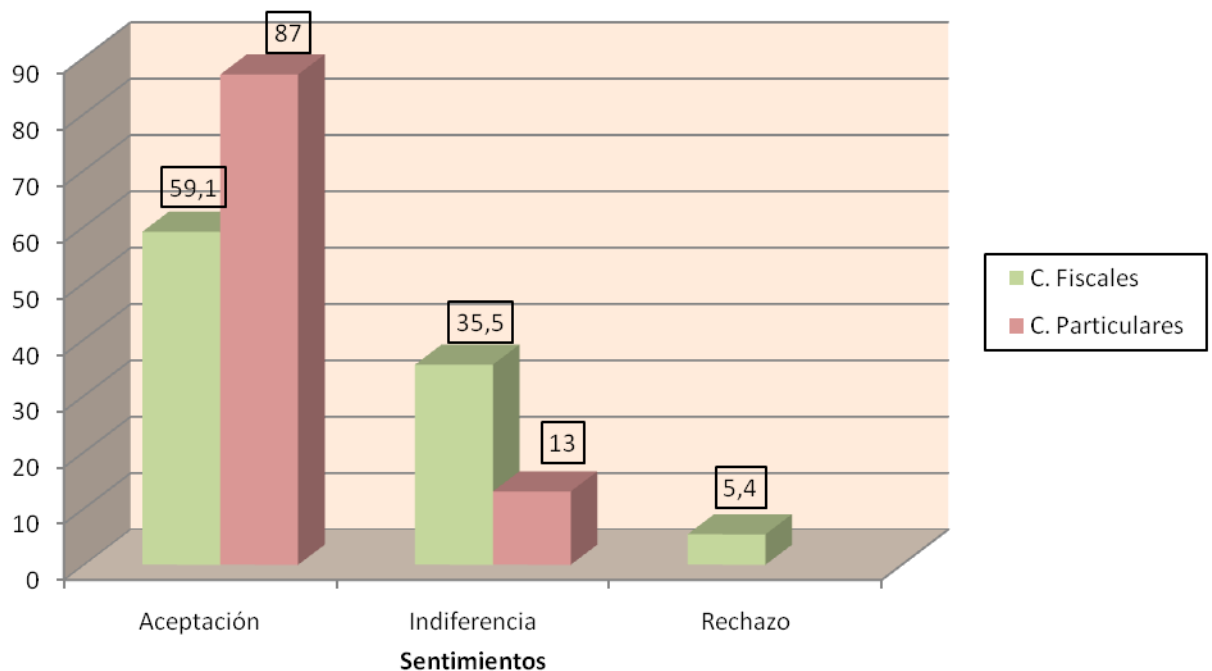
prejuzgados , sin importar cuánto afán pongan en demostrar que toman las precauciones necesarias para no transmitir la enfermedad.

Se puede observar que el 73.8% de los adolescentes de colegios fiscales y el 85.5% de los adolescentes de colegios privados tienen un sentimiento de aceptación porque les **“molesta que los demás hagan críticas destructivas a una persona portadora del VIH-SIDA”**, es decir, causa incomodidad que se discrimine a las personas que viven con la enfermedad, haciéndoles críticas destructivas, comentarios inapropiados y dando a conocer opiniones negativas sobre su condición de salud.

Esta situación se constituye en un impedimento para buscar ayuda, comprensión, y aceptación, tanto en su entorno como en las personas más allegadas al adolescente en este caso la familia, por lo que se puede tender a ocultar la enfermedad.

Gráfico N° 2

**Componente Afectivo
(Valoración General)**



De manera general, se puede indicar que el componente afectivo se refiere al sentimiento de aceptación o de rechazo que una persona experimenta hacia un objeto actitudinal específico, este componente tiene un valor muy importante ya que pueden existir actitudes sin cogniciones pero no pueden haber actitudes sin un componente afectivo.

Esta carga emocional se muestra en los resultados donde se refleja que priman los sentimientos de aceptación, puesto que el 59.1% de los adolescentes que asisten a colegios fiscales y un 87% de los adolescentes de colegios privados, tienen sentimientos positivos hacia la enfermedad VIH/SIDA lo que indica que existe empatía hacia las personas que tienen la enfermedad de VIH/SIDA, a su vez la satisfacción de ayudar a un/una adolescente en lo que necesite, puesto que son capaces de comprender el miedo a ser infectados, la tristeza cuando no llegan a cumplir sus metas, la confusión de no saber cómo ayudar correctamente, el rechazo que puede darse en padres y la sociedad, son adolescentes que tampoco llegarían a emitir críticas destructivas, sino brindar afecto y apoyo en esta situación.

Estos resultados indican que al tener un alto grado de sentimientos de aceptación en el componente afectivo, los adolescentes, tienden a manifestar reacciones positivas hacia las personas que viven con la enfermedad del VIH/SIDA.

5.3. COMPONENTE CONDUCTUAL

Para dar cumplimiento al tercer objetivo de la investigación que dice: “Valorar el componente comportamental de los adolescentes:

Cuadro N° 5
Componente Conductual
(Frecuencia y Porcentajes)

Predisposición Comportamental	Colegios Fiscales				Colegios Particulares			
	Posit	Inter	Neg	Total	Posit	Inter	Neg	Total
	F %	F %	F %	F %	F %	F %	F %	F %
Apoyaría a un adolescente si decide ocultar su enfermedad.	66 23,7%	63 22,6%	150 53,7%	279 100%	15 21,7%	9 13%	45 65,2%	69 100%
Si me pide ayuda una adolescente con SIDA, no se la negaría.	214 76,7%	29 10,4%	36 12,9%	279 100%	47 68,1%	11 15,9%	11 15,9%	69 100%
Si tengo relaciones sin protección me puedo contagiar	150 89,6%	17 6,1%	12 4,3%	279 100%	65 94,2%	4 5,8%	--	69 100%
No tener relaciones es la mejor protección contra el SIDA.	116 41,6%	78 28%	85 30,4%	279 100%	22 31,9%	29 42%	18 26%	69 100%
Le reprocharía a alguien que no se proteja en sus relaciones.	169 60,6%	69 24,7%	41 14,7%	279 100%	31 44,9%	27 39,1%	11 15,9%	69 100%
Se debe permitir que un adolescente con SIDA asista al colegio.	203 72,8%	37 13,3%	39 13,9%	279 100%	51 73,9%	5 7,2%	13 18,8%	69 100%
No se debe permitir que una persona enferma comparta el comedor con otras personas.	41 14,7%	50 17,9%	188 67,4%	279 100%	14 20,3%	13 18,8%	42 60,8%	69 100%
No tengo problemas en trabajar con una persona infectada de SIDA.	199 71,3%	44 15,8%	36 12,9%	279 100%	47 68,1%	11 15,9%	11 15,9%	69 100%
Me negaría a realizar trabajos con un estudiante portador.	42 15,1%	45 16,1%	192 68,8%	279 100%	11 15,9%	8 11,6%	50 72,5%	69 100%
Le ayudo a buscar ayuda médica.	245 87,8%	25 9%	9 3,2%	279 100%	58 84,1%	8 11,6%	3 4,3%	69 100%
Trataría con indiferencia a una adolescente enfermo de SIDA.	34 12,2%	29 10,4%	216 77,5%	279 100%	4 5,8%	10 14,5%	55 79,7%	69 100%

❖ Cuando una persona es diagnosticada de VIH, lo primero que se piensa es en la muerte social, más que en la muerte física, también existen interrogantes acerca de si debe compartir esa información con la familia y con los que le rodean. En medio de la incertidumbre, el sujeto puede decidir que lo mejor es decirlo poco a poco, aunque existen muchos casos que ocultan la enfermedad de todos inclusive de sus seres más allegados.

En general, el diálogo con la familia es lo más importante para enfrentar la problemática de esta enfermedad, cuando un integrante vive con el VIH, toda la familia está viviendo y/o conviviendo con la misma, por lo que todos juntos deben enfrentar las situaciones médicas, sociales y culturales asociadas al VIH.

