

**CARACTERIZACIÓN SOCIOLÓGICA DE PERSONAS VIVIENDO CON
VIH/SIDA EN PASTO**

MARIA CONSTANZA CRIOLLO MARTINEZ

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO**

2002

**CARACTERIZACION SOCIOLOGICA DE PERSONAS VIVIENDO CON
VIH/SIDA EN PASTO**

MARIA CONSTANZA CRIOLLO MARTINEZ

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de
Socióloga**

RICARDO OVIEDO AREVALO
Asesor

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO

2002

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, enero de 2001

*A mi hijo Andrey, fuente de
inspiración para alcanzar este
objetivo, a la familia Martínez y
familia López.*

Constanza

AGRADECIMIENTOS

Los actores de esta investigación:

Pacientes viviendo con VIH

Trabajadoras y trabajadores sexuales

Comunidad Gay

A las Instituciones:

Instituto Departamental de Salud

Fundación María Fortaleza

ASOCORO, Asociación de Municipios de la Cordillera Occidental

Empresas que colaboraron para la realización de esta investigación.

Moteles: El Paraíso, el Refugio, Quillasinga.

A mis amigos y compañeros en especial:

A Maritza, Edmundo, Julio Cesar y Jhon Jairo, por su apoyo incondicional, continuo y permanente.

A los profesores:

Por cada una de sus críticas y por su colaboración para terminar con esta investigación, y por la paciencia que tuvieron todos los años de trabajo conmigo.

A Guillermo Cabrera por su diaria formación académica y vivencial.

Y a quien es mi amigo y profesor, Ricardo Oviedo por su constante y continua asesoría, en esta ardua investigación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	20
1. JUSTIFICACIÓN	25
2. OBJETIVOS	26
2.1 OBJETIVO GENERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
4. MARCO REFERENCIAL	29
4.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL VIH/SIDA	41
5. METODOLOGÍA	55
6. ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	56
7. HISTORIAS DE VIDA “ TESTIMONIOS DE PACIENTES VIVIENDO CON EL VIH/SIDA”	80
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE ENCUENTROS EN MOTELES	93

81. ENCUESTAS EN MOTELES	93
8.2 ENCUESTAS EN EL COLEGIO SAN FRANCISCO JAVIER	101
9. ANALISIS DEL ENCUENTRO CON TRABAJADORAS Y TRABAJADORES SEXUALES	106
10. RESULTADOS, OBSERVACIÓN EN BARES DE AMBIENTE COMUNIDAD HOMOSEXUALIDAD O “BAR GAY”	115
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	123
BIBLIOGRAFÍA	134
ANEXOS	137

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Situación mundial de la epidemia VIH-SIDA 1993	44
Cuadro 2. Población con VIH por sexo	57
Cuadro 3. Población masculina con VIH de acuerdo a la categoría sexual y el tipo de relación sexual	59
Cuadro 4. Población con VIH de acuerdo al tipo de relación sexual	62
Cuadro 5. Clasificación de la población portadora del VIH por edad	64
Cuadro 6. Estado civil de las personas portadoras del VIH	65
Cuadro 7. Procedencia de pacientes con VIH	69

Cuadro 8. Procedencia de la infección	70
Cuadro 9. Captación de casos de VIH/SIDA por municipio	73
Cuadro 10. Motivo de examen VIH/SIDA	75
Cuadro 11. Profesión u ocupación laboral de las personas portadoras del VIH/SIDA	77

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Población por sexo	57
Gráfica 2. Población masculina con VIH según categoría y tipo de relación sexual	60
Gráfica 3. Población con VIH de acuerdo al tipo de relación sexual	62
Gráfica 4. Clasificación de la población portadora del VIH por edad	64
Gráfica 5. Estado civil de las personas portadoras del VIH	66
Gráfica 6. Procedencia de pacientes con VIH	69

Gráfica 7. Procedencia de la infección	71
Gráfica 8. Captación de casos de VIH/SIDA por municipio	73
Gráfica 9. Motivo de examen VIH/SIDA	767

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Universidad de Nariño Departamento de Sociología Fundación Maria Fortaleza	138
Anexo B. Entrevista Universidad de Nariño Facultad de Ciencias Humanas Departamento de Sociología	141
Anexo C. Sexo	143
Anexo D. Ministerio de Educación Nacional resolución 03353 de 1993 “por el cual se establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de educación sexual en la educación básica del país	144

GLOSARIO

E.T.S. Enfermedad de Transmisión Sexual.

I.D.S. Instituto Departamental de Salud

V.I.H. Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Homosexual. Dícese de aquel que se siente atraído por personas de su mismo sexo.

Bisexual. Dícese de aquel que se siente atraído por personas de ambos sexos.

Heterosexual. Dícese de aquel que se siente atraído por personas del sexo opuesto.

Travestí. Persona que se viste con la ropa propia del sexo opuesto.

Transexual. Dícese de la persona que ha cambiado de sexo mediante una intervención quirúrgica.

RESUMEN

Esta investigación se plantea en una relación de causa efecto, para primera instancia identificar los factores que influyen en la propagación del virus del VIH/SIDA y las consecuencias que afectan a las personas portadoras de la enfermedad en lo social, laboral y afectivo y así mismo formular una serie de recomendaciones que influyen en la transmisión de dicha enfermedad.

Las herramientas utilizadas para este estudio se basaron en los registros del Instituto Departamental de Salud y en el procesamiento de encuestas estructuradas, esto dentro de una perspectiva de la investigación cuantitativa, paralelo se trabaja en la construcción de unas historias de vida con sectores potencialmente vulnerables al virus, así como también se hizo un trabajo en especial en los denominados bares de ambiente con la comunidad homosexual, para indagar sobre las conductas sexuales de determinados grupos sociales, también se incluye en el estudio una estadística del comportamiento en lugares como en moteles, además de testimonios de personas como: homosexuales, y trabajadoras sexuales que

intervienen en el trabajo debido a la situación de “alto riesgo” por sus conductas sexuales sin medidas de prevención debido a su condición social y económica, son víctimas de todo tipo de señalamientos, intolerancia y discriminación, producto de una cultura parroquial desconociendo los factores universales de riesgo.

El estudio con los pacientes portadores de VIH/SIDA, se hizo a partir de la construcción de unas HISTORIAS DE VIDA y en ellas se pretende encontrar una serie de particularidades que ayudan a construir una experiencia personal de actores involucrados en esta pandemia, creando un interés real para la prevención del VIH/SIDA y de esta manera una mayor responsabilidad y conciencia social.

Se debe tener en cuenta que la educación sexual ha sido asignada en gran parte a las instituciones escolares, (el hogar es punto aparte en este asunto y la calle), al igual que los medios de comunicación se han convertido en un eje inapropiado e inadecuado pero frecuentemente para el aprendizaje del valor sexual y de la conciencia que se debe adquirir a través del proceso de socialización.

ABSTRACT

This investigation's aim is to determine the relationship cause –effect and to identify the factors that impact into the VHI/AIDS propagation and also it's consequences which impact people virus bearers in all the fields- social, working and affective.

This investigation is based into the Local Department Institute of Social Health registers and specific questionnaires. Simultaneously we tried to build the life stories of potentially exposed for the virus propagation sectors. We've included the study bases on the interrogation about the sexual workers and homosexuals etc. All those populations groups are vulnerable due to their sexual life without protection measures. And due to their social and economic conditions are signed as the main victims of all kinds of intolerance and discrimination, result of the parish culture without any knowledge about the universal risk factors.

The study with VIH patients named life stories was made to find the personal experiences and to create the real interest in the prevention of this pandemic and in this way to create more responsibility and social conscience.

We have to pay attention that the sexual education was assigned to the educational institutions (family is apart in this questions) as well as to the mass media which became inappropriate but frequent means of education about the sexual valor.

We have to create more conscience through the socialization process.

INTRODUCCION

Esta investigación se realizó, desde una perspectiva sociológica; el VIH/SIDA es una epidemia que cuestiona nuestro comportamiento sexual, ya que afecta la salud del portador y pone en riesgo la de los demás. Afectando los lazos de convivencia y tolerancia en el núcleo familiar y social más cercanas, razón por la cual esta epidemia ha sido estudiada como un fenómeno social, teniendo en cuenta las diversas definiciones que los principales teóricos de la sociología moderna le han asignado al hecho social, a las acciones, comportamientos, pensamientos y actitudes de los seres humanos.

En sí, el comportamiento social y/o sexual, en este caso, es el responsable del bienestar físico, mental y social de todo individuo que se supone se encuentra asociado a grupos como la familia, amigos o una relación de pareja, etc. Estos comportamientos ocasionan casos, como la promiscuidad sexual y la infidelidad que debilita la estabilidad entre actores, lo cual, ocasiona la conformación de otros lazos afectivos y sexuales que pueden aumentar el riesgo de infección.¹

¹ REVISTA INVESTIGACIÓN Y CIENCIA. No. 190. España. 1992. p. 8

“El número de población infectada de VIH/SIDA es preocupante, ya que, por cada infectado se multiplica por 10 habitantes más (este dato fue construido en una convención de médicos destacados de la ciudad de Pasto), entonces esto sería alarmante para el Municipio de Pasto el cual hasta la fecha llega a 111 pacientes, los cuales son atendidos por diferentes entidades de salud²”.

Esta investigación se plantea en una relación de causa efecto, para en primera instancia identificar los factores que influyen en la propagación del virus del VIH/SIDA y las consecuencias que afectan a las personas portadoras de la enfermedad en lo social, laboral y afectivo y así mismo formular una serie de recomendaciones orientadas a la prevención teniendo en cuenta los factores socio culturales que influyen en la transmisión de dicha enfermedad.

En lo metodológico se recurrió al análisis de los registros estadísticos del Instituto Departamental de Salud de Nariño IDS, y al procesamiento de encuestas estructuradas formuladas para esta investigación, esto dentro de una perspectiva de la investigación cuantitativa. Paralelo se trabajó en la construcción de unas historias de vida con sectores potencialmente

² INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD. Convención médica, agosto de 1999 - junio 1999.

vulnerables al virus, así como también se hizo un trabajo especial en los denominados bares de ambiente con la comunidad de homosexuales, para indagar sobre las conductas sexuales de determinados grupos sociales. En este sentido la parte metodológica plantea un análisis complementario entre el componente cualitativo y cuantitativo.

Los registros del IDS de Nariño han permitido acercarse con especial detenimiento a la construcción de una tipología de las personas portadoras del VIH, y por lo tanto establecer los factores de riesgo en función del sexo, edad, estado civil, procedencia de los pacientes, orientación sexual, se trate de homosexuales, bisexuales y heterosexuales, analizando la tendencia entre conductas promiscuas o estables en la sexualidad de los portadores del VIH, motivos de examen y profesión u ocupación laboral básicamente.

El estudio con los pacientes portadores del VIH/SIDA, se hizo a partir de la construcción de unas **HISTORIAS DE VIDA** (testimonios) y en ellas se encontró una serie de particularidades que ayudaron a construir una experiencia personal de actores involucrados en esta pandemia, creando un interés real para la prevención del VIH y de esta manera una mayor responsabilidad y conciencia social.

Este trabajo investigativo llevó también a encontrar testimonios de personas como: homosexuales y trabajadoras(es) sexuales que intervinieron en el trabajo debido a la situación de “alto riesgo” por sus conductas sexuales sin medidas de prevención y debido a que por su condición social y económica son víctimas de todo tipo de los señalamientos, la intolerancia y la discriminación producto de una cultura parroquial desconociendo los factores universales de riesgo.

El comportamiento social y/o sexual acompañado por una amplia gama de elementos superestructurales condicionan la estabilidad y mantenimiento del grupo familiar, ya que, la disolución de este eje comportamental ha llevado a conformar otro, y esto ha generado desequilibrio en los miembros de ambos grupos familiares y descuido en el diálogo y orientación sexual, es lo que se observó durante la investigación y nuevamente es evidente que es importante la permanencia de una pareja y del grupo familiar.

Se debe tener en cuenta que la educación sexual ha sido asignada en gran parte a las instituciones escolares, (el hogar es punto aparte en este asunto), o la calle al igual que los medios de comunicación se han convertido en un eje inapropiado e inadecuado pero frecuente para el aprendizaje del valor

sexual y de la conciencia que se debe adquirir a través del proceso de socialización.

Finalmente se hace una serie de recomendaciones a tener en cuenta por las instituciones de la sociedad para afrontar las causas y los efectos que giran en torno al malestar creado por la presencia del VIH/SIDA, como es a la construcción de una sexualidad saludable y ante todo a reconocer que la responsabilidad es colectiva, que la epidemia se está propagando con tanta fuerza, porque soporta unos móviles culturales cuando estamos llamados a cuestionar nuestras conductas sexuales.

1. JUSTIFICACION

Comprendiendo la necesidad de conocer el efecto que causa el virus del VIH en el sistema social y en si en las categorías sexuales rechazadas por equivocación por el desconocimiento de las formas reales del contagio, la investigación va dirigida a la búsqueda de un mecanismo de comunicación propuesto por los mismos pacientes o afectados directamente por el virus, a través de las historias de vida.

Partiendo de éstas, el estudio generará una alternativa de solución respecto al comportamiento y responsabilidad social y la concientización del genero humano para evitar la propagación del virus, además, mejorar la comunicación entre VIH/COMUNIDAD.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la influencia generada por la presencia del VIH/SIDA y la discriminación sufrida por los pacientes afectados por esta enfermedad, con el fin de presentar una alternativa como mecanismo de comunicación sobre el conocimiento de las formas reales de evitar la transmisión y realizar propuestas para mejorar nuestra comprensión con el paciente con VIH/SIDA.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la forma cómo adquirieron el virus.
- Conocer las historias de vida de las personas infectadas por el VIH/SIDA para estudiar su comportamiento dentro de la sociedad.
- Conocer el estado situacional de las personas afectadas por el VIH para estudiar su comportamiento social.

- Detectar cómo son tratados los afectados por esta enfermedad a través de las historias de vida.
- Determinar si el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida interviene en el desarrollo de actividades tanto laborales como afectivas de los pacientes con esta enfermedad.
- Con base en los testimonios de pacientes portadores del virus. Crear una conciencia social mediante una alternativa de comunicación sobre el conocimiento de las formas reales de evitar el contagio y la discriminación.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Partiendo de que toda enfermedad grave ocasiona discriminación o rechazo, esta investigación plantea el siguiente problema:

Cómo afecta socialmente al paciente y a su familia la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana y la discriminación o rechazo que sufren los pacientes registrados en el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD, de qué manera afecta su actividad laboral y afectiva, durante los dos últimos años en el Municipio de Pasto.

4. MARCO REFERENCIAL

Las pandemias en la historia de la humanidad siempre han remitido a oscuras visiones y sufrimientos de millones de infectados que deambulaban sin otra misión que esperar su lenta agonía y de paso propagar la enfermedad por contacto directo.

De estas visiones catastróficas tenemos registros tan antiguos como los del Nuevo Testamento, donde la lepra era asimilada a la peor desgracia de la época y corroborada por los diferentes profetas.