En la presente investigación, los adolescentes **apoyarían a otros adolescentes si deciden ocultar su enfermedad del VIH-SIDA**, ya que el 53,7% que asisten a colegios fiscales y el 65,2% de los adolescentes de colegios privados manifiestan que ayudarían a mantener en secreto la misma, lo cual se debe aclarar que no sería lo adecuado, puesto que se la debe afrontar con el apoyo de todos los seres queridos y definitivamente contar con la ayuda profesional lo antes posible, por lo que esta situación ubica a los adolescentes con una predisposición comportamental negativa.

No hay que olvidar que para la familia, esta enfermedad provoca una serie de interrogantes, miedos y desafíos. En medio de estos desafíos, en muchos casos se hace muy difícil el enfrentamiento positivo, porque, junto con el miedo a la muerte, el qué dirán, los prejuicios sociales, la familia debe aprender a lidiar y convivir con el VIH-SIDA.

❖ Respecto a la afirmación: **si me pide ayuda un / una adolescente con VIH-SIDA, no se la negaría**, 76,7% de los adolescente de colegios fiscales y el 68,1% de los adolescente de colegios privados, tienen una predisposición comportamental

positiva, es decir, están dispuestos a dar apoyo, que los adolescentes se sientan seguros de que cuentan con el respaldo de sus amigos para afrontar la situación de una manera tranquila, pues al saber que esta enfermedad trae ciertamente situaciones que afectan la calidad de vida de las personas, tanto familiar y social, es necesario buscar ayuda profesional, para que se realicen la prueba y reciban tratamiento lo antes posible.

❖ Se conoce que el VIH/SIDA no se contagia por estar cerca de una persona infectada con el virus, la transmisión del VIH ocurre por el comportamiento de una persona al tener relaciones coitales sin protección con alguien que es portador de la misma, de esta manera se llega a adquirir el virus. En este sentido: **“Si tengo relaciones sin protección con alguien que tiene VIH/SIDA me puedo infectar de la enfermedad”**, el 89,6% de los adolescentes de colegios fiscales y el 94,2% de los adolescentes de colegios privados, tienen una predisposición comportamental positiva, saben que el tener un contacto coital sin protección con alguien que sí tiene VIH-SIDA está en riesgo de adquirir la enfermedad.

En nuestra sociedad, son pocos los que se hacen la prueba del VIH/SIDA, por lo tanto no existe una consecuencia clara de ser portador o no de la enfermedad, ya que al ser esta enfermedad asintomática en los primeros años, convierte a los jóvenes en grupos de alto riesgo.

❖ Las personas están bombardeadas con imágenes eróticas transmitidas por los diferentes medios de comunicación, con mensajes de incitación a tener relaciones sexuales, las cuales tienen una fuerte influencia especialmente en la adolescencia, por ser una etapa de curiosidad sobre la sexualidad.

Todo sujeto tiene el derecho de vivir una sexualidad sana y placentera libre de presiones y que deben ser ello/as y no la cultura, la televisión o los amigos/as quienes decidan cuándo, cómo y dónde tener una relación sexual; en este sentido, ante la

afirmación de “**no tener relaciones sexuales es la mejor protección contra el VIH/SIDA**”, sólo el 41,6% de los adolescentes de colegios fiscales tienen una predisposición comportamental positiva, ya que la abstinencia es el único de los métodos que puede evitar la infección del VIH/SIDA y el 42% de los adolescentes de colegios privados tienen una predisposición comportamental intermedia, es decir, que los adolescentes no están seguros con la abstinencia, por lo tanto no se puede deducir si usarán ésta como un método de prevención u otros métodos para evitar esta enfermedad.

En varias sociedades, así también en la nuestra, cada vez los jóvenes tienen relaciones sexuales a más temprana edad, y no disponen de una orientación adecuada, a la hora de decidir iniciar una relación sexual, por lo que se exponen a varios peligros como ser, embarazos no planificados, ETS, y el VIH-SIDA, que traen serias consecuencias afectando el buen desarrollo que debería darse en su vida.

❖ Es muy importante que la juventud infunda en la humanidad la sinceridad de sus ideales y que no se mantenga inerte ante la forma de vida que llevan sus compañeros, ya que el tiempo que pasan con ellos es mucho más que con sus propias familias. Esto hace que jueguen un rol muy importante a la hora de tomar alguna decisión personal, ya que pueden percatarse del riesgo al que se exponen ante una sociedad insegura, en la que los adolescentes muchas veces están desprotegidos y olvidados.

En este sentido, el 60,6% de los adolescente de colegios fiscales y sólo el 44,9% de los adolescente de colegios privados, “**reprocharían si saben que un/una adolescente no se protege al tener relaciones sexuales y pueda infectarse de SIDA**”, lo cual los sitúa con una predisposición comportamental positiva, ya que se sienten dispuestos a tomar parte y estar involucrados, si uno de sus amigos/as está actuando de una manera no adecuada e irresponsable, a la hora de tener una relación sexual.

Al actuar de una forma consciente los adolescentes tendrán la oportunidad de fortalecer sus conductas personales y su capacidad para convivir, respetándose y respetando a los demás.

❖ En estos tiempos, si bien existe más información acerca del VIH-SIDA, aún la sociedad sigue teniendo un tabú y prefiere discriminar a las personas que están viviendo con la misma haciendo oídos sordos a esta enfermedad que forma parte de nuestra realidad. En cuanto a si: **“se debe permitir que un adolescente con VIH-SIDA asista al colegio”** el 72,8% de los adolescentes de colegios fiscales y el 73,9 % de adolescentes de colegios privados están de acuerdo que las personas que viven con VIH, tengan los mismos derechos, de asistir y recibir la misma educación al igual que sus compañeros.

También es importante dar a conocer que no existe ningún caso de niños o adolescentes que hayan adquirido el VIH en la escuela.

❖ Los estudios confirmaron que la enfermedad del VIH/SIDA se transmite únicamente por contacto coital, por inyección, transfusión de sangre contaminada y de madre a hijo durante el embarazo, y no se contagia al tocar, abrazar, dar la mano a una persona infectada, ni tampoco se propaga al toser, estornudar, compartir vasos, platos, ni manijas de puertas.

Con relación a que: **“no se debe permitir que una persona enferma que tiene VIH comparta el comedor con otra persona sana”**, el 67,4% de los adolescentes de colegios fiscales y el 60,8% de los adolescentes de colegios privados, tienen una predisposición comportamental negativa, es decir que están de acuerdo en aislar a las personas que tienen VIH; esto se debe tal vez por la información errónea, por el temor de adquirir la enfermedad en el momento de compartir los mismos utensilios, es por eso que prefieren no tener una relación próxima con estas personas.

❖ En muchos países como también Bolivia se han promulgado leyes que castigan al que niegue un puesto de trabajo a una persona con VIH, aunque en estos últimos años se han logrado importantes mejoras en cuanto a la igualdad de oportunidades, los hechos demuestran que todavía queda un largo camino por recorrer.

Se debe aclarar que esta situación no es enfrentada con madurez y aprecio por parte de las personas que pueden llegar a tener un contacto directo o indirecto, con las que viven con el VIH; es probable que se provoquen serios quiebres, donde predomine el prejuicio, discriminación en el entorno social.

A diferencia de lo mencionado, el 71,3% de los adolescentes de colegios fiscales y el 68,1% de los adolescentes de colegios privados, afirman: **“no tener ningún problema de trabajar o interaccionar con una persona infectada de VIH/SIDA”**, tienen una predisposición comportamental positiva, se puede deducir que conocen las formas de transmisión de prevención, al interrelacionarse y compartir un lugar de trabajo.

❖ En cuanto a: **“negarse a realizar trabajos prácticos y tareas con un/una estudiante portador/a del VIH/SIDA”**; el 68,8% de los adolescente de colegios fiscales y el 72,5% de los adolescente de colegios privados, tienen una predisposición negativa, es decir que tienen problemas al realizar o compartir actividades cotidianas que impliquen una aproximación; no pueden llegar a interrelacionarse porque consideran que son conductas de riesgo que pueden llegar a contagiarse y tratarían con apatía a sus compañeros, porque no tienen un conocimiento correcto sobre la transmisión de esta enfermedad.

❖ Quienes generan el silencio que luego desencadena en muerte, son las sociedades; es así que todas las personas tenemos responsabilidad en la pandemia, no solamente aquellos/as que ya tienen el virus del SIDA.

Por lo que: **“si sé que un/una adolescente es portador/a de VIH/SIDA le ayudaría a buscar ayuda médica”**, el 87,8% de los adolescentes de colegios fiscales y el 84,1% adolescentes de colegios privados, tienen predisposición positiva, es decir, que se involucrarían de una forma sincera, en el momento de manifestar apoyo al amigo/a que está pasando por esta circunstancia.

Al sentirse desamparados emocionalmente y no contar con la comprensión de su familia, buscan en los compañeros un refugio o respaldo para poder sobrellevar esta situación que, al mismo tiempo, ocasiona una profunda depresión, por esta razón, los adolescentes se sienten identificados y se involucran de forma activa por la salud y bienestar de sus amigos/as.

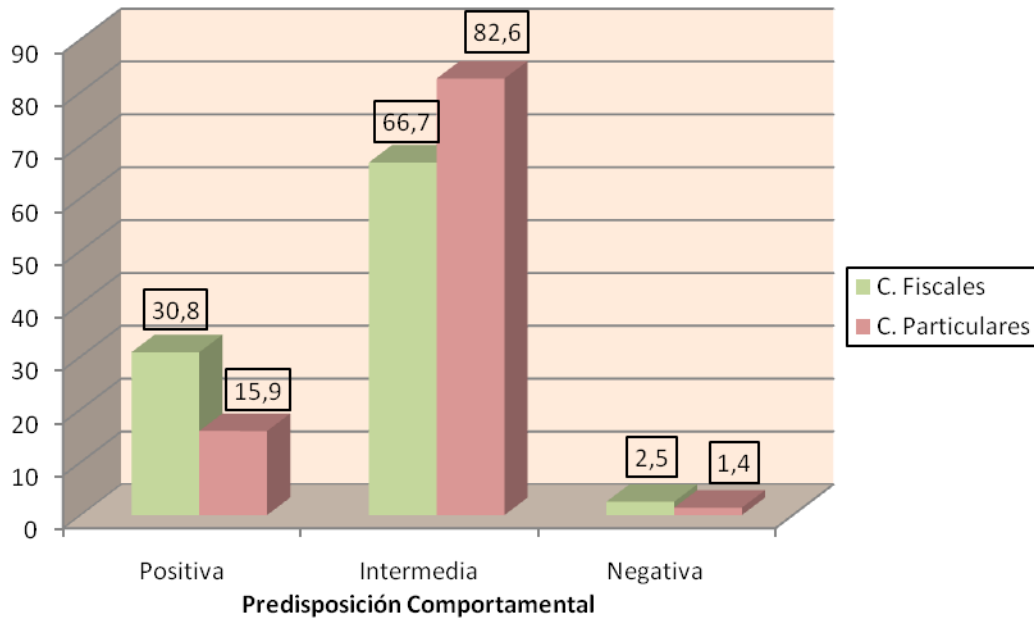
❖ La indiferencia de la sociedad, sobre todo del entorno con las que se relacionan las personas que viven con VIH, tiene grandes consecuencias psicológicas, lo cual conduce en muchos casos a la depresión, el estrés, la falta de autoestima y la desesperación.

Las personas que viven con el VIH, muy jóvenes muchos de ellos, son abatidos por diversas dudas existenciales; con frecuencia no comprenden bien las razones de su sufrimiento, les preocupa y le temen al dolor, a la soledad, a que su vida carezca de sentido.

En este marco, el 77.5% de los adolescentes de colegios fiscales y el 79,7% de los adolescentes de colegios privados: **“Tratarían con indiferencia a un/a adolescente enfermo de VIH-SIDA”**, lo que los sitúa en una predisposición comportamental negativa; los adolescentes muestran conductas de desinterés al saber que otro adolescente está padeciendo la enfermedad, en lo que no se involucrarían personalmente y al contrario, el trato sería de indiferencia; esto puede deberse porque se sienten impotentes al no poder ayudar a sobrellevar esta enfermedad y que lo mejor es que busquen ayuda profesional.

Los adolescentes portadores de VIH, necesitan compartir sus dudas, miedos con sus amigos/as y así sentir que aún pertenecen al grupo de pares, por lo que la indiferencia en este caso, sólo los llevará a la soledad y a la depresión.

Gráfico N° 3
Componente Conductual
(Valoración General)



El componente conductual, está definido como la predisposición a comportarse tomando en cuenta las creencias, opiniones, sentimientos; si una persona considera que algo es negativo y peligroso sentirá rechazo hacia ello y tenderá a evitarlo; por el contrario, si le resulta positivo y le produce sentimientos de agrado o atracción, tenderá a poseerlo.

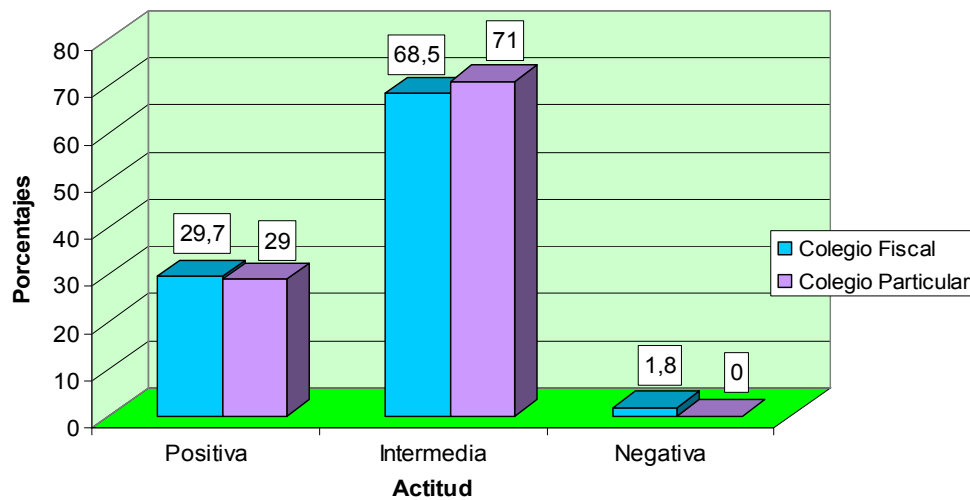
Los resultados que muestra la gráfica con relación al componente conductual denotan que el 66.7% de los adolescentes de colegios fiscales y el 82.6% de los adolescentes de colegios privados, tienen una predisposición comportamental intermedia, es decir, que no se puede deducir de ellos conductas positivas o negativas a la hora de brindar apoyo a los adolescentes que pueden tener la enfermedad o en el momento de emitir

una conducta sexual sin riesgo, o de practicar la abstinencia como un método de prevención.

El hecho de que los adolescentes no consideran la enfermedad como algo negativo o que pueda afectar considerablemente su salud física y psicológica, el hecho que los adolescentes, se mantengan al margen, y no brinden ayuda, puede deberse a la etapa por la que atraviesan, ya que están tan inmersos en sus ideas de omnipotencia, considerando que esta enfermedad está aislada de su realidad y de sus pares, lo cual también se da por la poca información que reciben por parte de las autoridades correspondientes.

5.4. ACTITUD FRENTE AL VIH/SIDA

Gráfico N° 4



Los resultados obtenidos en el presente gráfico, muestran que el 68,5% de los estudiantes de colegios fiscales y el 71% de los estudiantes de colegios particulares, se encuentran con un nivel de actitud intermedia frente a la enfermedad del VIH/SIDA, lo que demuestra que el programa del Ministerio de salud no está llegando de una manera eficiente a los estudiantes, en los componentes actitudinales, como ser: lo cognitivo, afectivo y conductual. Además que se nota una mínima

diferencia de resultados de ambos grupos (estudiantes de colegios fiscales y particulares).

De acuerdo a la evaluación diagnóstica y haciendo un análisis preliminar de estos resultados se demuestra que los programas de estudios de educación básica acerca del VIH/SIDA, no son eficientes o no están siendo bien ejecutados. Esto deja un vacío en el conocimiento de los adolescentes que cuando inician su vida sexual, no saben prevenir el contagio de las ITS, además la ignorancia o el poco conocimiento sobre el tema los hace tener prejuicios con las personas que tienen este tipo de infecciones. Esto se ve reflejado, en las tasas exorbitantes de ITS en los adolescentes.

Por otra parte, estos datos también pueden ser atribuidos a la falta de atención y seriedad, respecto a la gravedad de esta enfermedad (VIH/SIDA) por parte de las autoridades gubernamentales, instituciones educativas y comunidad en general.