En el transcurso del siglo X, al ingresar Europa a la edad media que se caracterizaba por introvertir el desarrollo de Europa al continente, abandonar las antiguas rutas marítimas y caminos terrestres y según el proyecto Carolingio convertir a Europa en el centro de la religiosidad y de todo lo que esto representaba en una sociedad que venía de destruir el gran Imperio Romano. La satanización de la ganancia y por lo tanto del comercio y el surgimiento siglos adelante de los primeros burgos o centros urbanos, hacen que grandes masas de siervos sin tierra y clérigos pobres deambulen por

este continente sin otra intención que sobrevivir estos momentos de oscuridad económica y cultural.

“Bajo estas premisas, en el siglo XIII, se propaga desde el oriente la peste negra, arrasando con más de una tercera parte de la población europea³”.

Al descubrir los europeos a América no sólo existe un encuentro cultural que genera vínculos económicos, sino, ante todo existe un intercambio de virus y enfermedades, que por el aislamiento de América por miles de años los hacían aquí inexistentes.

El trabajo intenso y las pandemias periódicas de gripe, entre otras, exterminaron o mermaron demográficamente a extensos grupos humanos, obligando a traer nueva mano de obra de otros continentes, especialmente del África y con ello nuevos contactos sociales que generaron nuevas pandemias y con ello se originaba nuevamente el ciclo de las visiones apocalípticas del desconocimiento científico y social que generaban esos contagios.

3. PIRENNE, Henry. Historia económica y social de la edad media. Fondo de cultura económica. México 1939. p. 141.

Con la llegada de la era industrial en Europa, esta generó también sus propias enfermedades, el ántrax entre otras, se extendieron por los centros fabriles de Inglaterra y posteriormente en el continente, el manejo de la industrialización y las pésimas condiciones del trabajo fabril, hacen de esto una atmósfera propicia para el surgimiento de estas nuevas enfermedades, esta vez aminorados sus efectos por los avances científicos y médicos⁴.

El VIH aparece en el mundo en los años sesenta, cuando se presentan los primeros casos en el Africa y posteriormente en Haití.

La epidemia se expandió con rapidez al comienzo de los ochenta entre drogadictos intravenosos y varones homosexuales de los Estados Unidos y de Europa occidental. Este avance obedeció sin duda, a la introducción del virus en el seno de comunidades que guardaban unas pautas de conductas ideales para la propagación del agente: La adicción de droga y la promiscuidad sexual con cambios frecuentes de pareja⁵.

Por lo anterior, esta pandemia fue estudiada como un hecho social; ya que en la actualidad se sufren cambios bruscos tanto de sexo como de pareja, todo por el cambio en las costumbres sexuales en los últimos cincuenta años. Por lo tanto, la expansión del virus del VIH y otra Enfermedades de Transmisión sexual (ETS), están asociadas con factores socioculturales relacionados con las costumbres sexuales de una determinada sociedad o comunidad, de ahí que el paciente con VIH/SIDA traiga consigo

4. *Ibíd.*, p. 241

comportamientos, hechos, acciones y forma de pensar que ameritan ser estudiadas como un hecho social.

El problema del VIH/SIDA frente a otras tendencias sexuales diferente a la relación hombre - mujer como lo "homosexual," "bisexual" causa una serie de acciones discriminatorias por la sociedad que aprueba o desaprueba las diferentes actividades de los individuos, por eso, se identifica acciones de discriminación en diferentes grupos sociales y/o categorías como: Bisexualismo y Homosexualismo como también los y las trabajadoras sexuales (aunque no sea una categoría sexual.

En nuestra sociedad hay una concepción equivocada del Síndrome, del Homosexualismo, y de los y las trabajadoras sexuales, es lo que se percibió al entablar comunicación con personas "heterosexuales" ignorando que ésta es la categoría más tendiente a adquirir el virus a pesar de que no es propensa como los homosexuales o supuestamente como los y las trabajadores sexuales.

Haciendo referencia a los textos de sociología, en donde se analiza la discriminación del paciente con VIH/SIDA, y el rechazo que se hace con los

homosexuales, bisexuales y con prostitutas, se detecta que desde que se conoce el virus se hizo gran polémica sobre el tema.

Anteriormente el homosexual en otras comunidades, era aceptado, como parte de la naturaleza humana, pero el paciente con VIH/SIDA, aún no es aceptado, tan sólo lo es, en algunas ocasiones dentro de su familia.

La prostitución puede definirse como la oferta de favores sexuales a cambio de un beneficio económico. No existe una distinción clara entre la amante pagada y cuya razón principal para ofrecer placer sexual es el dinero que recibe de su señor, y la prostitución en sí, aunque la diferencia principal radica en el hecho de que la prostituta vende el placer sexual a numerosos compradores. La palabra “prostituta” empezó a emplearse comúnmente a finales del siglo XVIII. En la Antigüedad la mayoría de las proveedoras de placer sexual por razones económicas eran las cortesanas, las concubinas (amantes) y las esclavas. Las cortesanas y las concubinas ocupaban con frecuencia una elevada posición en las sociedades tradicionales.⁶

Hoy en día la prostitución ya no genera status social como en aquella época, con el fortalecimiento de las relaciones capitalistas, la prostitución no es otra cosa que una mercancía más, que está al vaivén de la oferta y la demanda, y que permea a todos los estratos sociales pero en especial aquellos de mayor fragilidad como son los estratos más pobres de la sociedad, en el caso de

⁶ GIDDENS, Anthony, Sociología. Alianza Editorial, Madrid. 1991. p. 228.

Colombia hay factores que inciden profundamente en este fenómeno en especial los cíclicos períodos de violencia que afecta por migración forzada a los sectores medios y más débiles del campo.

Le sumamos a lo anterior el desplazamiento forzado de mas de 1.500.000 personas que han engrosado los anillos de miseria de los principales centros urbanos.

En el caso de Pasto, se observa un buen número de mujeres provenientes de diferentes lugares del Departamento de Nariño, especialmente de negras provenientes de la Costa Pacífica y del norte del Ecuador expulsadas básicamente por la carencia de necesidades materiales, en este caso priman antes que problemas raciales la falta de integración nacional y pobreza de estos sectores.

Con su trabajo suplen las necesidades básicas como el alimento, vestido y otros, para otras es el sustento de cada día o como dicen ellas “es el pan de cada día”.

Hoy en día existen normas y derechos tanto para el portador del VIH/SIDA, como para el grupo de homosexuales que están organizados en algunos países, sin dejar a un lado a los y las trabajadoras sexuales, estas leyes cumplen la función de protegerlos de agresiones y/o discriminaciones por parte de personas que no aceptan a estos grupos que se supone ocasionaron el desbordamiento del virus; este hecho trastornó a algunos países. El estudio permitió conocer que no sólo la población homosexual es quien transmite el virus al resto de individuos, sino también que la población heterosexual está dentro del grupo de infectados supuestamente de menor riesgo de infección; se creía que este grupo era inmune a este virus pues los periódicos catalogaban a esta enfermedad como una “epidemia homosexual”, gracias a las investigaciones médicas se apartó la idea de que sólo fuera este grupo el causante de tal infección mortal para el individuo.

Aunque las investigaciones sobre el comportamiento del virus hayan avanzado al igual que la información a través de los medios de comunicación, lo incomprensible del asunto es que existiendo tanta información y mecanismos de prevención sigue la propagación del virus.

MICHEL FOUCAULT, hace alusión a la educación sexual cuando se refiere al sexo en el sentido de ser un tema a tratar sin vergüenza ni repugnancia, pero, la ignorancia y el miedo sobre el sexo, se convierten en los mejores custodios del comportamiento de los individuos. Toda natural curiosidad respecto al tema (sexualidad), como todo afán de experimentar, son considerados como sospechosos de conductas inmorales o de disposición enfermiza a conductas disolutas, depravadas o libertinas de las que el hombre debe alejarse.

Lo anterior se traduce, en actividades y conductas educativas y sociales duramente represivas, se puede afirmar que los resultados de tales conductas y actitudes han sido poco benéficos; ya que, se caracterizan por el progresivo distanciamiento entre los principios de moralidad que se postulan y la realidad que se intenta regular educativamente, pues los principios resultan cada día más contradictorios por los hechos que se presentan diariamente. Desde la más tierna edad se convierte en un tema clandestino y en torno a él se levanta un muro de silencio; los pensamientos clandestinos tienden a inclinarse a la desviación a fuerza de ser crueles, culpables y morbosos.

El niño está expuesto a todo lo que lo rodea y están con él todas las creencias buenas o malas de los adultos y desafortunadamente es la familia donde mayormente se presentan grandes prejuicios en torno a la sexualidad.

Es así como la historia nos enseña que las teorías y prácticas sexuales varían según la época y el lugar. Nuestra cultura nos ha legado un conjunto de valores, normas, creencias y actividades respecto a la sexualidad, propios de una cultura religiosa occidental, sin embargo, por los procesos de aculturación y difusión, estos valores, normas, creencias y actividades han experimentado algunos cambios.

El proceso de transformación cultural se logra en parte con la llegada de los conquistadores, pero entre los siglos XVI - XVIII ocurre una mayor influencia española en nuestra cultura, con algunos rasgos aún más acentuados, la dualidad de conductas y actitudes que los genera se hace patente en la formación de pareja; de un lado la institucionalización por la iglesia y oficialmente permitida, de otro lado, el concubinato y la poligamia no permitida oficialmente por la moralidad cristiana, pero es un fenómeno real y socialmente es admitida. La sexualidad mirada con un poderoso lente moral,

es sin embargo castigada únicamente cuando quien desobedece las órdenes es mujer o pertenece a la clase baja.

A finales del siglo XIX y principios del XX, se hace sentir la influencia europea, la doble moral sexual victoriana llegada con gran fuerza de Inglaterra encuentra el terreno propicio para prosperar en todas las capas sociales.

En efecto, no hace más que subrayar la ambigüedad entre la bendición y la condena, el hogar y el burdel, el bostezo y el exceso, lo que parece y no es.

La mujer buena debe ser asexuada y asexual. Sumisa en todos los aspectos; se contrapone la madre virginal con la prostituta portadora del goce y el placer.

Todo lo anterior hace referencia a cómo en realidad es tratado el tema de la sexualidad que forma parte de la socialización de todo individuo.

La salud ha sido considerada en el estudio de la siguiente manera:

“Salud, estado de completo bienestar físico, social y mental y no solamente la ausencia de enfermedad”.

"Enfermedad se entiende como la manifestación de una serie de desajustes de corte social, ambiental y biológico entre otros, siendo predominante la multicausalidad y no la prevalencia de cualquiera de ellas"⁷.

Al tener en cuenta estas definiciones comprobamos que el individuo es el responsable de la calidad de vida y de la educación de sus sucesores, ya que, interviene su forma de pensar y actuar en el desarrollo de su diario vivir.

La Sociología de la salud estudia los componentes sociales que influyen en los procesos tanto de prevención y curación de la misma, desde este punto de vista, es importante comprender la problemática social que involucra la enfermedad, especialmente referida a problemas que se relacionan directamente con el comportamiento de la sociedad, sus grupos y miembros específicos.

⁷ INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD. Cultura de la responsabilidad social para prevenir la transmisión del VIH/SIDA. p. 76

El SIDA puede ser considerado como una enfermedad, que altera profundamente, la actuación y roles que cumplen los individuos en el desempeño familiar, laboral, educativo y por sobre todo personal.

La enfermedad produce cambios profundos en el individuo que sufre este flagelo delimitando nuevos espacios de relación y comunicación. En este sentido se abre la oportunidad de contactarse con un grupo nuevo que corresponde a quienes padecen la enfermedad, pero la limita en un grado muy alto, la movilización hacia los sectores considerados normales.

Para la comprensión teórica de este problema es necesario analizar los grados de presión que ejerce la sociedad en detrimento de los derechos humanos del enfermo, a su vez, como este puede alterar los derechos de otros al igual que el comportamiento en esencia, sociológicamente podemos interpretar la enfermedad como un instrumento que pasa a ser disfuncional, tiene que ser concebido dentro de lo institucionalidad como una sanción de indudable trascendencia social.

4.1 RESEÑA HISTORICA DEL VIH/SIDA

En 1981, se registra en los Centros de Clasificación de Enfermedades de Atlanta, U.S.A, la aparición de una enfermedad extraña e inusual, de características mortales para los seres humanos, un síndrome que al parecer afectaba sólo a hombres jóvenes y homosexuales con un amplio historial de enfermedades sexualmente transmisibles, con aparición de enfermedades oportunistas severas, especialmente neumonía por *Pneumocytis carinii*, sarcoma de Kaposi y marcada disminución de linfocitos T4 o declinación de las células CD4. Se llamó Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.

Para entender mejor este nuevo lenguaje, se define:

- **Síndrome:** Es el conjunto de signos y síntomas que permite definir una enfermedad.

- **Inmuno:** Hace referencia al sistema de defensas del organismo que nos protege de las enfermedades.

- **Deficiencia:** Es la disminución de la capacidad de respuesta del sistema inmunológico del cuerpo.

➤ **Adquirida:** Significa que no es propia (Congénita) sino que se adquiere.

En 1982 se descubrieron trastornos similares en hemofílicos sin antecedentes de contactos homosexuales, en haitianos, en usuarios de drogas intravenosas, en politransfundidos y en mujeres que eran parejas sexuales de los enfermos.

En 1983, el Instituto Pasteur en Francia encuentra un virus en el ganglio linfático de una paciente con SIDA, un retrovirus no transformante, que infectaba los linfocitos T4. Se han aislado varios virus los cuales se han clasificado con VIH I, VIH II y VIH III. Todos atacan las células sanguíneas humanas, pero tiene diferencias en cuanto a su estructura y material genético, período de incubación diferente cuadro clínico más o menos agresivo y expansión geográfica.

El virus del VIH se propaga mundialmente en dos genotipos diferentes, el VIH I y el VIH II. El VIH I se presenta en el hemisferio occidental, Europa, Norteamérica, América Central, Sur América y África Oriental. El VIH I que es menos virulento se presenta en ciertas regiones de África Central, donde en ocasiones aparece el VIH II.

En 1984, se logra cultivar el nuevo virus VIH III, se dice que se originó en África Central en la década de los 50. Inicialmente fue una infección Retroviral de los monos de África Central que de alguna manera pasó a los humanos. De África pasó a Haití y de allí a U.S.A y Europa con epidemiología típicamente heterosexual en África y Haití.

En 1985, se clasifica el virus como el primer lentivirus humano y se realizan pruebas con reactivos que permiten diagnosticarlo en Banco de sangre.

En 1986, se unifica la denominación del virus y se decide darle el nombre actual Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

VIH del género lentivirus, de la familia de los RETROVIRIDAE; se caracteriza por producir infecciones lentas, deteriorando el sistema inmunológico hasta desarrollar el SIDA.