Asimismo es importante hacer referencia al tema de actitud, porque son predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo, en este caso hacia la enfermedad del VIH/SIDA que si no se conoce y se es consciente la gravedad que puede ocasionar a la comunidad en general no se podrán combatir las consecuencias

Como país en vía de desarrollo no se cuenta con los recursos suficientes ni adecuados para hacer frente a esta pandemia, que cada día se escucha por los medios de comunicación que las tasas de infectados van en un acelerado incremento, de los cuales, el ochenta y nueve por ciento son por medio de relaciones sexuales,

Las edades que se están dando estas infecciones son cada vez a más temprana edad, por este motivo se debe actuar de inmediato y cambiar las actitudes, de todos/as que estamos inmersos en esta sociedad, sobre todo para que los adolescentes y futuros jóvenes, puedan tener una perspectiva a profundidad de esta enfermedad y reaccionar de una manera responsable, y mayor aceptación para las personas afectadas con el VIH.

5.5. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE UNA ACTITUD POSITIVA FRENTE A LA ENFERMEDAD DEL VIH/SIDA

Para dar cumplimiento al cuarto objetivo de la investigación, se presenta una propuesta compuesta por 6 sesiones, que se desarrollarán, con los adolescentes de cuarto de secundaria, en sus respectivas Unidades Educativas.

A pesar de que se han incluido en los programas escolares, información sobre las infecciones de transmisión sexual y sus formas de prevención, aún la información es insuficiente; por lo que se considera que no se ha generado el impacto necesario en la educación sexual básica para la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

Tema N° 1: ¿Qué es el VIH-SIDA?

Objetivos:

- Orientar a los adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual y del VIH-SIDA.
- Concientizar las formas de prevenir enfermedades de transmisión sexual (VIH-SIDA).

Duración: 60 minutos.

Método: Expositivo-Participativo.

Técnica: Lluvia de ideas, retroalimentación, exposición del tema, esclarecimiento de dudas.

Material: Vídeos, Retro-Proyectora, Dibujos en láminas.

Dinámica: Conociendo al desconocido.

- **Objetivos:** Reforzamiento y cohesión del grupo; interrelacionarse.

- **Desarrollo:** Cada adolescente busca a un compañero/a con el que menos se relaciona en el aula y se intercambia información sobre ellos, para saber uno sobre el otro. Como por ejemplo sus aspiraciones, qué materia más le gusta, etc. Después de un tiempo de charla, cada adolescente del grupo expone a quién ha conocido y lo que sabe, de su compañero/a con quién ha entablado conversación.

Actividad: Se explicará al grupo sobre el tema y las formas de prevenir esta enfermedad, para que obtengan información correcta, actualizada y se esclarezca todas las dudas. Los temas tratados son los siguientes:

- **GONORREA**

Es de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes y es causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*.

Síntomas:

- **En la mujer**

- Secreción vaginal inusual, sangrado vaginal inusual, dolor en la parte inferior del abdomen. La mujer infectada, puede no tener síntomas o presentar ligeras molestias al orinar o flujo.

- **En el hombre**

- Dolor al orinar, gotas de pus que salen del pene.

En el varón tarda dos a tres días después del contacto sexual para producir síntomas (dolor al orinar, pues sale por la uretra).

La gonorrea y la infección por clamidia pueden ocasionar esterilidad cuando no son tratadas. Si es que una mujer infectada da a luz, su bebé podría contagiarse y quedar ciego a menos que reciba tratamiento.

➤ **HERPES GENITAL**

El herpes genital es una infección de transmisión sexual causada por los virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y tipo 2 (VHS-2). La mayoría de los herpes genitales son causados por el tipo VHS-2. La mayoría de las personas infectadas por el VHS-1 o VHS-2 no presentan signos ni síntomas de la infección o presentan síntomas mínimos.

¿Cómo se contrae el herpes genital?

El VHS-1 y el VHS-2 pueden encontrarse en las llagas causadas por los virus y ser liberados por las mismas, pero entre brote y brote los virus también pueden ser liberados por la piel que no tiene llagas. Por lo general, una persona solo puede infectarse con el VHS-2 durante el contacto sexual con alguien que tiene una infección genital por VHS-2. La transmisión puede darse a partir de una pareja sexual infectada que no tiene una llaga visible y que no sepa que está infectada.

El VHS-1 puede causar herpes genital, pero con más frecuencia causa infecciones de la boca y los labios, también llamadas “ampollas febriles”. La infección por VHS-1 en los genitales puede ser causada por contacto oral-genital o contacto genital-genital con una persona que tiene la infección por VHS-1. Los brotes del VHS-1 genital reaparecen con menos regularidad que los brotes del VHS-2 genital.

Signos y síntomas:

La mayoría de las personas infectadas por el VHS-2 no saben que tienen la infección. Sin embargo, si se presentan signos y síntomas durante el primer brote pueden ser bastante pronunciados. El primer brote ocurre generalmente dentro de las dos semanas siguientes a la transmisión del virus y las llagas se curan típicamente en dos a cuatro semanas. Otros signos y síntomas durante el episodio primario pueden incluir una segunda serie de llagas y síntomas parecidos a la gripe, entre ellos fiebre e inflamación de las glándulas. Sin embargo, la mayoría de las personas con la

infección por VHS-2 nunca presentan llagas o pueden tener signos muy leves que no se notan o que se confunden con picaduras de insectos o con otras afecciones de la piel.

¿Hay tratamiento para el herpes?

No existe un tratamiento que pueda curar el herpes, pero los medicamentos antivirales pueden acortar y prevenir los brotes durante el tiempo que la persona toma los medicamentos. Adicionalmente, la terapia supresiva diaria contra el herpes sintomático puede reducir la posibilidad de transmisión a las parejas sexuales de las personas infectadas

➤ ¿Qué es el VIH?

Con frecuencia oímos hablar de la infección por VIH y del SIDA como si fueran sinónimos, pero, tener VIH no quiere decir que se tiene SIDA. El estar infectado con el VIH significa que uno ha estado expuesto al virus y que no es definitivo que vaya a desarrollar la enfermedad. Se puede permanecer sin síntomas (Portador Asintomático), por mucho tiempo. Es de fundamental importancia resaltar que con el avance de los nuevos tratamientos se puede vivir saludablemente con el VIH toda la vida.

- ¿Que es el SIDA?

El SIDA es la etapa avanzada de la infección por HIV con presencia de síntomas que se producen cuando el Sistema Inmunológico se deteriora y deja de funcionar en forma eficaz, desarrollándose enfermedades oportunistas y/o marcadoras debido a que se ha perdido la capacidad de defensa del organismo de luchar contra los distintos agentes que causan enfermedades.

- ¿Qué significa la sigla SIDA?

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

- Síndrome: Conjunto de manifestaciones (síntomas) que caracterizan a una enfermedad.
- Inmuno: Relacionado con el sistema de defensas de nuestro cuerpo.
- Deficiencia: Indica que el sistema de defensas no funciona o funciona incorrectamente.
- Adquirida: Que se adquiere. No es congénita ni hereditaria.

Es un complejo patológico que se caracteriza por la destrucción de la inmunidad natural del cuerpo, contra la enfermedad. Debido a esta falla del sistema inmune los pacientes de sida son vulnerables a una o más infecciones o cánceres inusuales que lo constituye una amenaza para las personas cuyo sistema inmunológico funciona normalmente. El sida es una enfermedad producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y hasta ahora no tiene cura.

¿Cómo se transmite?

- Relaciones sexuales heterosexuales u homosexuales sin protección (vaginal, anal, oral).
- Vía sanguínea, por compartir jeringas para el uso de drogas o cualquier otro elemento cortante o punzante como por ejemplo hacerse tatuajes o agujeros para aretes, o a través de la transfusión de sangre no controlada.
- Transmisión peri natal, de madre a hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Es el principal mecanismo de adquisición del SIDA en los niños. Si no recibe atención médica, una mujer VIH positiva durante el embarazo, el parto o la lactancia un 30% de probabilidad de transmitir el virus a su bebé. Estas posibilidades se reducen al 2% en caso de recibir adecuada atención médica.

¿En qué consiste el análisis para detectar el VIH?