La distribución de población a escala mundial durante los primeros años de aparición del virus fue así:

Cuadro 1. Situación mundial de la epidemia VIH-SIDA 1.993

REGION	INFECTADOS POR ELVIH (ACUMULADO ESTIMADA ADULTOS)	CASOS DE SIDA (ACUMULADO ESTIMADA ADULTOS)	DISTRIBUCION POR GENERO DE LA PREVALENCIA DE INFECCION EN ADULTOS.	
			HOMBRES	MUJERES
AFRICA SUB- SAHARIANA	>8.000.000	>1.500.000	45	55
SUR Y SURESTE DE ASIA	1.500.000	>30.000	65	35
AMERICLATINA Y EL CARIBRE	1.500.00	>240.000	80	20
NORTEAMERICA	>1.000.000	>30.000	85	15
AFRICA DEL NORTE Y ORIENTE MEDIO	>75.000	10.000	80	20
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	50.000	>3.000	87	13
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	50.000	>3.000	87	13
ASIA ORIENTAL Y EL PACIFICO	>1.000	663	85	15
AUSTRALIA Y ASIA	>25.000	< 5.000	85	15

Fuente: Fundamentos de medicina. SIDA enfoque integral 2ª edición. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín 1996. Pág. 50-52.

Características del VIH:

1. Es pequeño y simple, mide 1/10.000 mm.
2. Es relativamente débil. Muere instantáneamente cuando es expuesto al aire libre.

3. El VIH es muy frágil y no vive fuera del cuerpo lo afecta y mata la sequedad, el calor y los desinfectantes, en especial el Hipoclorito de sodio.
4. El VIH no se contagia, se transmite.
5. El VIH no tiene manifestaciones externas de las personas infectadas.
6. "El VIH es la causa y el SIDA es la consecuencia".

Algunas de las enfermedades oportunistas que produce el SIDA son:

- **Neumonía por pneumocystis carinii (NPC):** causado por un parásito unicelular parecido a un hongo, común en el mundo entero infecta los pulmones. Antes del SIDA, se encontraba en los pacientes de trasplante renal cuyo sistema inmune había sido suprimido químicamente. Se presenta en un 60% a 80% de los pacientes de SIDA. En un principio, causó la muerte de un 30 a 50% de pacientes con SIDA, pero en la actualidad se ha podido controlar mejor por medio de la antibiótica, es decir, administrándole al paciente el tratamiento adecuado antes de que aparezcan los síntomas.

- **Sarcoma de Kaposi (SK).** Cáncer maligno de la piel. Aparece en un principio en forma de lesiones (heridas) rosadas, violáceas o pardas, por lo

general en los brazos o las piernas, y luego se disemina por el resto del cuerpo. A los enfermos de SIDA les puede afectar también el tracto gastrointestinal, los pulmones y otros órganos internos. En un principio, se presentaban en el 46% de los enfermos de SIDA homosexuales, y solamente en el 3.8% de los enfermos heterosexuales consumidores de drogas inyectadas. El inicio de la enfermedad está estadísticamente relacionado, en los hombres homosexuales, con las relaciones sexuales orales / anales y el contacto con la materia fecal.

➤ **Toxoplasmosis.** Es una enfermedad causada por el *Toxoplasma gondii*, el cual infecta la sangre y muchos de los tejidos. Es común a los seres humanos y a muchos animales domésticos y salvajes. Los humanos pueden contagiarse a través de los excrementos de gato y de la carne mal cocida, especialmente de la de cerdo. En los pacientes de SIDA tiende a infectar a los tejidos del sistema nervioso central (el cerebro y los nervios). También causa neumonía y hepatitis (inflamación / disfunción del hígado). En los centros de consulta externa se ven muchos brotes menores que no representan una amenaza para la vida. En los pacientes de SIDA puede ser una causa importante de mortalidad.

➤ **Infección por citomegalovirus (CMV).** Normalmente se halla en las glándulas salivales de los seres humanos. Causa problemas en los ojos, pulmones, hígado y glándulas suprarrenales, esta infección pasó a ser una de las primeras causas de muerte en los enfermos de SIDA. Con frecuencia se encuentra en los centros de consulta externa, donde se ha demostrado que sobrevive hasta 30 minutos en juguetes y plexiglás. En persona con sistema inmune bueno no causa mayores síntomas.

➤ **Criptococosis.** Causado por un hongo que vive en el excremento de la paloma. Común en los seres humanos y en otros mamíferos, especialmente los gatos. Muy frecuentemente causa meningitis, inflamación en la médula espinal y de las membranas cerebrales, inflamación del revestimiento del corazón y úlceras cutáneas. La terapia con droga es cada vez más exitosa.

➤ **Infecciones herpéticas.** Causadas por el virus del herpes simplex 1 y 2, llagas en los labios y en los genitales, en los pacientes con SIDA se forman úlceras crónicas con frecuencia en el rostro y a veces en los ojos; en los hombres homosexuales suele afectar a la zona anal.

➤ **Tuberculosis (TB).** Causada por una bacteria o infección no oportunista, que se presenta en toda clase de personas con o sin VIH. En persona con el VIH/SIDA reactiva y predispone a esta enfermedad.

➤ **Infección por micobacterium.** Causada por una bacteria comúnmente en la saliva del ser humano, causa un tipo de tuberculosis, con lesiones pulmonares. En su forma generalizada afecta a los intestinos, la sangre, el hígado y el bazo.

➤ **Infección de Epstein-barr.** Causado por un virus, al cual se le atribuyen la mononucleosis y linfomas (cánceres en el tejido linfoide), el sistema inmune ataca a su propio cuerpo, como sucede en la etapa avanzada de la infección por el VIH. Consistente en unas placas algodonosas en la lengua, las cuales no desaparecen al frotarlas como sucede con la lengua velluda” de los fumadores. Al parecer permanece latente hasta que se presenta la infección producida por el VIH.

➤ **Infección por herpes zoster.** Causado por otro virus de herpes. También conocida como varicela. Puede causar inflamación en los ganglios espinales y craneanos. En los pacientes de SIDA la infección puede esparcirse por

todo el cuerpo, y suele ser uno de los síntomas clínicos iniciales de los individuos infectados con el VIH.

➤ **Criptosporidiosis.** Es una enteritis (inflamación / tumefacción intestinal) causada por un parásito unicelular común tanto en los animales domésticos como en los salvajes. En los centros de consulta externa se presentan muchos brotes menores que no constituyen una amenaza para la vida. Para los enfermos de SIDA puede constituir una causa principal de mortalidad.

➤ **Candidiasis.** Causada por una especie de *Cándida*, un hongo común en la piel, la boca, la vagina y el tracto gastrointestinal de los seres humanos. En los enfermos de SIDA suele presentarse en la boca: puntos o parches blancos en los lados de la lengua, y a veces en las mucosas de los carrillos. Por lo general se alojan debajo de la matriz de las uñas y alrededor de las axilas, la ingle y el recto.

¿Cómo se contrae y se transmite el virus de inmunodeficiencia humana?

El virus debe viajar desde el interior de una persona al interior de otra persona, debe llegar al torrente sanguíneo y apoderarse de una célula de un nuevo hospedante, los virus no pueden entrar en el cuerpo a través de la piel intacta, por lo tanto deben encontrar una herida abierta o uno de los tantos orificios del cuerpo. La mayoría de esos orificios del cuerpo contienen membranas mucosas, estas poseen unas sustancias químicas que atacan a los virus y mantienen húmedos los tejidos circundantes.

Sitios donde se encuentra el virus en los seres humanos

El VIH está en cualquier líquido o sustancia del cuerpo de la persona afectada que contienen linfocitos (células T4 y compañía).

Entre ellas están:

La sangre, el semen, las secreciones vaginales y el cuello uterino, la leche materna, (la saliva, las lagrimas, la orina, y la materia fecal). Estas

en menor cantidad; no se ha comprobado que un individuo contraiga el virus a través de estos fluidos.

Métodos posibles de transmisión del VIH:

➤ **Relaciones sexuales vaginales.** Se puede transmitir y está comprobado que es más fácil la transmisión de hombre a mujer que de mujer a hombre; aunque este contacto no sea eficaz para la transmisión de la infección como el contacto anal que es un medio más eficaz para la transmisión.

➤ **Relaciones sexuales anales.** Durante las relaciones sexuales anales, la persona receptora es la que corre el mayor riesgo de contraer el VIH. La receptora es aquella a quien la penetran. El alto riesgo existe, bien sea la persona receptora hombre o mujer. Lo que no está claro aún es el mecanismo por el cual se produce el contagio.

➤ **Relaciones sexuales orales.** Se definen como el contacto entre la boca de una persona y el pene, la vagina o el ano de otra persona, siendo los portadores el semen, las secreciones cervicales y vaginales, la materia fecal o la sangre.

Una vez dentro de la boca, el VIH puede penetrar por la mucosa bucal o llegar al torrente sanguíneo a través de muchas rutas, incluyendo heridas pequeñas como llagas, encías sangrantes (por lesiones que producen el cepillo, la seda dental o un beso traumático) y mordidas autoinfligidas

➤ **Acto sexual entre lesbianas.** Hay por lo menos un caso en que una lesbiana contagió a su compañera. Las dos tuvieron relaciones sexuales orales, e introdujeron los dedos en la vagina y el ano.

➤ Tal vez el riesgo para la persona que hace la penetración está en el contacto con la materia fecal o con la sangre presente en el ano. Todas las personas tienen heridas pequeñas, casi invisibles alrededor de las cutículas de las uñas de la mano, las cuales pueden servir de entrada para el virus.

➤ **Objetos artificiales.** En caso de que cualquier objeto artificial entre en contacto con sustancias corporales contaminadas, debe ser esterilizado o desinfectado antes de insertar en algún otro de los orificios del cuerpo.

➤ **Transfusiones de sangre.** El VIH parece estar presente en la mayoría de los componentes de la sangre humana.

➤ Utensilios de uso doméstico e instrumentos médicos. **Es posible que la infección por VIH se pueda transmitir de una persona a otra por medio de cuchillas de afeitar y de cepillos de dientes, los cuales pueden entrar en contacto con sangre. Sin embargo, lo más probable es que ambas personas tengan que sangrar para que se produzca el contagio.**

Las agujas intravenosas, el riesgo de las agujas está en que sean utilizadas más de una vez o en compartirlas con una persona. El VIH se transmite a través de la pequeña cantidad de sangre que queda en la jeringa o en la aguja después de ser utilizada.

➤ Embarazo. **El VIH puede cruzar la barrera placentaria. No todos los bebés de madres infectadas por el VIH contraen la infección. La cifra de los bebés que contraen el virus oscila entre el 50% y el 30%. El diagnóstico se hace en la mayoría de los casos antes del primer año de vida.**

Otros casos son: transplante de órganos, inseminación artificial, trabajadores de la salud infectados, salpicaduras de sangre / contacto

con secreciones corporales y de materia fecal, instrumentos para sacar sangre, mordeduras, escupitajos.

➤ Casos en los cuales no se ha encontrado contagio. **“Existe un gran temor de contraer el virus a través del contacto casual como saludar dando la mano, estar en el mismo sitio con la persona infectada, tocar los pomos de las puertas, o por compartir el mismo retrete o cuarto de baño”.**

5. METODOLOGIA

Como primera medida se hizo una conceptualización sobre el tema que se desarrolló y se buscó los registros existentes en el Municipio de Pasto; también se utilizó herramientas para la recolección de información como medidas de acercamiento con las personas afectadas y con el resultado se analiza y compara el comportamiento y tendencia de este problema social.

Las técnicas de orden cualitativo (historias de vidas y observación) y técnicas de orden cuantitativo (encuestas). Además de utilizar los archivos de pacientes que existen en entidades estatales y ONG´S, con estas herramientas se recolectó la información necesaria y como resultado se obtuvo el comportamiento y tendencia de este problema social en el municipio de Pasto.

6. ANALISIS DE LOS REGISTROS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

El Instituto Departamental de Salud de Nariño ha registrado 70 casos de personas que han contraído el virus del VIH/SIDA hasta el año de 1.999.

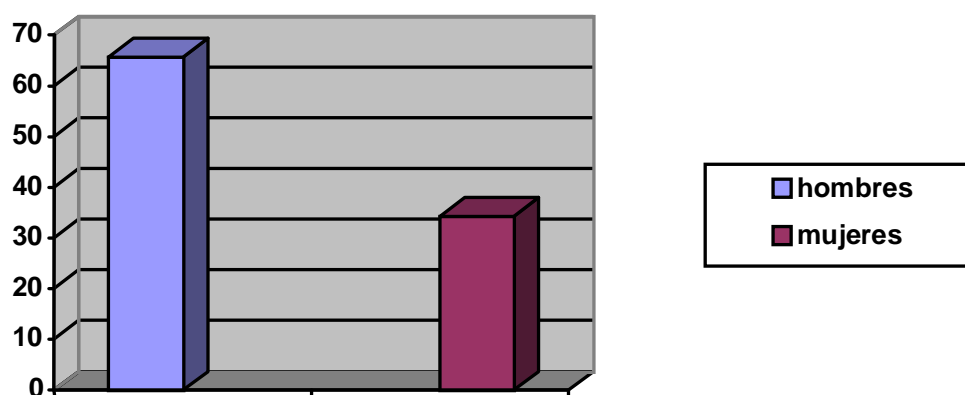
Sobre estos casos se tiene una información básica de las personas portadoras del virus como es: sexo, edad, procedencia de los pacientes, procedencia de la infección, lugar donde es captado cada caso; tendencia sexual clasificada como: Homosexual, bisexual, heterosexual; los motivos que llevaron a practicar un examen y la profesión u ocupación laboral básicamente.

De los 70 casos registrados, 46 son hombres representando el 65.71% y 24 casos de mujeres que representan el 34.29% de la población. (Ver gráfico 1).

Cuadro 2. Población con VIH por sexo

GENERO	N°	%
Hombres	46	65.71
Mujeres	24	34.29
TOTAL	70	100.00

Gráfico 1. Población por sexo



La población masculina infectada es considerablemente alta respecto a la femenina; situación que puede ser explicada por varios factores, relacionados básicamente con las conductas sexuales, como la situación manifiesta de una elevada tasa de promiscuidad en 30 de los 46 casos de sexo masculino,

asociado a la presencia de tendencias sexuales como el homosexualismo y el bisexualismo en un 24.39% y un 12.86% respectivamente. Debido a patrones culturales que regulan las relaciones sexuales en nuestra sociedad (como el prototipo del hombre “ macho”), a criterios tradicionales que determinan en la sexualidad del hombre (la cultura) como la moralidad cristiana que se niega a aceptar el uso del preservativo y otras formas de planificación familiar. Desconociendo la probabilidad de riesgo que se corre con la presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), de tal manera que los criterios moralistas-religiosos, prácticas, tradiciones, creencias etc., están disociados de los problemas de insalubridad presentes en la actualidad.

Igualmente durante los últimos años el virus del VIH/SIDA se ha diseminado en grupos sociales que por sus condiciones de marginalidad se convierten los más vulnerables a las ETS. Ubicándose en mayor magnitud en los países en vía de desarrollo, entre los sectores de la clase social media y baja, los cuales carecen de la información necesaria sobre el problema así como también de una asistencia básica en salud y la educación necesaria que permita prevenir el riesgo latente de ser propenso a sufrir un contagio.

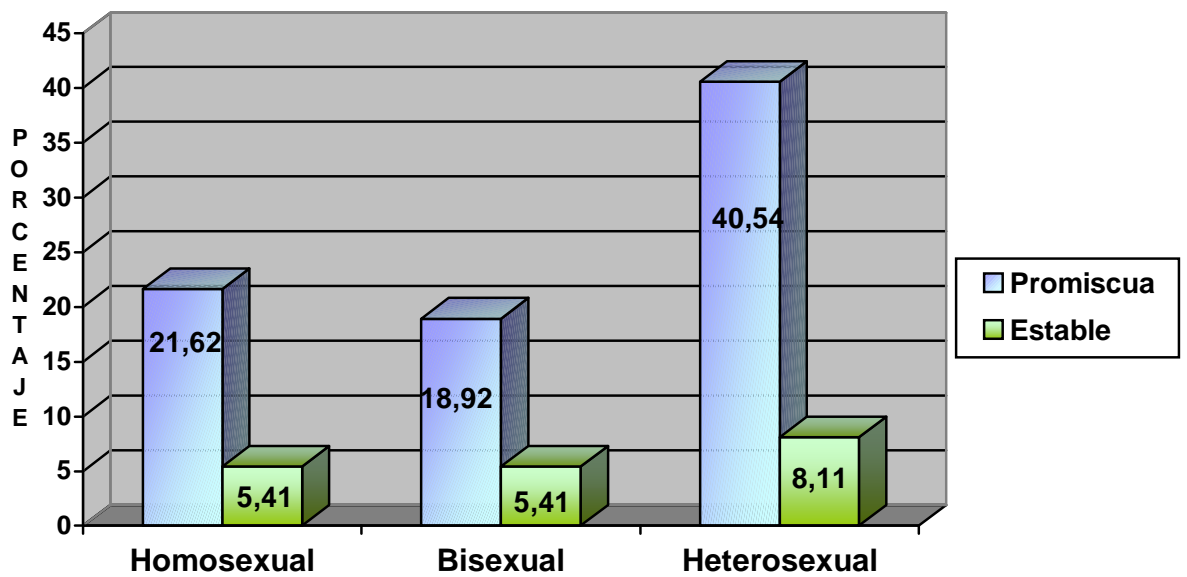
Es así como la marginalidad social se constituye en el mayor factor de riesgo en la transmisión de enfermedades sexuales, igualmente es donde se debe hacer énfasis en los programas de prevención de ETS.

Respecto a la población masculina infectada con el VIH/SIDA; diez (10) son de tendencia homosexual, y de estos ocho (8) se consideran promiscuos en su vida sexual y dos (2) estables o monógamos; nueve (9) son de tendencia bisexual de los cuales siete (7) se consideran promiscuos y dos (2) estables y dieciocho (18) de orientación heterosexual de los cuales 15 se consideran promiscuos y 3 estables en su sexualidad. Sin embargo no se debe desconocer que el tipo de relación promiscuo versus estable es un criterio subjetivo en la sexualidad de una persona y puede experimentar cambios. (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Población masculina con VIH de acuerdo a la categoría sexual y el tipo de relación sexual

ITEMS	HOMOSEXUAL	BISEXUAL	HETEROSEXUAL	TOTAL
PROMISCOUO	21.62 %	18.92	40.54	81.08
ESTABLE	5.41 %	5.41	8.11	18.92
TOTAL	27.03 %	24.32	48.65	100

Gráfico 2. Población masculina con VIH según categoría y tipo de relación



Como se puede apreciar en el cuadro anterior, la población masculina que considera llevar una vida sexual promiscua es proporcionalmente mayor que aquellos que consideran que su sexualidad es estable o monógama, en los diferentes casos de orientación sexual, ya sean homosexuales, bisexuales o heterosexuales en una relación de 81,08% a 18,92% respectivamente. Convirtiéndose la promiscuidad en un factor real de riesgo a contraer una ETS, en un medio social donde se carece de medidas preventivas.

➤ **Población femenina.** La población femenina infectada es del 24.39% con 24 de los casos registrados, de los cuales 23 se identifican de orientación heterosexuales y hay un caso que corresponde a una menor de edad. De estos 23 casos 13 consideran llevar una sexualidad estable o sea el 31.71% y 10 consideran llevar una sexualidad promiscua o sea el 24.39%, respecto a la población masculina y femenina de orientación heterosexual como se puede apreciar en el cuadro 4 y gráfico 3.

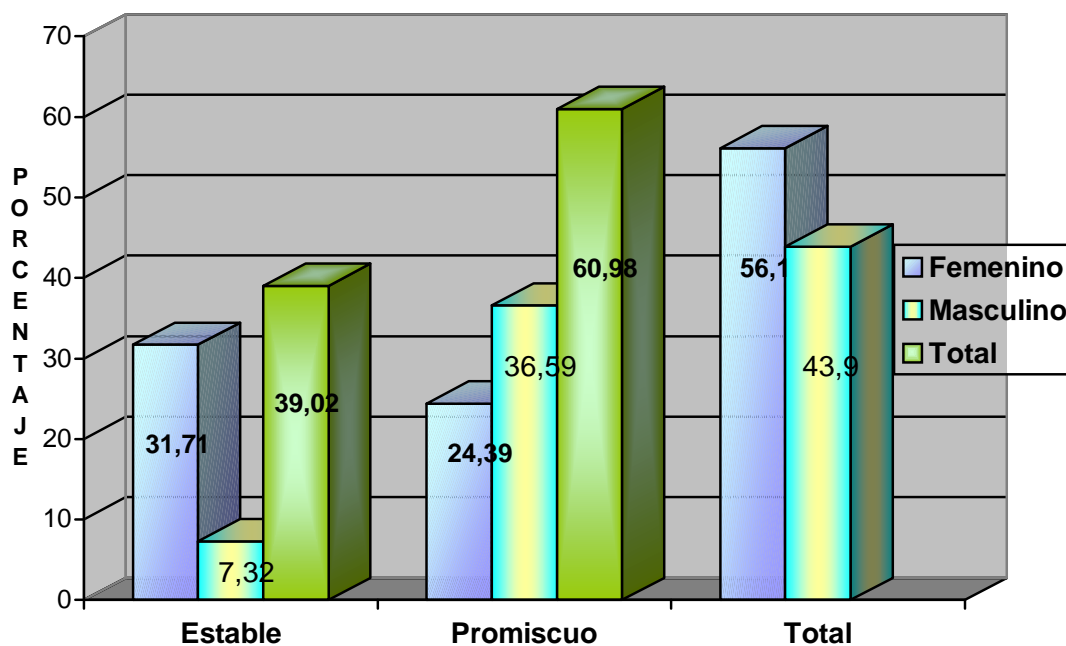
Al comparar la población masculina y femenina, se observa como hecho característico:

- En primer lugar que la totalidad de la población femenina es de orientación heterosexual.
- En segundo lugar, la tendencia promiscua – estable es totalmente opuesta, mientras la mayoría de la población masculina se considera promiscua en 30 de los 46 casos, la población femenina esta en una relación más equilibrada, orientada más hacia un tipo de sexualidad estable con 13 casos frente a 10 que consideran llevar una sexualidad promiscua.

Cuadro 4. Población con VIH de acuerdo al tipo de relación sexual

	ESTABLE	PROMISCOUO	TOTAL
FEMENINO	31.71	24.39 %	56.10
MASCULINO	7.32	36.59 %	43.90
TOTAL	39.02	60.98 %	100

Gráfico 3. Población con VIH de acuerdo al tipo de relación sexual



“En este sentido es pertinente inferir que la elevada población masculina sobre la femenina infectada con el VIH/SIDA es explicable en gran medida

por las conductas sexuales en el orden de la promiscuidad, sumado a la carencia de medidas de prevención y salubridad mínimas que es necesario tenerlas en cuenta en la vida sexual de cada individuo, ya que, este es el principal factor de propagación de dicha enfermedad.

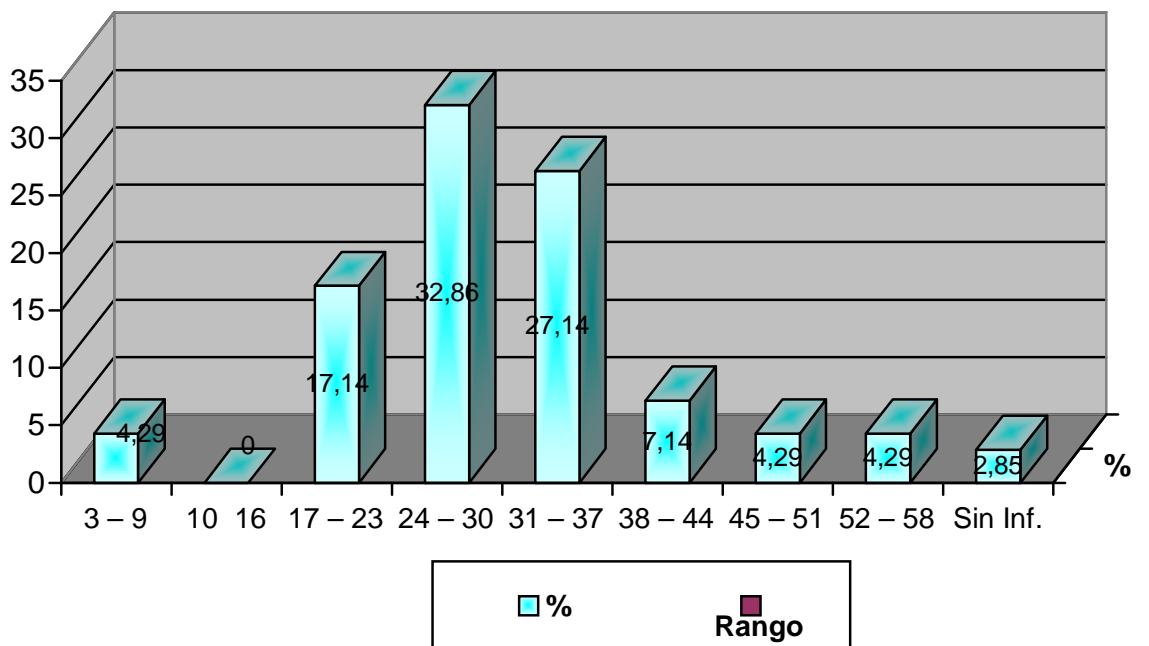
Esta situación es paradójica ya que varias teorías proponen explicar tendencia ascendente en la infección por VIH/SIDA en mujeres debido a que la transmisión del virus de hombre a mujer es 2 a 16 veces más efectiva que la transmisión de mujer a hombre, en gran parte debido a que en una relación sexual, la mujer es receptora y expone una superficie mucosa de mayor área (vagina o recto) que retiene el semen por largo tiempo y con mayor susceptibilidad de laceraciones durante el coito, que el pene y por lo tanto con mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA.

Por otra parte la clasificación de la población infectada por rangos de edad, independientemente del sexo y/o tendencia sexual, da como resultado que el 77.14% de la población (54 de los casos) se encuentran entre los 17 y 37 años de edad, cuando la persona empieza a desarrollar su vida sexual, consecuentemente la persona ya se expone en situaciones de riesgo o de contagio. (Ver cuadro 5, Gráfica 4).

Cuadro 5. Clasificación de la población portadora del VIH por edad

	Rango	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	3 – 9	3	4.29
2	10 - 16	0	0
3	17 – 23	12	17.14
4	24 – 30	23	32.86
5	31 – 37	19	27.14
6	38 – 44	5	7.14
7	45 – 51	3	4.29
8	52 – 58	3	4.29
9	Sin Inf.	2	2.85
10	TOTAL	70	100

Gráfico 4. Clasificación de la población portadora del VIH por de edad

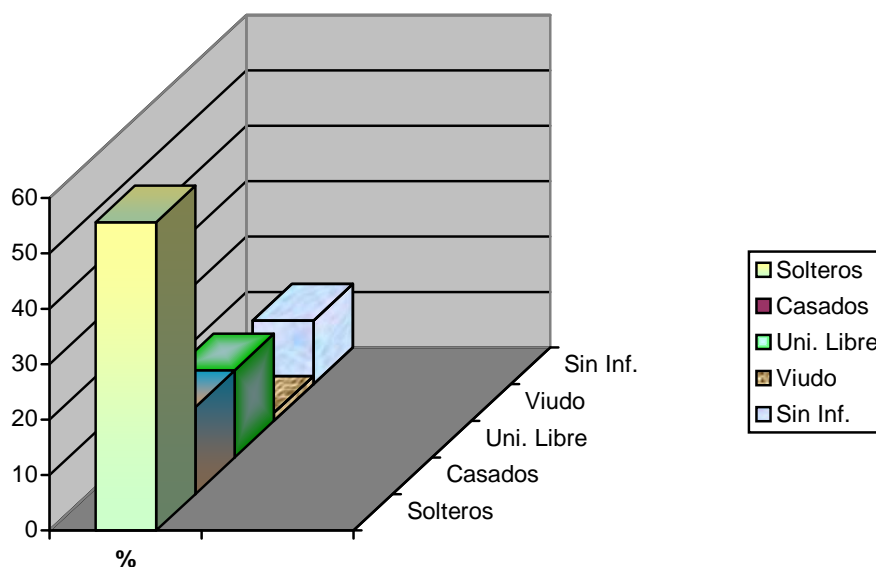


En cuanto al estado civil de la población infectada por VIH/SIDA: el 55.71% son solteros (39 personas), el 15.71% son casados (11 personas), otro 15.71% mantiene una relación extramatrimonial (unión libre), un 1.43% es viudo y de un 11.43% se desconoce información sobre su estado marital. Esta variable nos da a entender que las personas solteras son las más propensas a sufrir un contagio, explicable en razón de la promiscuidad y a la carencia de medidas de prevención y protección. (Ver cuadro 6 y gráfico 5).

Cuadro 6. Estado civil de las personas portadoras del VIH

ESTADO CIVIL	N°	%	MASCULINO		FEMENINO	
			N°	%	N°	%
Solteros	39	55.71	32	45.71	7	10.00
Casados	11	15.71	5	7.14	6	8.57
Uni. Libre	11	15.71	3	4.29	8	11.43
Viudo	1	1.43	0	0	1	1.43
Sin Inf.	8	11.43				
Total	70	100				

Gráfica 5. Estado civil de las personas portadoras del VIH



Entre la población soltera la mayor proporción de contagiados con el VIH/SIDA corresponde a la de sexo masculino en un 45.71% frente al 10% de sexo femenino, lo cual es un claro indicador de que es la población joven la que está más en situación de riesgo de contraer dicha enfermedad, factor asociado a la promiscuidad sexual en dicho grupo. En cuanto a las personas infectadas que se han establecido bajo una relación marital (casados y unión libre) la mayor proporción de este grupo pertenece a personas de sexo femenino (6 casados y 8 de unión libre) que representan el 20% del total de la población frente al 11.43% (8 casos) de la población masculina. En este

sentido la relación VIH/SIDA – Estado civil se asocia con el sexo de la siguiente manera:

- Para la población masculina la mayor probabilidad de contagio se encuentra en las personas de estado civil solteros, en gran parte en razón de la promiscuidad.

- Para la población femenina la mayor probabilidad de contagio se encuentra en las personas que mantienen una relación marital formalmente establecida, dando a entender de esta manera que el riesgo de contagio es debido a la probabilidad de contagio de su pareja sexual permanente o nó.