Se trata de un análisis de sangre que detecta la presencia de anticuerpos al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Esta prueba se llama ELISA y debe ser confirmada con otra prueba denominada Western Blot en caso de dar el ELISA un resultado positivo. El cuerpo humano normalmente produce anticuerpos para luchar contra las enfermedades. En el caso del VIH los anticuerpos solamente muestran que la persona está infectada por el virus. Estar infectado significa que el virus está presente en el cuerpo y que, de no tomar las precauciones correspondientes, puede infectar a otras personas, aunque se sienta bien y no tenga síntoma alguno. Estar infectado, no es lo mismo que tener SIDA. El análisis debe hacerse con consentimiento de la persona y es confidencial.

Un resultado positivo significa:

Que la persona tiene el virus de VIH. No que se tiene SIDA. Que puede infectar a otra persona si mantiene relaciones sexuales sin protección (sin preservativo) o por contacto directo de sangre con sangre. Que debe protegerse siempre en sus relaciones sexuales para no correr riesgo de re-infección. Esto significa que debe evitar que el VIH vuelva a ingresar en su organismo, ya que eso aumenta la posibilidad de contraer SIDA. Que puede continuar con sus actividades cotidianas. En la mujer, en caso de quedar embarazada y no recibir la atención médica adecuada, puede transmitir el virus a su bebé antes de nacer, durante el parto o al darle de mamar. En caso de no recibir atención médica en el embarazo o en el momento del parto, uno de cada tres bebés que nacen de una mujer infectada puede desarrollar SIDA.

Un resultado negativo significa:

Que no se encontraron anticuerpos al VIH en la sangre. Para estar seguro del resultado del análisis se debe esperar 3 meses después de la situación en la que pudo la persona haberse infectado. Siempre se recomienda hacer dos análisis para mayor seguridad en el caso del negativo. Usar siempre preservativos en las relaciones

sexuales y no compartir agujas. Si el resultado es negativo y no se vuelve a tener ninguna conducta de riesgo, se podrá donar sangre, que siempre es un acto solidario.

- **¿Cómo no se trasmite?**

- No se contagia a través del aire (estornudos, tos, etc.).
- No se contagia por compartir la vajilla, cubiertos, ropa, baño, teléfono, por viajar, escuelas, piscinas, playas, etc.
- Al donar sangre o cuando le sacan sangre para examinarla las agujas se usan una sola vez y se destruyen.
- No se contagia por el contacto de saliva, lágrimas, sudor, etc.
- No se contagia por dar la mano o abrazarse.
- Besos, masturbación mutua, caricias, no tienen riesgo de infección.

○ **Esta información puede ampliar en:**

- “Enfermedades Transmisión <http://www.escuela.med.puc.cl/publ/manualUrologia>.
- FALLOWS Dorothy, (2005), “Verdades y Mentiras” SIDA GLOBAL

Tema N° 2: Drogas y peligros.

Objetivos

- Sensibilizar al grupo sobre las consecuencias del consumo de drogas.
- Lograr que los participantes sean conscientes del riesgo de contraer el VIH por consumir drogas.

Duración: 60 minutos.

Método: Activo-Participativo.

Dinámica: Aprender a escuchar.

- **Objetivos:** Preparar al grupo para una sesión de trabajo; poner en común los diferentes posicionamientos para llegar a un acuerdo; aprender a escuchar, respetar y hacerse respetar.
- **Desarrollo:** Se hacen 4 grupos, se les da un tema relacionado a las consecuencias y peligros que ocasionan las drogas, para que lo trabajen entre todos, en 6 minutos, intentando llegar a un consenso, donde intercambiarán ideas y posiciones.

Técnica: Sesión de intercambio y esclarecimiento de ideas, estudio de casos, debate en grupo.

Material necesario: Rotafolio y bolígrafos.

Actividades:

1. Se explicará al grupo que se va a organizar una sesión de intercambio y esclarecimiento de ideas sobre las drogas en la cual se hablará sobre aquellas drogas que en opinión del grupo son las que circulan más entre los jóvenes y a las que están más expuestas.
2. Se preguntará a los participantes qué drogas a su juicio, entrañan un alto riesgo de contraer el VIH.

Se espera que se responda que las drogas inyectables son las que entrañan altos riesgos. Se analizará el por qué y se dará más información sobre la transmisión del VIH-SIDA, relacionado al hecho de compartir agujas y jeringas infectadas.

Se explican también los efectos del alcohol y otras drogas en el discernimiento y la predisposición a tener relaciones sexuales o compartir agujas.

Un joven cuenta

El sábado pasado fui a bailar. Estaba muy triste porque mi ex novia sale con otro chico. Durante el baile bebí demasiado. Un hombre me ofreció una droga nueva que

se inyecta directamente en las venas. Me convenció de que la probará, diciéndome que disminuye las tensiones y no crea dependencia. Utilicé su aguja para inyectarme la droga... y ahora me aterra pensar que tal vez tenga el SIDA.

3. Evaluación:

¿Qué drogas utilizó este joven?, ¿Por qué se inyectó droga?, ¿Qué otros motivos puede tener alguien para empezar a consumir drogas?, ¿Qué consecuencias podría tener para el joven de esta historia el haberse inyectado droga?

4. Se pide a los participantes que enumeren cinco buenos motivos para no consumir drogas.
5. Se pregunta a los participantes qué han aprendido con esta actividad y se pasa a revisar los aspectos más importantes.

○ **Esta información puede ampliar en:**

“Drogas y peligros” <http://www.google.es/search?&btnG=Buscar&hl=es&source=hp&aq=>

Tema N° 3: “Por ahora, no quiero mantener relaciones sexuales”

Objetivo

- Lograr que los adolescentes se den cuenta de que postergar su primera relación sexual es una alternativa probable para evitar riesgos, embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual como ser el VIH/SIDA.

Duración: 30 minutos.

Método: Reflexivo-Debate

Dinámica: Red de preguntas

- **Objetivo:** Tener conocimiento sobre lo que piensan los adolescentes de las relaciones sexuales en sus grupos de pares.
- **Desarrollo:** Se propone un tema sobre las relaciones coitales en la adolescencia y los componentes del grupo realizan preguntas en un papel que depositan en un recipiente, convirtiéndose así en preguntas anónimas. Una vez recogidas todas se van leyendo en voz alta y se reagrupan por subtemas. Una vez realizada la actividad, el animador o educador, debe intentar dar respuesta a las preguntas.

Técnica: Sesión de intercambio. Esclarecimiento de ideas. Debate en grupo.

Material necesario: Pizarra, tiza y bolígrafos, recipiente, papel.

Actividad:

1. Se escribirá el título "No quiero mantener relaciones sexuales" en la pizarra y se trazará dos columnas tituladas "Ventajas" y "Desventajas".
2. Se formará grupos pequeños y se propiciará el intercambio y esclarecimiento de ideas sobre las ventajas y desventajas de optar por la abstinencia sexual.
3. Se finalizará con un debate grupal, destacando los principales temas planteados en la sesión de intercambio y esclarecimiento de ideas.
4. Al finalizar la actividad se preguntará al grupo qué han aprendido. ¿Se relacionan las respuestas con lo que se esperaba que aprendieran los jóvenes?

Tema N°4: María está enamorada

Objetivo

- Identificar y analizar actitudes y valores vinculados a un comportamiento de alto riesgo.

Duración: 60 minutos.

Método: Análisis conjunto

Dinámica: Estudio de casos

- **Objetivos:** Desarrollar sentimiento de empatía en el grupo; concientizar; preparar al grupo para una sesión de trabajo.
- **Desarrollo:** Se entrega un texto para que sea narrado por una persona del grupo, y que trate de una experiencia relacionada con un tema que involucre a la adolescencia, en este caso es de enfermedades de transmisión sexual. Se divide la gente en subgrupos, que deberán contestar a dos o tres preguntas, y después se debate de manera grupal.

Técnica: Estudio de caso.

Material necesario: hojas de papel bond, marcadores de pizarra

Actividad:

- **Definición de Valores:**

Los valores, forman parte de los objetos, acciones y actitudes que el ser humano persigue por considerarlos valiosos. Se encuentran: La salud, riqueza, poder, amor, virtud, belleza, inteligencia, cultura, entre otros. En fin, todo aquello que en un momento se desea o aprecia.

¿Qué se entiende por valor?

Se considera "Valor" a aquellas cualidades o características de los objetos, de las acciones o de las instituciones atribuidas y preferidas, seleccionadas o elegidas de manera libre, consciente, que sirven al individuo para orientar sus comportamientos y acciones en la satisfacción de determinadas necesidades. Los Valores son guías que dan determinada orientación a la conducta y a la vida de cada individuo y de cada grupo social. En sentido humanista, se entiende por valor lo que hace que un individuo sea tal, sin lo cual perdería la humanidad o parte de ella. El valor se refiere

a una excelencia o a una perfección. Por ejemplo, se considera un valor decir la verdad y ser honesto; ser sincero en vez de ser falso; es más valioso trabajar que robar. La práctica del valor desarrolla la humanidad de la persona, mientras que el contravalor lo despoja de esa cualidad.

Desde un punto de vista socio-educativo, los valores son considerados referentes, pautas o abstracciones que orientan el comportamiento humano hacia la transformación social y la realización de la persona. Son guías que dan determinada orientación a la conducta y a la vida de cada individuo y de cada grupo social. La sociedad exige un comportamiento digno en todos los que participan de ella, pero cada persona se convierte en un promotor de valores, por la manera en que vive y se conduce.

Todo valor supone la existencia de una cosa o persona que lo posee y de un sujeto que lo aprecia o descubre, pero no es ni lo uno ni lo otro. Los valores no tienen existencia real sino adheridos a los objetos que lo sostienen. Antes son meras posibilidades."

¿Cuáles son las características de los valores?

¿Qué hace que algo sea valioso? La humanidad ha adoptado criterios a partir de los cuales se establece la categoría o la jerarquía de los valores. Algunos de esos criterios son:

- **Durabilidad:** Los valores se reflejan en el curso de la vida. Hay valores que son más permanentes en el tiempo que otros. Por ejemplo, el valor del placer es más fugaz que el de la verdad.
- **Integralidad:** Cada valor es una abstracción íntegra en sí mismo, no es divisible.
- **Flexibilidad:** Los valores cambian con las necesidades y experiencias de las personas.
- **Satisfacción:** Los valores generan satisfacción en las personas que los practican.

- **Polaridad:** Todo valor se presenta en sentido positivo y negativo. Todo valor conlleva un contravalor.
- **Jerarquía:** Hay valores que son considerados superiores (dignidad, libertad) y otros como inferiores (los relacionados con las necesidades básicas o vitales). Las jerarquías de valores no son rígidas ni predeterminadas; se van construyendo progresivamente a lo largo de la vida de cada persona.
- **Trascendencia:** Los valores trascienden el plano concreto; dan sentido y significado a la vida humana y a la sociedad.
- **Dinamismo:** Los valores se transforman con las épocas.
- **Aplicabilidad:** Los valores se aplican en las diversas situaciones de la vida; entrañan acciones prácticas que reflejan los principios valorativos de la persona.
- **Complejidad:** Los valores obedecen a causas diversas, requieren complicados juicios y decisiones.

- **Definición de Actitud:**

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente.

El término "actitud" ha sido definido como *"reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado"*.

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia, pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular.

Las actitudes raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía.

Las actitudes se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual).

Las emociones están relacionadas con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona. Entendemos por actitud una tendencia, disposición o inclinación para actuar en determinada manera. Ahora bien, en la actitud (preámbulo para ejercer una conducta), podemos encontrar varios elementos, entre los que descollarán los pensamientos y las emociones. Por ejemplo, en el momento de tomar la decisión de iniciar una relación sexual, si la actitud es favorable, encontraremos pensamientos positivos referentes a ella; así como, emociones de simpatía y agrado por la decisión.

Todos tenemos determinadas "actitudes" ante los objetos que conocemos, y formamos actitudes nuevas ante los objetos que para nosotros son también nuevos. Podemos experimentar sentimientos positivos o negativos hacia personas que viven con el VIH.

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante la discriminación hacia personas que son diferentes a nuestro grupo; por último, otros dependen directamente del individuo.

Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste.

- **Esta información puede ampliarse en:**

- "Los valores humanos" <http://www.ecojoven.com/uno/05/valores2.html>

- “Psicología Social ”TomoI–Plaza &Janes Editores SA <http://www.epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>.
- VILLAGRÁM Evelin “Respuesta a mis grandes dudas” pág. 9-13, Sexualidad Humana.

1. Se lee pausada y cuidadosamente el estudio de caso al grupo. Se tendrá precaución de no elegir el nombre de ninguno de los integrantes del grupo.

Estudio de caso

María piensa que está enamorada de Pedro, un chico de su escuela. ¡Es tan guapo! No se concentra en su trabajo escolar y come muy poco. ¡Y Pedro la ha invitado a salir el sábado por la noche! Ese mismo día María escucha una conversación por la que se entera de que Pedro ha tenido muchas novias con quienes mantuvo relaciones sexuales.

Evaluación:

2. Se invita a los participantes a elegir entre las posibilidades que figuran a continuación.

María:

- Hace caso omiso de lo que ha oído decir a los demás; el pasado de Pedro no tiene ninguna importancia.
- Decide olvidar a Pedro porque una relación con él sería demasiado arriesgada.
- Compra preservativos en previsión de una posible relación sexual con Pedro;

- Decide que si tiene relaciones sexuales con él tomará precauciones y utilizará anticonceptivos.

3. Se tratará que el grupo llegue a un consenso sobre el "mejor" proceder de María o examine las diversas posibilidades que tiene.

Se exhorta al grupo a examinar los juicios de valor que han hecho y las razones que los fundamentan. Puede ser difícil dirigir una actividad en la que no hay respuestas correctas o erróneas, por lo tanto se debe procurar que hablen sobre todo los integrantes del grupo. El objetivo de esta actividad es lograr que dialoguen, se escuchen mutuamente y reflexionen sobre estas cuestiones.

Tema N° 5: ¿Estás de acuerdo con los siguientes postulados?

Objetivo

- Analizar los propios valores y actitudes en relación con el VIH/SIDA.

Duración: 60 minutos.

Método: Activo- Participativo.

Dinámica: Los sombreros

- **Objetivo:** Concientizar de que a las personas se les establece unos roles que en ocasiones no son los aceptados; aprender a escuchar.
- **Desarrollo:** A cada participante se le coloca un sombrero con un letrero que designa un rol (payaso, jefe, experto,...), éste no ve el suyo, pero ve el de los demás, así, deben de mantener una conversación, de unos temas propuestos, en la que traten a cada uno de sus compañeros según el rol que lleve en la cabeza, y cada uno debe adivinar el que le ha tocado.

Técnica: Selección de determinados valores.

Material Necesario: Tres hojas grandes de papel cuadriculado, sobre las que estará escrito: "Estoy de acuerdo", "No estoy de acuerdo" "No estoy seguro", sombreros, letreros.

Actividad:

Se trabaja con los adolescentes utilizando signos de colores en cada hoja de papel: el verde para "Estoy de acuerdo", el rojo para "No estoy de acuerdo" y el naranja para "No estoy seguro. Se colocan las hojas de papel cuadriculado en tres rincones de la sala.

Postulados propuestos.

1. La persona infectada por el VIH es la única responsable de lo que le pasa.
2. Habría que poner agujas esterilizadas a disposición de los drogadictos que las pidan para inyectarse.
3. Todo el mundo debería usar preservativos libremente sin restricción de edad.
4. Habría que prohibir la prostitución para prevenir la propagación del VIH/SIDA.
5. Una mujer seropositiva no debería tener hijos.
6. Los jóvenes deberían tener acceso a servicios de asesoramiento y tratamiento de las ETS y el VIH.

Tema N° 6: ¿Cuáles son mis derechos?

Objetivos

- Identificar situaciones de violación de derechos humanos fundamentales.
- Examinar los propios valores respecto a las personas que viven con el VIH/SIDA.

Duración: 60 minutos.

Método: Analítico-Participativo.