➤ **Procedencia pacientes.** La mayoría de pacientes con VIH/SIDA son del departamento de Nariño en un 67.14% (47 de los casos registrados), de los cuales el 35.14% son del municipio de Pasto (25 casos); los demás proceden de municipios como Tumaco e Ipiales en un 5.71% cada uno (4 casos), identificándose estas como zonas fronterizas de alta movilidad económica y social, razón que explica el alto grado de vulnerabilidad a las ETS, sumado a la carencia de políticas preventivas reales, teniendo en cuenta factores como la elevada tasa de analfabetismo y marginalidad sociocultural en el

departamento de Nariño especialmente en zonas como Tumaco y todo el litoral Pacífico.

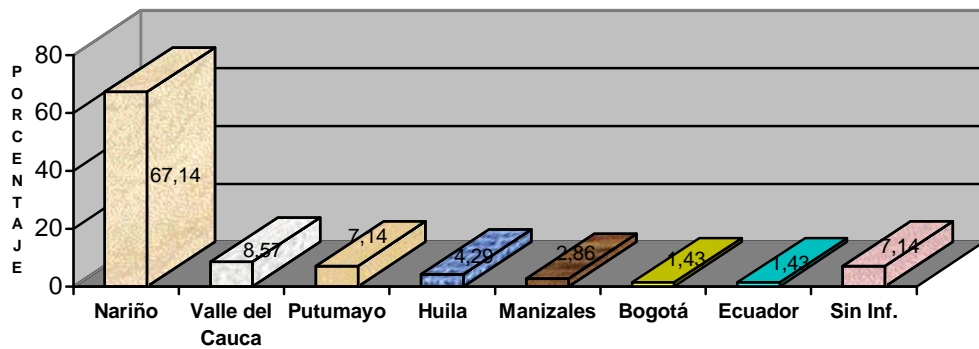
Una lectura sobre la procedencia de las personas portadoras del VIH/SIDA, permite apreciar que el virus se expande por las zonas de influencia de las principales vías de comunicación del Departamento; básicamente zona de influencia de la Panamericana Norte – Sur y transversal a la costa Pacífica en municipios como Túquerres, Barbacoas y Tumaco Básicamente. Convirtiéndose los procesos migratorios en factores de propagación del VIH/SIDA.

También se han detectado pacientes procedentes del Valle del Cauca en un 8.57% de los casos, del Putumayo en un 7.14%, del Huila 4.29%, Manizales 2.86% y de Bogotá y República del Ecuador en un 1.43% para cada región. Sumándose un 7.14% de casos sin información. (Ver cuadro 7 y gráfico 6)

Cuadro 7. Procedencia pacientes con VIH

N°	LUGAR DE PROCEDENCIA	N°	%
1	Nariño	47	67.14
2	Valle del Cauca	6	8.57
3	Putumayo	5	7.14
4	Huila	3	4.29
5	Manizales	2	2.86
6	Bogotá	1	1.43
7	Ecuador	1	1.43
8	Sin Inf.	5	7.14
9	Total	70	100

Gráfico 6. Procedencia pacientes con VIH



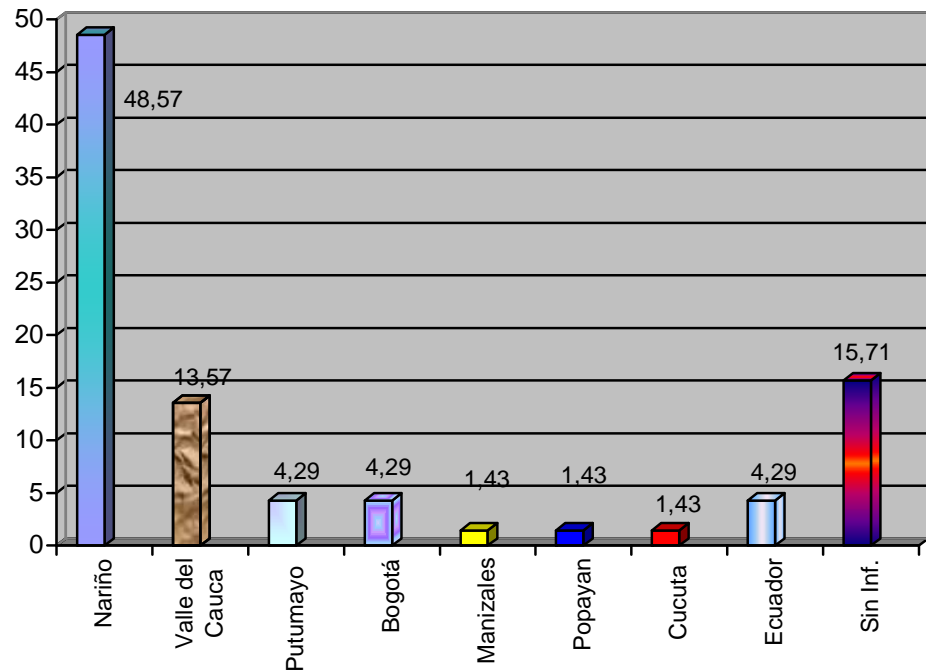
Por otra parte si el 67.14% de las personas con VIH/SIDA proceden del departamento de Nariño, la procedencia de la Infección presenta otra

situación; en el siguiente sentido: el 48.57% de la infección procede del departamento d Nariño, del departamento del Valle del Cauca el 18.57%, del departamento del Putumayo el 4.29%, en el mismo porcentaje para el D.C de Bogotá y de la República del Ecuador y en un 1.43% para las ciudades de Manizales, Popayán y Cúcuta. (Ver cuadro 8 y gráfica 7).

Cuadro 8. Procedencia de la infección

N°	PROCEDENCIA INFECCIÓN	N°	%
1	Nariño	34	48.57
2	Valle del Cauca	13	18.57
3	Putumayo	3	4.29
4	Bogotá	3	4.29
5	Manizales	1	1.43
6	Popayan	1	1.43
7	Cúcuta	1	1.43
8	Ecuador	3	4.29
9	Sin Inf.	11	15.71
10	Total	70	100.00

Gráfico 7. Procedencia de la infección



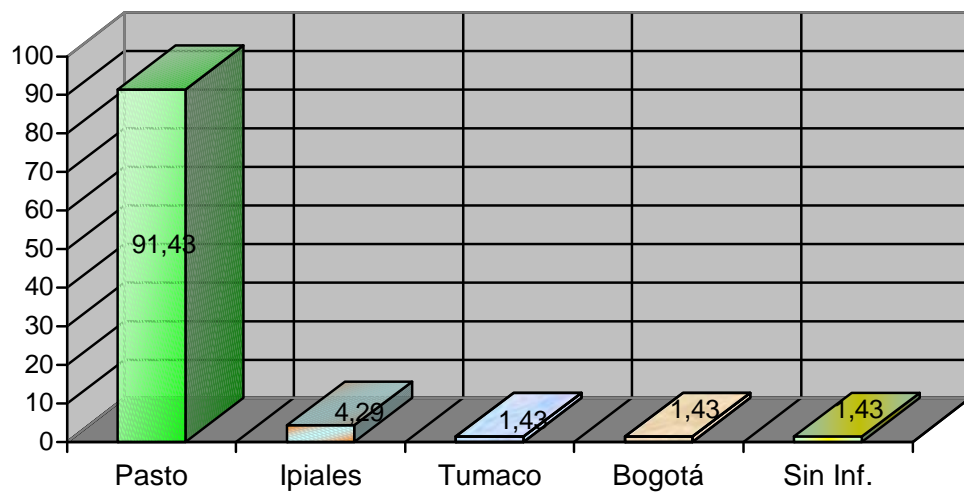
➤ **Captación de casos por municipios.** La captación de casos de VIH/SIDA registrados en las Estadísticas del I.D.S se hacen casi en su totalidad en el departamento de Nariño en un 97.14% y más específicamente en el municipio de Pasto en un 91.43%, sumándose: 4.29% registrados en Ipiales, 1.43% registrado en Tumaco e igual proporción registrada en el D.C de Bogotá, más un 1.43% sin información.

Esta situación indica que el VIH/SIDA reside en el departamento y el riesgo para toda la población es latente, lo cual tiene unas implicaciones de hecho: en primer lugar el reconocimiento del virus como una patología que afecta la salubridad de un colectivo, en segundo lugar la aceptación de la presencia del virus en la región como factor potencial de riesgo de expansión y de contagio a la que está expuesta la población, en tercer lugar el hecho de que el 91.43% de las personas portadoras del virus se concentren en la ciudad capital del departamento, es una situación especial atención, ya que esta se caracteriza por ser el punto de encuentro de la gran diversidad de actividades de la región sur-occidental en lo económico productivo, en lo social, político, educativo, etc., Igualmente el 5.71% de los casos restantes se ubican en ciudades fronterizas como Tumaco e Ipiales. El hecho de ser la ciudad el punto de encuentro masificado, implica que el riesgo de expansión del virus sea mayor hacia las poblaciones externas e internas al departamento que mantienen vinculos espaciales ya sean permanentes o temporales. En cuarto lugar la presencia del virus implica la implementación de unas políticas en salud para enfrentar el problema, implica disponer del recurso humano, técnico y financiero para afrontar esta situación. Cuadro 9 y gráfica 8 captación de casos por Municipios.

Cuadro 9. Captación de casos de VIH/SIDA por municipio

N°	MUNICIPIO	N°	%
1	Pasto	64	91.43
2	Ipiales	3	4.29
3	Tumaco	1	1.43
4	Bogotá	1	1.43
5	Sin Inf.	1	1.43
6	Total	70	100.00

Gráfico 8. Captación de casos de VIH/SIDA por municipio



➤ **Motivo de examen.** Se identificaron cuatro causas que han sido el motivo para practicar una prueba de VIH/SIDA, entre las que se encuentran: La presencia de síntomas y la exposición en situación de riesgo de adquirir el virus es explicada en un 27.14% cada una, la exposición a instrumentación o equipos cortopunzantes contagiados con sangre a través de la donación de sangre u otro tratamiento (transmisión iatrogénica) explica el 11.43% de los casos registrados, porcentaje considerado como elevado lo cual indica que no se han tomado las medidas sanitarias necesarias como es la esterilización de equipos e instrumentación quirúrgica en laboratorios, clínicas, consultorios odontológicos y otros. El contacto con personas que son portadoras del virus explica el 28.57% de los casos registrados, lo cual evidencia que no se han tomado las medidas sanitarias para prevenir el riesgo a contraer la enfermedad; y en un 5.71% de los casos no existe información sobre los motivos de examen de las personas portadoras registradas.

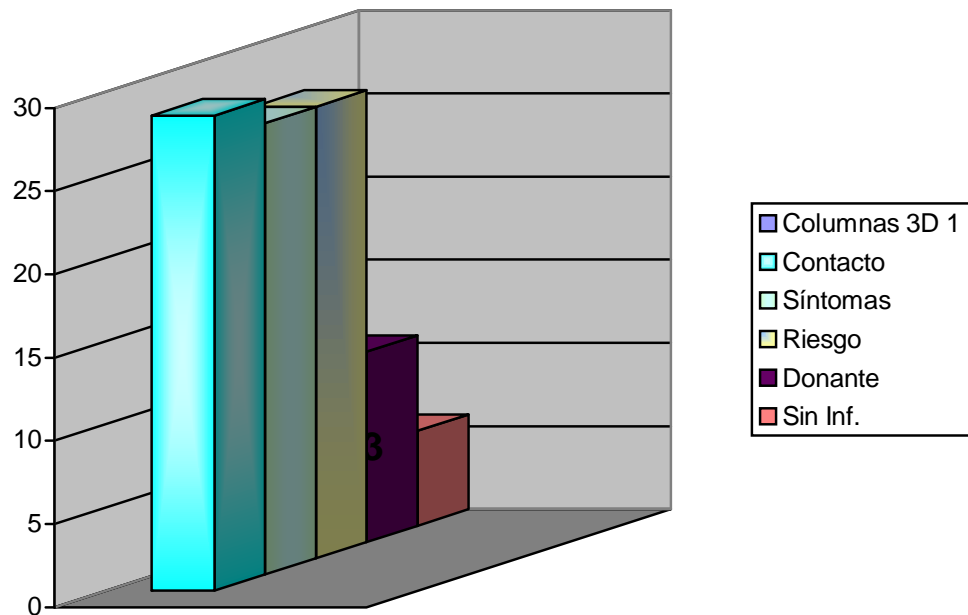
Las personas que recurrieron a examen por motivos como: Presencia de síntomas exposición a riesgo y por contacto, adquirieron el virus por transmisión sexual, haciendo la sumatoria de estos casos daría una población del 82.86%, porcentaje que está explicando la principal causa de

contagio del VIH/SIDA. De esta población la mayoría se inclina por un comportamiento sexual promiscuo en mayor proporción de la población contagiada que consideran mantener una persona sexual estable, como se puede ver en el cuadro 10.

Cuadro 10. Motivo de examen VIH/SIDA

N°	MOTIVO	N°	%	FRECUENCIA SEXUAL				Sin Inf.
				Promiscuo		Estable		
1	Contacto	20	28.57	12	17.14	6	8.57	2
2	Síntomas	19	27.14	14	20.00%	3	4.29%	2
3	Riesgo	19	27.14	10	14.29	8	11.43	1
4	Donante	8	11.43	3	4.29	3	4.29	2
5	Sin Inf.	4	5.71	1	1.43	0	0	3
6	Total	70	100.00	40	57.14	20	28.57	10

GRAFICO 9.



➤ **Profesión u ocupación laboral.** El virus del VIH/SIDA se disemina en la población sin importar condiciones de clase social, profesión u ocupación laboral, la probabilidad de contagio depende de las situaciones de riesgo a las que se encuentra expuesta la persona. Sin embargo existen grupos que se encuentran en mayor situación de riesgo y por lo tanto en mayor probabilidad de sufrir un contagio. En este sentido, el desconocimiento de la enfermedad, los medios de contagio, la marginalidad social y cultural, la inexistencia de programas de salud preventiva, los criterios moralistas en la

sexualidad del ser humano que rechazan el uso de preservativos y otros métodos de planificación, son factores reales de riesgo de la sociedad.

En los registros del I.D.S se observa que la epidemia del SIDA, ha afectado a casi todos los sectores de la sociedad. Sus repercusiones han legado a todas las instituciones, desde las familias, las universidades, las empresas, las comunidades, el ejército, el gobierno, de tal manera que entre las personas contagiadas con el virus se encuentran indistintamente trabajadores y trabajadoras sexuales, comerciantes, estudiantes, secretarias, menores de edad, madres cabeza de familia, sacerdotes, agricultores y un sinnúmero de profesionales y trabajadores independientes, como se puede ver en el cuadro 11.

Cuadro 11. Profesión u ocupación laboral de las personas portadoras del VIH/SIDA

N°	PROFESION	N°	%
1	Admón. Bar	1	1.67
2	Agricultor	1	1.67
3	Aux. sistemas	1	1.67

4	Cajero bar	2	3.33
5	Comerciante	4	6.67
6	Conductor	1	1.67
7	Contador	1	1.67
8	Constructor	1	1.67
9	Desempleado	1	1.67
10	Ebanista	1	1.67
11	Empleado	3	5.00
12	Estilista	3	5.00
13	Estudiante	1	1.67
14	Grnt. EPS	4	6.67
15	Hogar	1	1.67
16	Maestro const.	1	1.67
17	Mecánico	3	5.00
18	Menor	3	5.00
19	Mesera bar	1	1.67
20	Policía	1	1.67
21	Sacerdote	1	1.67
22	Secretaria	3	5.00
23	Soldado	2	3.33

24	T. Independiente	12	20.00
25	T. Sexual	6	10.00
26	Vendedor	2	3.33
27	Total	60	100.00

7. HISTORIAS DE VIDA. “ TESTIMONIOS DE PACIENTES VIVIENDO CON VIH/SIDA”

De acuerdo a los testimonios obtenidos a través de las entrevistas con las personas portadoras del virus VIH/SIDA se observa que estas personas enfrentan toda una serie de cuestionamientos ético morales de una sociedad que no comprende la dimensión de esta enfermedad, la discriminación se expresa en diferentes situaciones y espacios y van desde el rechazo de los propios familiares y amigos hasta el desconocimiento de derechos sociales, laborales y médicos para acceder a los tratamientos conocidos.

El VIH/SIDA influye de la siguiente manera en la vida de los pacientes:

Algunos han sido despedidos del lugar de trabajo, abandonados por su familia, hermanos, esposa o compañera, amigos y en los centros médicos son tratados con desprecio y desconfianza, además, ignorados por su estado de salud; se observa que no sólo mueren a causa de una enfermedad oportunista que ataca durante el período del VIH, sino por depresión, tristeza,

abandono y soledad.

Su calidad de vida decrece, como también su estado económico y su estado de ánimo decae por un largo período, por lo general hasta que la familia o el ser con quien comparten su vida afectiva los acepta nuevamente, pero en ocasiones se deprimen con facilidad por el rechazo de la comunidad hasta el punto de perder su uso de razón y cuando llegan a este punto son totalmente aislados; Sin embargo, algunos demuestran tranquilidad, aceptación a su nueva etapa de vida, por eso sus relatos son tristes, desde que les detectaron el virus, algunos han llegado a pesar 35 a 40 kilos, cuando antes pesaban 80 y 90; perdieron peso porque su estado anímico era depresivo, tienen sentimientos de culpabilidad, autocompasión, autoconsuelo, autocastigo, autodestrucción.

Esta acumulación de sentimientos les produce cambios en sus formas de vida y toman actitudes como: indisposición continua y agresividad con ellos mismos y con algunos familiares, o contra personas fuera del grupo familiar, por el rechazo que les demuestran, ocasionado por el desconocimiento de las formas reales de la transmisión del virus.

A pesar de saber que todo terminará, guardan gran entusiasmo y optimismo para seguir viviendo a pesar de sus recaídas, pero, algunos cuentan su historia muy deportivamente, pero otros se afligen mucho y la cuentan de manera trágica, otros prefieren no recordar ese capítulo de sus vidas.

Entre algunas historias de vida que se pudieron recolectar, se consideran las siguientes:

➤ **PACIENTE I.** Es un joven de 32 años de edad, que aún no acepta la ausencia de su esposa que murió de depresión, soledad, desorientación, y por negligencia de la institución que no supo manejar la situación ni el manejo de la enfermedad, ni enfermeras, ni médicos informaron a la paciente que a través de la lactancia el bebé adquiriría el virus, se dice que: “el bebé nació sano”.

“Yo me contagié por andar metiéndome en donde no debía, manejaba un camión; para mí fue una noticia dura, porque mi compañera ya estaba en embarazo, estaba de 5 meses de embarazo, en todo caso decíamos que tocaba seguir adelante. Seguir adelante para mi compañera, fue difícil, ella se deprimió bastante, hasta que nació el bebé solo quería morirse, el niño

nació negativo, hasta el año fue negativo, el niño se infectó cuando ella le dio seno, entonces le hicieron un nuevo examen y salió positivo, para eso ya mi compañera ya se había muerto, el niño tenía dos años y medio y su CD4 es estable, no muestra otra vez una baja de defensas, gracias a los medicamentos que toma le ha ido bien”.

“Cuando me dijeron que el niño estaba infectado yo no la creía, pero cuando me tocó llevarlo al médico, porque tuvo diarrea, ya supe que si, era cierto”.

Ahora el niño es indetectable, pero sigue tomando medicamento para mantenerse estable. “Yo solo quiero reunirme en el cielo con mi mujer y mi hijo, quiero que ella vuelva”.

Ambos siguen tomando medicamentos, pero él se deprime con facilidad y se alarma cuando el niño tiene un accidente o sufre un golpe durante su jornada escolar, se preocupa mucho por mantenerse vivo y junto a su hijo, que es lo que le queda de su compañera que recuerda con mucho amor.

➤ **PACIENTE II.** Otro paciente es de 36 años de edad, es de apariencia joven, no parece que tuviera la edad que dice tener, no sabe cómo adquirió

el virus, aunque cree que durante su vida fue promiscuo, pero jamás pensó que adquiriría el virus, a pesar de que ya conocía un caso cercano que había fallecido a causa de una enfermedad oportunista.

Su familia ya conocía un caso de VIH/SIDA, así que cuando se enteraron que él había adquirido el virus, comprendieron la situación y lo recibieron, lo apoyaron desde el primer momento. Aunque, fue un golpe muy fuerte, supieron respaldarlo, tanto económica, como afectivamente, que es lo que más necesita el paciente para su equilibrio emocional. El estado de ánimo, es primordial para la recuperación y mantenimiento de la salud del paciente.

Siempre fue un joven colaborador, entregado a su trabajo, exigía mucho de sí mismo, eso hizo que un día decayera, fue ahí cuando comenzó la presencia de síntomas como la diarrea que es repetitiva y hace que pierda peso, defensas y desmejore su estado de ánimo.

Es el inicio de una pesadilla, los exámenes, las consultas, pasar de medicamento en medicamento y de médico en médico, hasta que alguien tiene la última palabra: ¡Debe realizarse una prueba para VIH!. Este es realizado y su resultado es positivo; no tardó mucho tiempo en dar a conocer

a su pareja el fatal diagnóstico, pues no vivían juntos, a pesar de que ya tuvieran un niño.

Ella, cuando se entera de la noticia reacciona bruscamente, a manera de reclamo le dice: ¿Por qué no me lo dijiste antes?. Inmediatamente ella se realiza una prueba para VIH y el resultado afortunadamente, es Negativo.

El dice que cometieron un grave error al exponer al niño a un examen de estos, porque si el resultado de la madre es negativo, es obvio que el del niño también lo será.

Luego de una serie de exámenes y otros ajustes para mantenerlo en buen estado de salud, para que recuperara fuerzas y ánimo debió dejar su empleo y la ciudad donde vivía y trabajaba.

Los exámenes indicaban que empeoraba cada día más, los medicamentos y el amor de su familia hacen que su recuperación no sea tardía, pero la baja de defensas hace que se presente una enfermedad oportunista, que lo ataca:

La toxoplasmosis cerebral, que consiste en:

Se inflama uno de los dos hemisferios cerebrales haciendo que pierda movilidad de algún lado de su cuerpo, así: si ataca el hemisferio derecho pierde movilidad del lado izquierdo y si es afectado el hemisferio izquierdo pierde movilidad el lado derecho de su cuerpo, hasta dar convulsiones que matan neuronas dejando paralizado uno de sus lados.

Se le dificulta vocalizar y debe aprender a escribir con la mano izquierda, pues, el lado derecho de su cuerpo había sido paralizado por la enfermedad oportunista.

De esto, ya son dos años de los cuales hace 8 meses conoce la palabra de Dios y esta es la que lo ha motivado e incentivado a seguir adelante, y a retomar cada día más fuerzas, porque su deseo más grande es poder ver a su hijo crecer aunque no se lo dejen ver, no sólo por la dificultad que tiene para viajar, pues, necesita mucha quietud y tranquilidad, sino, también porque su presupuesto no le permite enviar una mensualidad representativa a su hijo.

Por consiguiente en su casa no lo dejan trabajar puesto que saben que se agota y debilita con facilidad, además, es difícil emprender una labor porque tiene que esforzarse para poder trabajar con la mano izquierda.

Se dedica a la pintura, es graduado en artes plásticas, logra pintar pero con mucha dificultad, a pesar de todo lo hace bien y de esto vive, además, cuenta con el apoyo familiar, que es muy importante.

Como es "normal", aunque no humano con el tiempo, sus amigos se alejaron sin decir nada, uno ya lo había sentenciado a muerte, otros ya no lo recuerdan, y otros lo evitan.

Ahora que vive con la palabra de Dios, dice que lo que sucede es porque:

"Falta culturizar a la gente, hasta que no les pasa a ellos no lo van a entender, falta de concientización sobre la palabra de Dios. Hay mucho descontrol del alcohol y de las drogas en la juventud, no andan en el camino correcto".

Hoy, él ha encontrado una pareja que conoce muy bien su caso y aun así, ella lo quiere bastante, pues asiste a las reuniones tanto del grupo de oración como a las de terapia. Ella tiene un hijo y con él también tratan de asistir, aunque está en la edad de rebeldía y discusión, no hay problema en su relación de pareja, durante un tiempo vivieron juntos, pero el pastor les pidió que se separan por que ante los ojos de Dios no estaba bien visto este comportamiento; vivirán de nuevo juntos pero como Dios manda.

➤ **PACIENTE III.** Paciente de 32 años, último entre seis hermanos, viene de familia humilde, comenzó a trabajar desde su juventud para poder solventar sus necesidades, trabajó como ebanista y vendedor.

Estudió algo de dibujo y ha hecho infinidad de cursos que le han servido para la presentación de su hoja de vida que ha sido muy bien aceptada en las instituciones donde las ha presentado, es un hombre preparado, estudioso, considera que siempre ha estado en manos de Dios, pues sus hijos, uno de 14 y otro de 6 años de edad son completamente sanos como también su esposa.

En las instituciones de salud donde ha trabajado, se destacó por ser un buen empleado, la última entidad donde trabajó y le diagnosticaron el VIH lo desplazaron sin ninguna consideración de su lugar de trabajo, solo llegó otra persona que comenzó a desarrollar sus funciones, no le pidieron la renuncia, no le enviaron una carta de despido, no lo informaron de nada; ante tal situación él decidió salir de su trabajo sin decir tampoco nada, él no quiso hacer reclamo alguno, por temor a que se divulgará cual era su nueva situación.

Han pasado ya seis años, de los cuales ha trabajado muy discontinuamente, pero siempre ha logrado salir adelante con y por su familia.

El virus se diagnosticó a través de una donación de sangre a un conocido del hospital donde trabajó; inmediatamente lo llaman y le comentan que fue lo que encontraron en el análisis de su sangre, le hacen el examen confirmatorio, el western blood, y también resulta reactivo (positivo), él se asusta y se pregunta: "¿Por qué a mí?. Si hay gente peor que yo, son drogadictos, marigüaneros, alcohólicos, malos hijos, malos padres, malos esposos, pero yo no soy nada de eso."

Le reprocha a Dios lo que le está sucediendo, su esposa al enterarse se enoja y lo rechaza, lo agrede verbalmente con palabras como: “enfermizo, sidoso”.

Él, ante esta situación comienza a beber sin control alguno, hasta que un día se cansa y quiere recomenzar, habla con su esposa y tratan de seguir juntos, pero ella siempre estuvo como a la defensiva, como alarmada, hasta cuando le informan como posiblemente se infectó.

Pues cuando trabajó en el hospital manipulaba instrumentos y pacientes con diferentes virus y bacterias, enfermedades, y accidentados y aspectos de este tipo, que en algún momento hicieron contacto con su piel descubierta o indebidamente protegida e hizo contacto con algún corte que él haya tenido en ese momento, pero, también en otra ocasión, segado por el licor, en un bar de Cali conoció a una chica joven y muy bonita con la que amaneció, pero su sorpresa fue que había amanecido con un hombre y no con una mujer, jamás pensó en tener un desliz de esta clase o con este tipo de persona.

Se presume que fue ahí cuando adquirió el virus, su esposa pretendía dejarlo, pero su amor y paciencia no permitieron el abandono; hace seis meses ella está embarazada y tuvo que realizarse las pruebas correspondientes, entre ellas la prueba de Elisa que es la primera prueba para VIH, pero antes de practicarse el examen le advierte a su esposo que si el resultado es positivo lo abandonará y también piensan en interrumpir el embarazo porque temen dar a luz un bebé con VIH. Cuando reciben los resultados se acaba la duda, éste es negativo, tanto el bebé como la madre son negativos.

Ahora él insiste en que Dios jamás lo ha abandonado: "Siempre ha estado conmigo, lo que hoy me pasa, es una nueva oportunidad que me está dando, para reparar mis errores, mis fallas, y para que la gente que se me acerca conozca y crea en Dios, confíen en él".

Hoy, él confía y espera que su bebé nazca sano y fuerte y demostrará de nuevo que Dios está con él; está trabajando como vigilante, éste es agotador, pero su CD4 es estable y favorable tanto que ya no toma medicamentos para detener el desarrollo del virus, ahora también es indetectable como el anterior paciente. Dentro de su familia sólo saben de su

enfermedad dos parientes, una hermana y un cuñado; sus padres no lo saben, teme causarles ese dolor tan grande, además su padre trata a todo enfermo con desprecio, muy despectivamente.

En estos dos últimos casos se detecta que si hay un acto de rechazo contra ellos, no solo de sus compañeras, sino, también de algunos familiares y amigos que los aíslan. También se nota que esta situación los induce al alcoholismo motivados por la depresión y la soledad en la que ellos mismos caen por temor a causar dolor a sus familiares. Este alcoholismo hace que sufran recaídas y que bajen sus defensas muy rápidamente.

8. ANALISIS RESULTADOS DE ENCUESTAS EN MOTELES

8.1 ENCUESTAS EN MOTELES

Pocos son los estudios que se han realizado sobre el tema del amor en la ciudad de Pasto. Esta encuesta nos revela ciertas características de un grupo importante de habitantes.

El tema tratado, vedado tal vez, cuestionable, si se quiere, es, sin embargo, real. No se puede tapar la luz del sol con los dedos de las manos. Los casos de promiscuidad e infidelidad amorosa existen, a la vez que el comportamiento sexual es igual aquí que en otras ciudades.

Este estudio tuvo como objetivo conocer el comportamiento sexual y sus principales características de edad, sexo, estado civil, profesión, nivel educativo y preferencia sexual, de los usuarios permanentes y ocasionales de sitios como los moteles.

Esta encuesta se realizó en el transcurso de Septiembre a Noviembre de 1999 en cinco moteles de las afueras de la ciudad (el Paraíso, Girasoles, Quillasinga, Refugio, Faroles). Estos se escogieron frente a otros sitios (por ejemplo: hoteles, residencias, entre otros), por las características que de los usuarios que van a estos lugares.