Dinámica: El rumor

- **Objetivo:** Conseguir que el grupo no se confíe de las terceras fuentes de información, que al menos intente contrastarla, recurriendo a las primeras fuentes de información.
- **Desarrollo:** Se mantiene a tres o cuatro personas al margen del grupo, y el resto se quedan de espectadores. Los que están apartados llegarán de uno en uno, al primero se le leerá una noticia textualmente (no hace falta que sea muy extensa). Ahora deberá contarle al compañero la noticia, y éste contársela al siguiente, así sucesivamente. Cuando llegue al último, se comprobará como lo que le ha llegado al último no se parece en mucho a la noticia dada al comienzo.

Técnica: Sesión de intercambio y esclarecimiento de ideas. Debate en grupo.

Material Necesario: Un rotafolio, bolígrafos. Una hoja grande de papel con una lista de derechos humanos. Tarjetas con estudio de casos. “Copias para cada uno de los integrantes”.

Actividad:

1. Se explicará al grupo que se hablará sobre el VIH/SIDA y derechos humanos.
2. Se hará una sesión de intercambio y esclarecimiento de ideas sobre el tema: "¿Cuáles son los derechos humanos verdaderamente universales?". Se anotará las respuestas en el rotafolio, se pregunta al grupo si los niños tienen derechos particulares. ¿Pueden mencionar alguno? ¿Por qué es preciso que los niños gocen de esos derechos?

- La finalidad no es recitar la lista completa de los derechos humanos. Más bien, se trata de insistir en que todos los seres humanos son iguales y gozan de una serie de

derechos reconocidos por las Naciones Unidas. En virtud de sus necesidades particulares y su vulnerabilidad, los niños requieren una protección especial. De ahí que en 1989, las Naciones Unidas aprobarán la Convención sobre los Derechos del Niño. Algunos de esos derechos de los niños que también son pertinentes en lo que respecta al VIH/SIDA. También se deberá mencionar los derechos que existen en Bolivia.

3. Se explicará que en el contexto del VIH/SIDA, a menudo se han violado algunos derechos humanos. Por ejemplo, personas afectadas por el VIH/SIDA han sido estigmatizadas o discriminadas. Se explica al grupo que analicen juntos las violaciones de los derechos humanos, y se hará una lista de los derechos humanos pertinentes respecto al VIH/SIDA colocándola donde todo el grupo pueda verla. Se ponen las tarjetas de estudio de casos sobre una mesa situada en el medio del círculo de participantes, se pedirá a un voluntario que elija una y lea el texto en voz alta. Se pregunta al grupo cuáles de los derechos humanos fueron violados en ese caso. Y se analizan las respuestas.

4. Se continuará con el segundo estudio de caso, cuando se llegue al quinto, se distribuye la hoja con la selección de derechos del niño, para que los participantes examinen más detenidamente el contenido de los artículos.

- En esa hoja habrá que enumerar únicamente aquellos artículos que guardan relación con el VIH/SIDA.

5. Una vez finalizado el debate de todos los estudios de casos, se pedirá al grupo que reflexione sobre lo que podrían hacer para evitar que en su comunidad se violen los derechos humanos de quienes viven con el VIH/SIDA.

Evaluación:

Algunos derechos humanos que guardan relación con el VIH/SIDA.

- Derecho a la no discriminación y a la igualdad ante la ley
- Derecho a la salud
- Derecho a la vida privada
- Derecho al trabajo
- Derecho a la seguridad social
- Derecho a un acceso equitativo a la educación
- Derecho a casarse y a fundar una familia
- Derecho a ser protegido contra penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Estudio de casos

Caso 1

Rajesh, de 21 años, acaba de terminar sus estudios y le pide a Aarathi, con la que lleva varios años de noviazgo, que se case con él. Aarathi acepta. Rajesh es seropositivo y ella lo sabe. Como es tradicional en su cultura, antes de poder celebrar el matrimonio debe obtenerse el consentimiento de los tíos. Un mes antes de la boda uno de los tíos de Aarathi, doctor en medicina, informa a la familia de la novia que Rajesh donó sangre en una oportunidad y que en esa ocasión fue detectado seropositivo. Por consiguiente, Rajesh no puede casarse con su novia. Tanto Rajesh como Aarathi están abrumados por el hecho de que el tío de la muchacha comunicara el estado de Rajesh a gran parte de la comunidad y, también, porque no ha dado su consentimiento para que se casen.

Caso 2

Jane, estudiante de 17 años ha recibido una beca para estudiar derecho en la universidad Z, en el país Y. Está muy entusiasmada con esta oportunidad y cuenta la noticia a sus familiares y amigos. Dos semanas antes de viajar, el patrocinador de Jane le dice que la universidad quiere que se haga una prueba médica en una clínica determinada. En la clínica, se le toman muestras de sangre y de orina. No se informa a Jane sobre las pruebas que le harán. Pocos días después, Jane recibe una carta en la que se le comunica que la beca fue cancelada porque las pruebas han demostrado que es seropositiva y el país Y no da la visa a quienes son portadores del VIH. La

universidad Z tampoco acepta la inscripción de estudiantes seropositivos.

Caso 4

A efectos de disminuir el número de infecciones por el VIH, las autoridades de una ciudad decidieron someter a todos los trabajadores del sexo a la prueba de detección del VIH sin el consentimiento previo de éstos y sin haberles informado como corresponde. A quienes resultaran seropositivos se les prohibirá seguir ejerciendo.

Caso 5

Wittaya creció en una aldea pobre del norte de Tailandia. Hace un año, cuando tenía 12 años, un hombre prometió a los padres de la niña que le encontraría trabajo de empleada doméstica con una familia de Bangkok. En realidad, Wittaya fue vendida a un burdel y obligada a prostituirse. No se le permite salir del burdel y desde que dejó la aldea ha perdido todo contacto con su familia. Hace algunas semanas tuvo mucha fiebre, pero el gerente del burdel se limitó a darle medicamentos y no le permitió consultar al médico.

CONCLUSIONES

Las actitudes son verdaderos programas de referencia que inspiran ciertos modelos de conducta, tienen una función de conocimiento en cuanto nos ayudan a evaluar positiva o negativamente un estímulo o varios de diferentes índoles, organizar y determinar posturas de pensamientos y acciones revelando mucho la identidad de una persona y sus valores, se descubren características propias de quien habla o actúa y de aquellos con quienes interactuamos. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se presentan las siguientes conclusiones:

❖ El componente cognitivo, se refiere a las percepciones y creencias de un objeto por la información que tenemos del mismo; se puede evidenciar que tanto los adolescentes de colegios fiscales (72,8%) y colegios privados (65,2%) tienen un “conocimiento medio” en relación al VIH/SIDA, caracterizada por una información limitada hacia el tema de la enfermedad, mantienen ideas erróneas pues aún consideran que sólo los homosexuales y las personas de estratos sociales bajos se pueden infectar del VIH-SIDA y que las pastillas e inyecciones anticonceptivas son métodos para evitar ser infectados, no saben la diferencia entre tener VIH y padecer de SIDA. A falta de información correcta sobre estos temas los adolescentes se mantienen con una tendencia cognitiva limitada, lo cual puede llevar a una representación errónea.

❖ El componente afectivo se refiere al sentimiento de aceptación o de rechazo que una persona experimenta hacia un tema específico, este tiene un valor muy

importante por sí solo ya que pueden existir actitudes sin cogniciones, pero no pueden haber actitudes sin componente afectivo. Los adolescentes de colegios fiscales: (59.1%) y los adolescentes de colegios privados: (87%), presentan sentimientos positivos y emociones comprometidas con los adolescentes que viven con la enfermedad caracterizadas principalmente por sentimientos de tristeza, ante dicha situación.

También se observa desagrado al saber que los adolescentes no asumen responsablemente sus relaciones sexuales ya que la mayoría no usan preservativos al momento de tener relaciones coitales. Otro de los elementos identificados dentro de esta área es la molestia que manifiesta la mayoría al escuchar que la gente emite críticas destructivas ante este grupo de personas.

❖ El componente conductual se caracteriza por la predisposición a comportarse de una determinada forma, tomando en cuenta las creencias opiniones, y sentimientos. El 66.7% de los adolescentes de colegios fiscales y el 82.6 de los colegios privados manifiestan una predisposición comportamental intermedia ante un/a adolescente que está viviendo con la enfermedad; esto se debe a que los jóvenes muestran una verdadera indiferencia al momento de tener una relación de proximidad con estas personas como ser: compartir el comedor, realizar trabajos prácticos con alguien que tenga la enfermedad.