La elección de los encuestados presentó una tipología así:

Hombre y mujeres relativamente jóvenes con altos niveles educativos, empleados, mayoritariamente solteros, que tiene cierto poder adquisitivo, donde los índices de infidelidad son altos, cosa que nos demuestra ciertos grados de insatisfacción en las relaciones de la pareja.

El propósito de este tipo de estudio es contribuir a descubrir y escudriñar nuestros imaginarios y costumbres sexuales y tratando de explicar el cambio en las costumbres sexuales de la población, como también confrontar los datos con los registros del Instituto Departamental de Salud. Comparar el número de población promiscua o estable, uso o no del preservativo, orientación sexual y el índice de probabilidad de adquirir el virus.

La encuesta realizada dentro de los términos de privacidad y misterio que el tema guarda, permiten inferir unas características sobre los usuarios de moteles, que en la misma se discriminan según sean hombres o mujeres separadas, el comportamiento de los estudiantes, como un caso aparte, ellos se describen a continuación.

Representan el 61 por ciento de la muestra, hombres entre los 25-29 y 35-44 años de edad, estos últimos suman el 32 por ciento de todos los visitantes.

Tienen un buen nivel educativo, el 73 por ciento de ellos ha cursado una carrera universitaria y el resto su bachillerato.

Los de nivel educativo más alto trabaja como empleados (36 por ciento) en los rangos de profesionales universitarios. Son trabajadores independientes (las llamadas profesiones liberales) el 21 por ciento, el resto en la categoría de otras actividades laborales.

Los que cursaron bachillerato tienen las siguientes profesiones: el 23 por ciento son empleados, e independientes el 8 por ciento.

El 76 por ciento de todos ellos son heterosexuales; se declaran bisexuales, hecho que se presenta después de los 25 años de edad y con fuerza a partir de los 35 años.

Son homosexuales el 5 por ciento del sexo masculino, se agrupan entre los 20-24 y 35-39 años de edad.

Independientemente de su preferencia sexual, el 47 por ciento de los hombres visitan semanalmente estos establecimientos, de los cuales el 63 por ciento prefieren una pareja permanente y el resto parejas no permanentes.

El grupo de personas que frecuentan los moteles eventualmente o de vez en cuando es el 25 por ciento, las dos terceras partes de estos, van con pareja permanente. El resto frecuenta dichos moteles con pareja no permanente.

Aun que los hombres solteros (47 por ciento) son los que más visitan los moteles de la ciudad, los casados no se quedan atrás y representan el 40 por ciento; el resto corresponde a los divorciados, separados y viudos.

Los hombres casados son los mejores clientes de los moteles puesto que los

frecuentan semanalmente, esto podría interpretarse que el índice de insatisfacción sexual entre matrimonios es muy alto, de cada cuatro matrimonios prácticamente dos tienen relaciones extramatrimoniales en forma permanente o eventual.

De los que asisten a los moteles, el 32 por ciento asisten con su novia, con la amante el 31 por ciento, con parejas ocasionales el 15 por ciento, con la amiga el 12 por ciento y cónyuge el 10 por ciento.

Si tenemos en cuenta que el porcentaje de hombres que no tiene una relación estable de pareja (representa el 43 por ciento) y que de estos el 44 por ciento nunca usa preservativo, podemos resaltar el alto riesgo que existe de adquirir el virus de inmunodeficiencia humana, como una de las enfermedades de transmisión sexual. También se debe conocer que de cada hombre que visita el motel sólo uno utiliza preservativo, y que por cada uno, tres mujeres están expuestas a adquirir el virus, debido al descuido del hombre que no desea utilizar el preservativo.

Llama la atención que de todas las personas encuestadas el 19 por ciento corresponde a la categoría de estudiantes, de estos el 61% son mujeres y el

39 por ciento restantes son hombres.

Es significativo resaltar cómo de la población encuestada que se encuentra entre los 15 y 19 años de edad, el 75% corresponde a estudiantes; y entre los 20-24 años el 55%.

Ellos (el 34%) van al motel eventualmente, superados no más por los empleados y duplicado por su asistencia a las personas independientes por la facilidad que tienen para llegar al lugar que presenta características, como la de tener un automóvil, y el lugar, de tener el garaje privado como también el acceso y la confidencialidad, discreción e incógnita del cliente.

Con respecto al perfil de la mujer, contestaron la encuesta el 39%. Las asiduas clientes están entre los 20-29 años de edad, seguidas por la de 30-40 años.

Las que frecuentan eventualmente dichos lugares están entre los 15 y 19 años, estas apenas constituyen el 4% de todas las mujeres.

El 63% de ellas tienen estudios profesionales, seguidas del 37 % con

bachillerato.

En cuanto a su ocupación el 37% son empleadas, el 30% son independientes, estudiantes el 30 y otras el 3 por ciento.

En cuanto a sus preferencias sexuales tenemos que son heterosexuales el 98 por ciento y el 2 por ciento homosexuales, hay ausencia del bisexualismo en este género; en cambio en los hombres es más frecuente la presencia del homo y bisexualismo, como también se presenta en los registros del Instituto Departamental de Salud.

El 32 por ciento de las mujeres son casadas, solteras el 62% y otras (viudas, separadas y divorciadas) son el 15%. Esto nos indica que de cada cinco mujeres que van al motel una es casada, un indicador de infidelidad dos veces menor que en el hombre.

El 67% de las mujeres prefieren un compañero permanente (los hombres el 56%), y no permanente o eventual el 25% (en el caso de los hombres el 43%).

Las mujeres prefieren ir con su novio en un 33%, y son el mismo porcentaje lo hacen con el amante y con pareja ocasional un 15%. Como en el caso de los hombres, su cónyuge es la última opción para ir a estos sitios de encuentro amoroso.

Apenas el 38% de las mujeres usa u obliga a usar preservativo (en los hombres sólo el 24%), no usa el 46% y eventualmente el 15% (en su rango los hombres se duplican).

Finalmente el 11% de las mujeres no conoce que es el VIH, pero todas tienen conocimiento del SIDA.

Esta encuesta nos lleva a constatar que el nivel de riesgo de transmisión del VIH es cada vez más alto, se presume que es debido a la ausencia de utilización del preservativo, ya sea por ignorancia, miedo o descuido del hombre que es quien está desatando las cadenas de promiscuidad y se comprueba que no es usuario permanente del preservativo, que de tres hombres que visitan el motel solo uno lo utiliza.

8.2 ENCUESTAS EN EL COLEGIO SAN FRANCISCO JAVIER

Durante la investigación, en la Fundación María Fortaleza, se realizó una encuesta en el Colegio San Francisco Javier, en los grados 10 y 11, para observar el comportamiento y conocimiento de los jóvenes ante esta temática, en el cual se puede apreciar que tienen sus principios y valores bien arraigados; tienen bases de cómo llevar una vida sana, demuestran una calidad humana positiva y benigna para obtener un futuro óptimo en el desempeño de sus labores personales y como futuros profesionales.

De acuerdo a la problemática manejada en la encuesta y desarrollada por los estudiantes del 10 y 11, comparten una misma ideología, sus respuestas son lastimosamente preocupantes porque no conocen la temática, son muy pocos los que conocen los riesgos, la forma de protección para evitar la transmisión de este mortal virus para los seres humanos.

Son adolescentes de un promedio de edad entre 16 y 17 años, jóvenes que están iniciando una vida sexual de manera temprana y apresurada, sin bases educativas seguras, que aunque tengan fijos sus valores y principios no dejan de alertar, puesto que están expuestos a muchos riesgos como son:

El acceso a medios de comunicación como el Internet, revistas pornográficas que no tienen orientación positiva alguna, o el ingreso a la Universidad, el roce con personas de otras ciudades, otros valores, otras ideologías, nuevas situaciones que harán tambalear la solidez de valores en los jóvenes, es entonces cuando la situación es alarmante, porque dentro de su hogar y de su colegio, compañeros y demás personas en las que ellos confían, ya no estarán con ellos, y serán otras personas quienes, tal vez tergiversen lo aprendido.

El estudiante frente a las relaciones sexuales, piensa de manera sorprendente, ya que, toma de manera antagónica y contradictoria su vida sexual para adquirir experiencia y no como ellos mismos han determinado que la relación de pareja implica responsabilidad y madurez.

El 36% de los estudiantes afirman que la información sexual la reciben mejor en el colegio, habría que afianzar esta información y convertirla en comunicación bilateral, en donde exista el emisor, el receptor y la certeza de que el mensaje fue recibido e introyectado, no con exámenes, ni pruebas de este tipo que asustan o condicionan al estudiante, sino con técnicas que lleven a los adolescentes a resolver sus inquietudes.

Los resultados arrojados por esta investigación, demostraron que a pesar de las campañas de educación y prevención (no sólo referente al VIH/SIDA, sino también con respecto a la sexualidad) y el acceso ilimitado a la información tanto a nivel institucional como a través de los medios masivos de comunicación, poseen aún un alto grado de desinformación y desconocimiento básico, por tanto, hay la necesidad de establecer de manera adecuada el programa de educación sexual, en los establecimientos educativos y en los hogares, por medio de las reuniones de padres de familia.

Con respecto al proceso de comunicación en el ámbito familiar, teniendo en cuenta la idiosincrasia de nuestra región y la formación de carácter moral con todas las implicaciones que ello trae, han sido un factor determinante para la comprensión de este último aspecto, es un punto favorable saber que la familia de los estudiantes han abierto el espacio para la comunicación que garantiza que el estudiante puede y está en la posibilidad de recibir la información “adecuada” por parte de sus padres o tutores.

Se hace una aclaración cuando se hace referencia a información “adecuada”, la cual, se escribe entre comillas, pues es incierto decidir si es o no

ciertamente adecuada; pero es importante que realmente hay un espacio dentro del ámbito familiar para esta clase de tema.

Los padres, aunque en su gran mayoría trabajan, no poseen el tiempo suficiente y necesario para dar un acompañamiento adecuado a sus hijos, por tanto los padres entregan toda la información sin conocer el grado de asimilación que el adolescente hace de la misma.

Por la formación que caracteriza a nuestras familias en el medio nariñense, la información puede o no estar dada con la veracidad y trascendencia que merece el tema o por otro lado se entrega una información punitiva (a manera de protección) que de manera indirecta hace que el adolescente sea rebelde frente al proceso educativo y por el contrario sin analizar las dimensiones futuras de su comportamiento que puede asumir innecesariamente una serie de riesgo que el futuro traigan consigo consecuencias que se convierten en una carga emocional, social y económica para él y su familia.

Los estudiantes expresan la necesidad de hablar sobre afectividad, formación de-para, y lo más importante programar talleres con los padres de

familia como un principio que permita mejorar la calidad de su relación intra familiar y la visión que los padres pueden tener el futuro de sus hijos.

Teniendo en cuenta todos los aspectos tomados en la encuesta podemos concluir que en el proceso de formación, las instituciones deben encaminar sus recursos al reconocimiento de las necesidades de los estudiantes, además la información debe ser y estar orientada a las mismas necesidades e inquietudes de los estudiantes o jóvenes que están iniciando su adolescencia.

9. ANALISIS DEL ENCUENTRO CON TRABAJADORAS Y TRABAJADORES SEXUALES

Con respecto a los y las trabajadoras sexuales siempre ha existido una discriminación debido a esta actividad, que se supone ocasionó una serie de enfermedades de transmisión sexual, que adquieren por descuido o desconocimiento y/o falta de educación, según el DIARIO DEL SUR de Noviembre 18 de 1.990.

Además estos actores son difíciles de contactar, reunir o entablar una comunicación, debido a su forma de pensar, son renuentes, tienen muchos prejuicios y ante todo tienen el temor a descubrir que llevan alguna enfermedad, estos son factores que impiden llevar a cabo un seguimiento para lograr una comunicación que beneficie a esta población.

Se obtuvo dos historias de vida en las cuales se aprecia que hay un enorme abandono tanto de la sociedad como de las entidades gubernamentales o de alguna otra institución; cabe anotar que existe una congregación católica ONG, que les presta ayuda, no en cuanto a lo económico sino alimentario,

entregándoles desayunos los domingos y algún día entre semana.

Estas historias se obtuvieron en la calle 19 con carrera 18 de la ciudad de Pasto. Las señoritas entrevistadas fueron trabajadoras de la calle, con ellas en las calles se obtuvo la siguiente información:

“Ninguna entidad o persona se ha interesado por nosotras, y mucho menos los políticos, ellos sólo vienen por aquí cuando necesitan el voto y después desaparecen, vuelven cuando van a lanzar a otro tipo o pariente”. “ Durante la alcaldía de Navarro, tampoco nos ayudó a nada, y hasta ahora no nos ha dado nada, (él ya no está) ¿ya no, y entonces quién esta?. Porque por aquí solo vienen no más cuando quieren el voto, vienen a joder mientras se sientan esos **HP** políticos, pero no vienen a nada más, a uno lo pueden ver que sé esta muriendo por ahí, uno no les importa, porque creen que porque uno es de la calle que ayuda le van a prestar.”

Una de las historias es:

Edad: 31

Estado civil: soltera

Número de parejas: 3

Número de hijos: 3

Doris, es una morena que tuvo su primera hija a los 12 años de edad, sus otros dos hijos son de dos diferentes parejas, no viven con ella, están con la abuela materna, en el Putumayo, cuando la época es buena les manda mercados o dinero, pero ella dice que ahora la situación está difícil.

Sus dos primeros hijos viven con la abuela materna en el Putumayo donde tuvo su primer marido; y el otro niño vive en Buesaco, cuando ella vivió en el Putumayo era ama de casa, pero no tenía nada para mantener a sus hijos y el papá de los niños no la apoya para nada, este es su relato:

“ Comencé a trabajar de 15 años, porque no tenía cómo vivir, ni para la comida, porque para vivir uno en la calle no puede, no puede dormir en la calle y también por la comidita, la comida que toca uno comprar, ahora como está malo esto, toca pagar no mas lo que se consigue para el arriendo y para la comidita porque ni pa ropa alcanza.”

“ Yo, si he intentado cambiar de trabajo por ahí dentro de un mes dos meses, si Dios quiere, sí; antes también he querido cambiar de trabajo, pero trabajo casi no le quieren dar a uno, yo si quiero cambiar de esto, así fuera lavando ropa, en lo que sea, pero no saben querer dar, porque piden muchos papeles

y cartas de recomendación y también da miedo estar uno así en esta calle, no porque nos amenacen sino por las enfermedades, no ve que uno todo el día aquí parada, a veces no tiene ni para un helado, no tiene ni para la comida, a veces uno aguanta hambre todo el día, esta parado, le duelen los pies y si uno esta sentado le duele todo, entonces uno tiene que tener paciencia hasta que de pronto llegue unito, uno por ahí se compadece, esto esta malo niña. Esto esta malo y toca pagar \$150. 000 de hotel (arriendo) a \$5.000 el día, más la comida son \$10.000, toca sacar 10 mil diarios. ”

Se le preguntó cómo era un día malo y uno bueno para sacar un promedio de clientes y cuánto dinero se ganaban en un día, pero ella no supo responder, además son muchas las necesidades que ella plantea y con lo que dice ganar al día o por rato, como dicen ellas, es muy poco para los gastos que tienen.