Otro elemento importante a la hora de poner en práctica ciertos criterios de prevención ante el VIH/SIDA es que los adolescentes no usarán la abstinencia como un método de prevención u otros métodos para evitar la enfermedad de transmisión sexual.

❖ Se puede concluir que en los tres componentes actitudinales: cognitivo, afectivo, conductual: el componente afectivo tiene una relevancia mayor que el resto, esto quiere decir, que los adolescentes están vinculados afectivamente con los pares

que pudiesen tener la enfermedad ya que tienden a expresar principalmente sentimientos de respeto, tolerancia y ayuda hacia ellos; ello se ve apoyado por los sentimientos de desagrado y molestia con aquellos que discriminan a las personas enfermas.

Tanto el componente cognitivo como el componente comportamental se encuentra en un término medio, lo que indica que lo que saben acerca de la enfermedad no influye en su conducta puesto que se mantendrían de una manera neutra al llegar a tener una relación directa con algún adolescente que padece esta enfermedad.

❖ Respondiendo a la hipótesis de la investigación que dice: “Los adolescentes de 4º de secundaria tanto de colegios fiscales como particulares no presentan diferencias ya que ambos tienen una actitud negativa frente a la enfermedad del VIH-SIDA, caracterizada por un nivel de conocimiento bajo, sentimientos de indiferencia y una tendencia comportamental negativa caracterizada por el rechazo y la discriminación al grupo de pares.

Se debe concluir que la hipótesis no se confirma, ya que los resultados obtenidos indican una actitud intermedia: con un componente cognitivo intermedio, afectivo alto, y un componente comportamental intermedio, en relación a sus pares frente a la enfermedad del VIH/SIDA. Existiendo una mínima diferencia en los porcentajes entre los colegios fiscales y particulares, de los tres componentes de la actitud.

❖ Se elaboró un programa de prevención dirigido a los adolescentes con la finalidad de lograr una actitud positiva frente a la enfermedad del VIH/SIDA, el mismo consta de 6 sesiones en las que se abordan principalmente temas referidos de concientización, reforzamiento del conocimiento, prevención, peligros, discriminación, valores, reconocimiento de los derechos que tienen las personas que viven con el VIH/SIDA, con una metodología, activa, participativa y sobre todo analítica-reflexiva.

Este programa servirá como base orientadora a profesores, profesionales y autoridades interesados en abordar la temática de manera tal que se promueva entre los jóvenes conocimientos adecuados que eviten sentimientos y respuestas prejuiciosas ante esta población. Con ello se pretende que la investigación no quede en un simple diagnóstico sino que se cuente con alguna alternativa que intente dar respuesta a lo identificado.

6.2. RECOMENDACIONES

Resulta pertinente destacar, que es fundamental crear conciencia y educar a la población de todos los estratos sociales, de manera que asuman una conducta responsable frente a las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH-SIDA; para ello se presenta a continuación una serie de recomendaciones:

Los alumnos:

❖ En nuestra sociedad se tiene la información básica de cuáles son las consecuencias y cómo se contrae el VIH-SIDA; sin embargo, este conocimiento no alcanza para frenar el avance de la enfermedad, ya que los adolescentes siguen manteniendo conductas riesgosas como si no fuesen vulnerables.

Es necesario que los adolescentes se vean interesados por profundizar el conocimiento sobre esta temática del VIH-SIDA; como ser los métodos de prevención, las consecuencias y riesgos que puede ocasionar la enfermedad si no es tratada a tiempo; es importante que aprendan y reflexionen acerca de su responsabilidad y los peligros que traen las conductas de alto riesgo. Para evitar estos peligros se debe retrasar la iniciación sexual, evitar las drogas, entre ellos el alcohol porque al estar bajo los efectos de los mismos se adoptan conductas de alto riesgo como tener relaciones sexuales sin protección.

A los profesores:

❖ La imagen del profesor/a es muy importante ya que estos pasan mucho tiempo con los/as adolescentes en el colegio y tienen gran responsabilidad en dar una buena enseñanza y hacer que su clase sea activa participativa, más aún cuando se habla de temas relacionados a las enfermedades de transmisión sexual y sobre todo del VIH-SIDA, no sólo se deberá brindar información sino que se debe intensificar la comunicación y difusión sobre el mismo, para que cada vez haya más información adecuada, disponible y accesible para los adolescentes, especialmente para aquellos

con mayores desventajas y vulnerabilidad, los cuales están más expuestos y corren mayores riesgos.

Debe fomentarse más el abordaje de temas relacionados a la sexualidad, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados. Las Consejerías de Sanidad y Educación, con el apoyo de las asociaciones de alumnos, deben programar actividades a lo largo del curso escolar.

❖ **Potenciar la educación entre iguales:**

Deberían potenciarse proyectos y programas de educación sexual entre iguales. Para llevar a cabo esta estrategia se requiere personal debidamente formado por lo que se recomienda un plan de formación en educación sexual de mediadores juveniles.

Los pares o iguales juegan un papel muy importante en la vida de los jóvenes que no puede ser reemplazado, ni por los padres, ni por otros adultos.

Las relaciones entre iguales son muy dominantes e influyentes durante la adolescencia y juventud. La gente joven aprende formal o informalmente de sus pares.

Debe incrementarse la educación por pares en los centros escolares, universitarios y en organizaciones y asociaciones juveniles, adaptándola a las características particulares de cada contexto. Es importante formar y supervisar a la gente joven cuando comienza a trabajar sobre estos temas en su comunidad.

❖ Los profesores tienen que ser capacitados para que sus intervenciones no se centren en el modelo biológico y puedan iniciar discusiones, estimular reflexiones acerca de la sexualidad en una dimensión socialmente construida, contemplando las perspectivas físicas, psicológicas, emocionales, culturales y sociales.

A los padres de familia:

❖ Todos deben contribuir a la prevención del VIH/SIDA; sigue haciendo falta que todos y todas especialmente los padres de familia, inicien la comunicación con sus hijos acerca de la sexualidad. Educar sobre sexualidad es contribuir a que hijos e hijas aprendan a conocerse, aceptarse y a vivir su sexualidad de forma satisfactoria. Así:

- **Hacer sentir a los hijos e hijas que se los quiere.** Para llegar a establecer relaciones afectivas satisfactorias es preciso que los/las adolescentes se sientan valorados, valoradas e importantes, que perciban que merecen la pena. Así aprenderán a expresar sus deseos y opiniones y tratarán de ser coherentes con su forma de pensar.

- **Hablarles de relaciones afectivas.** En la vida erótica la afectividad y las emociones tienen un gran papel. Por tanto, merece la pena hablar de ello, de la importancia de la ternura, el buen trato, el respeto, la atracción, los afectos, ¿Quiénes mejor que las madres, los padres o la familia para hablar de estas cosas, para hablar de los propios valores?. Además, también se transmiten esas ideas cuando se actúa en consecuencia.

- **Hablarles de lo que considere importante.** Seguro que hay muchas cosas que se consideran fundamentales sobre las que los hijos e hijas no han preguntado. Pero eso no debe ser un motivo para no hablarles de ellas. Se deben compartir las opiniones, valores, actitudes con los hijos e hijas (aunque no coincidan), ello ayudará a entender que hay muchas maneras de vivir la sexualidad, y también ir formando sus propios criterios. Aunque se considere que los hijos e hijas puedan tener otros recursos para informarse.

- **Hablarles de lo que le pregunten.** Prestar atención a los intereses de las hijas e hijos en materia de sexualidad es también contribuir a su educación en prevención. Tampoco es necesario ser expertos en la materia. Lo que cuenta es compartir lo que se sabe y que perciban que pueden seguir preguntándoles otras veces.

Entes gubernamentales y medios de comunicación:

- ❖ A los entes gubernamentales, promover programas y planes de prevención sobre el VIH/SIDA, en instituciones de salud sexual y reproductiva, y en las Instituciones Educativas del Estado, como también privadas.
- ❖ Los medios de comunicación desempeñan un papel importante en el fomento de la sensibilidad y la difusión de conocimientos acerca del VIH, y por consiguiente, en la prevención de la infección, son cada vez más importantes en la vida de los adolescentes.

Las campañas de los medios de comunicación son más eficaces cuando se combinan con esfuerzos de educación locales.