“A veces no hay ni para la comida oyó, a veces no hay ni para comer, hay días que no se consigue ni para un helado no le digo, no sé decirle cuantos clientes son al día, yo que me voy a poner a contarlos, a veces es bueno y otras son malos. ”

Es la única de la familia que se desempeña en este trabajo, hasta el momento no se ha sentido rechazada por las personas, pero se aprecia que no puede conseguir trabajo, porque no tiene una referencia personal que la acredite como persona apta para determinado trabajo.

“ Allá en el Putumayo no trabajaba en esto no ve que allá está mi familia. Ellos no saben en qué trabajo, ni preguntan, no se meten en la vida de uno, cuando voy les llevo alguna cosita y cuando ellos venían llevaban cosas de aquí, pero como ahora está malo no puedo ir y ellos tampoco venirse para acá.”

Ella dice: “ Esta época es mala y sobretodo Agosto es malísimo, porque ya entran los niños a estudiar ya con las matriculas caras, los cuadernos y uniformes no saben tener plata para otras cosas, por eso es malo para nosotros, que iremos hacer nosotras para este mes. ”

Tenemos un segundo testimonio, de la señora Consuelo que tiene 39 años de edad y trabaja desde los 18 años, ha tenido dos compañeros, el primero falleció del cual tiene tres hijos y los otros dos hijos son del segundo compañero; su primer hijo lo tuvo a los 14 años, esto es lo que cuenta:

“ Empecé a trabajar a los 14 años, por necesidad, mi segunda hija la tuve a los 16 años y la última tiene trece años, he querido cambiar de trabajo y he trabajado en cuestión de jabonado de ropa ajena yo me he defendido jabonando, como a usted le consta yo me encuentro en una situación muy difícil, pues mal, puesto de que no ve que me quebré el brazo y ya no lavó ropas ajenas.

No me he sentido rechazada, al contrario yo me he sentido halagada donde voy, por mi manera de ser, el hecho de que sea de aquí de la calle, pues si tengo mi manera de ser, de tratar.

En una ocasión hubo un programa de enfermedades, en ese día hubo un doctor o yo que sé, pero nos trató mal, nosotros quisimos ir, pedirle ayuda, la cual nos la negó, nos dijo que si no llevábamos plata, que si queríamos un apoyo de salud teníamos que llevar plata, como usted se dan cuenta ahí veces que si la hay y otras que no la hay, entonces pues uno, yo principalmente por mí y por todas las compañeras lo único que pido es que nos ayuden, puede ser en un carnet no solo para nosotros sino para nuestros hijos, porque imagínese que ahí veces que uno no tiene ni un peso, uno de los hijos se enferma nos toca al momento salirnos a rebuscar como

nosotros le llamamos para comprar una pastilla o algo, estamos desprotegidas.”

“Mi mami también trabajó en lo mismo, pero anteriormente en un bar o en una cantina, pero ella ya se retiró.”

“Yo no me he sentido rechazada por ninguna persona, en ocasiones el tema lo tocan por lo de las enfermedades, pero no directamente contra nosotros, sino, indirectamente, por eso nosotras exigimos el preservativo ahí veces que unos tipos que no lo quieren usar, entonces ahí viene la pérdida para nosotros, porque eso es peligroso para nosotros, sin preservativo es un riesgo”.

Se le preguntó también como era un día malo y un día bueno, y cuantos clientes significaba cada uno, pero esto no lo dicen, sólo dicen cuánto, más no cuantos.

“Al diario se saca como \$25.000, porque ahí veces que uno se va sin nada, sacando prestado o sacando fiado en una tarde de alguna tienda, yo soy una

de las que le ha tocado tocar puertas para poderles llevar algo de comer a mis hijos.”

“Hay veces que unos nos pagan los \$10.000, pero ahí otros que nos pagan \$5.000 pesos, pero ahí veces, que nos toca irnos así por cuatro mil.

Hay veces que nos vamos con tres ratos que para nosotras son tres clientes, pero eso cuando son bien pagados, pero como hay familia que mantener, unos dos o tres clientes e irnos.

Por la habitación nos cobran \$1.500 pesos, a veces la pagan ellos pero en muy pocas ocasiones.”

“Usted misma ve que hoy por ejemplo hasta ahora solo he hecho \$3.000”, (eran las diez de la mañana de un día viernes, supuestamente un buen día de trabajo).

Ella, paga cuatro mil pesos diarios de arriendo, la hija no le colabora porque con lo que gana del jabonado tiene que comprar leche y los pañales de los niños de ella; el hijo si le colabora con lo que gana trabajando con una

señora que le paga \$30.000 pesos mensuales, “me da diez mil pesos porque él también tiene sus gastos”.

Estas son dos pequeñas historia en las que se aprecia que esta señoras a pesar de no ser o estar rechazadas por la sociedad, están marginadas por los entes territoriales y son pocas las entidades que se acercan a ellas, existen jornadas de aseo o de alimentación pero esto es esporádico.

Las condiciones de vida que llevan son tristes, conmovedoras, pues son en su mayoría mujeres solas que no encontraron una mejor oportunidad aunque hayan algunas que están ahí por puro y físico placer, gozan esperando un tipo en una esquina sobretodo en las noches se observó un gran movimiento de personas jóvenes tanto de chicos como de chicas, con vestiduras extravagantes y movimientos insinuantes que atraen, llaman la atención de todo transeúnte que pase a pie o en carro o hasta en bus, en ocasiones no se puede distinguir un chico de una chica, entre ellos existe la presencia de travestíes o transexuales.

10. RESULTADO, OBSERVACION EN BARES DE AMBIENTE COMUNIDAD HOMOSEXUALIDAD O “BAR GAY”

En la metodología del proyecto se explica la forma de acercamiento en los “bares de ambiente”, los lugares visitados fueron Manhattan, Café Bar, Pekos, algunos de estos ya no existen o cambiaron de ubicación. Para tener conocimiento de qué forma han sido implicados en el asunto (VIH/SIDA), y este fue el resultado de lo observado:

En el bar de ambiente, como lo denominan ellos y ellas mismos (los homosexuales), se observa la doble vida que algunos deben llevar, en el caso de los ejecutivos que se escapan durante las noches de los viernes o sábados para encontrarse con sus amantes, jóvenes universitarios o acompañados de hombres mayores o de jóvenes de igual circunstancia, consumiendo bebidas en la barra o en una mesa desde donde se percibe como se consienten, se acarician y se contornean al ritmo vertiginoso de una música sensual y erótica.

Otros, como hombres casados a quienes se les agotan las excusas en casa para ocultar su condición gay, se hallan en una sin salida; otros se consideran privilegiados de no ocultar su inclinación homosexual.

La fiesta gay discurre frenética, pero siempre están en alerta cuando ven un nuevo actor en su medio, la mayoría se incomodan, se enojan, se fastidian al sentirse observados con demasiada intensidad o curiosidad, por eso fue necesario hacer contactos desde afuera y luego entrar como empleada de los organizadores, después de hacer amistades se podía entrar en grupo con alguno de ellos o cuando llegaba sola ya no se incomodaban como la primera vez.

Para entablar una comunicación real con estos actores sobre el tema del VIH/SIDA, no participan se alejan, contestan de forma agresiva, además, temen a las traiciones, a los señalamientos, a la discriminación, a las amenazas que representa ser homosexual.

Asumir esta condición o preferencia sexual, algunos sufren el rechazo de su familia, de su madre, de parientes cercanos, o de su sitio de empleo, en la calle los evaden, es como si nunca los hubieran conocido, por estas razones

muchos huyen de casa y se ubican en otras ciudades donde nadie de su familia le hará daño, pero si algunas personas que los observan con desprecio y desconfianza.

Aquellos que se sienten privilegiados por su condición gay, se ven obligados a soportar las burlas, la intolerancia, actitudes propias del entorno tradicionalista por los que se encuentran condicionados.

En los bares de ambiente se aprecia que hay más libertad homosexual entre hombres que entre mujeres, por eso se habla de "Gay", que hace referencia a los hombres homosexuales.

La mayoría de mujeres lesbianas que se observan, "son ariscas, reacias, meticulosas, celosas, desconfiadas", no permiten que una mujer "heterosexual" se entrometa en su grupo, se disgustan con facilidad es por eso que se trató más con los hombres homosexuales.

Al entablar comunicación con ellas y ellos, cuentan que era difícil vivir en su ciudad natal, que era preferible salir de ahí, tenemos como ejemplo una historia de vida de alguien que se ofreció para que este trabajo sea posible.

Es una chica de 33 años vive en Pasto hace unos veinte años, desde que comenzó el bachillerato en el Liceo de la Universidad, donde tuvo la oportunidad de conocer otros espacios y poder aflorar su condición homosexual y compartir con otras personas de iguales condiciones.

“Nací en un pueblo de la Costa Pacífica crecí con mis dos hermanos uno mayor y otro menor y con mis padres, siempre me trataron como una niña, pero yo me sentía diferente, lo descubrí cuando en la escuela lo primero que aprendí a escribir fue el nombre de mi profesora, a quien le indiqué mi escrito y muy indiferente me miró como a cualquier otra alumna.

Viví con mi familia hasta terminar la primaria, ellos siempre conocieron mi preferencia sexual y son indiferentes no dicen nada, mi padre es algo distante, él aún vive en la Costa con mi hermano menor, mi madre falleció y comencé a sentirme muy sola, pues ella era la única que siempre se mantuvo a mi lado, mi hermano mayor se alejó con el tiempo y conformó un hogar en otra ciudad, y en muy pocas ocasiones viene.

Después de la muerte de mi mamá, yo continuaba sola, me quedé viviendo

donde una señora que era amiga de la familia, donde aún vivo, siempre he estado trabajando, me enseñaron a diligenciar declaraciones de renta y cosas relacionadas con la actividad económica, esto lo hice cuando aún estaba en el Liceo.

Cuando ingresé al Liceo de la Universidad conocí otra gente, los compañeros eran más abiertos y las condiciones eran diferentes pues las chicas y los chicos se reunían con frecuencia y jugaban trompos, canicas y entre sí, no había diferencias para los juegos, nos mezclábamos entre todos.

El tiempo en esta institución fue chévere porque era en el tiempo de los ochenta, los movimientos como el M -19, la UP y otros a los que pertenecían los compañeros, entonces me uní a primero, empecé a conocer a otra clase personas, tener amistades y compartir experiencias.

Mi vida ha sido muy solitaria, cuando comienzo una relación y luego termino, tardo en recuperarme, casi dos años tardé en conseguir una nueva pareja, mientras tanto me dedico a las ocupaciones de la Universidad, acudo a los lugares de diversión o me entretengo también leyendo un libro, siempre en medio de mi soledad encuentro algo que hacer trato de no estar sola tanto

tiempo para evitar caer en la depresión y en el alcohol.

Mi primera pareja fue traumática, ya que, ella fue una prostituta, una persona experimentada, con cosas que ya traía consigo, posesiva y algo fuerte de carácter, además me marcó y eso me hizo sentir muy mal, eso no iba conmigo, entonces no duró mucho esta relación, con el tiempo conocí otro tipo de gente y lugares donde encontré a gente de iguales condiciones como yo.

Después de esta relación entré a la Universidad y comienzo a conocer a gente nueva entre ella a una secretaria que me gustaba mucho y la acosaba para que se fijara en mí, pero todo lo que hice fue imposible, durante mucho tiempo estuve atrapada en un enamoramiento absurdo donde solo yo amaba y solo yo estaba en esa relación. Encontré una amiga que me llevó a un lugar a conocer a otras personas y conocí a alguien muy especial, fue algo fulminante había mucha pasión y algo como química, nos gustábamos bastante pero había algo que fallaba, solo nos encontrábamos para ciertas cosas pero no existía una comunicación.

Terminamos después de tres años, pero terminamos bien, aún somos

amigas, cuando viene a Pasto conversamos cada vez que podemos en ocasiones no logramos encontrarnos, pero siempre hay un momento de encuentro.

Después de esta relación me involucro con alguien muy joven, pero solo a través de mensajes, cartas o poemas muy bellos y expresivos, parecía que ella estaba totalmente enamorada y parecía que también era o es una homosexual, aún no lo sé, porque se creó un conflicto inescrupuloso, de rechazo, de discriminación total, ella después de ver que yo no le daba la importancia que merecía me acuso de una forma terrible, era algo que yo no lo esperaba, además yo destruí todos los mensajes que ella me había enviado, y me acosó con los mensajes que yo le había respondido, no tuve pruebas para defenderme, yo solo contesté a sus cartas y a esos mensajes que eran muy tiernos parecían sinceros, cuando ella quiso tener algo conmigo yo no creía y por eso traté de no acercarme tanto a ella, solo me limite a contestar una carta, cuando yo empecé a hacerle caso y responder de manera más formal y amable ella ya no quiso tener nada conmigo y negó todo lo que había escrito o dicho, fue entonces cuando me acusó de acoso y fui maltratada por personas de altos rangos de la Universidad, **discriminada por gente preparada que se suponía tenía conocimientos y ya no creía en el

ridículo tabú de las creencias conservadoras.**

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Hacia el siglo XXI el VIH/SIDA se constituye en la pandemia a causar una sensación de impotencia y un profundo malestar en el género humano, por los efectos devastadores que ha causado hasta el momento, por la forma como se está diseminando, especialmente atacando a las sociedades subdesarrolladas; y en especial, porque, ha tocado uno de los elementos más sublimes de la vida del hombre, la **SEXUALIDAD**, elemento indispensable y constitutivo del ser humano en una doble dimensión; por un lado el sexo comporta una función biológica (reproducción del género humano o poder sobre la vida) y por otro lado está la sexualidad como fundamento del ser que busca el goce, el placer a través del dominio sobre el cuerpo.

La expansión de la pandemia se ha favorecido con la irrupción de una sociedad globalizada bajo los principios de una “modernización” incompatible con el deseo de bienestar del hombre como ser social, donde los procesos

de comunicación son más dinámicos de lo que implica una intensificación de los contactos.

Los movimientos occidentales de concentración y liberación sexual, el desarrollo de la tecnología que permite transportar los factores coagulantes de la sangre para los hemofílicos y el moderno transporte masivo son factores que han favorecido la expansión y extensión del virus por todo el hemisferio.

El SIDA al relacionarse con la sexualidad y con la sangre transforma el sentido de ser fuente de vida a convertirse potencialmente en fuente de muerte. Razón por la cual a puesto en el orden del día el tema de la sexualidad, tema de mucho escozor en la tradición del pensamiento del cristianismo católico de vieja data, para el cual el sexo se reduce a la función de reproducción del género humano, la sexualidad como principio del placer, del goce, del deseo constituyen una conducta pecaminosa, problema éste muy arraigado en nuestro entorno socio cultural. Donde en medio de un sincretismo, lo tradicional y/o premoderno se impone sobre lo moderno y lo posmoderno, situación esta que ha dificultado lograr acuerdos y pactos como sociedad. En este entorno la cuestión del VIH/SIDA pasa de ser un

problema individual a un problema colectivo, donde gran parte de la responsabilidad es social, con su historia, su cultura, sus relaciones de poder, su economía y su sentido de comunidad.

La presencia del VIH/SIDA ha desafiado las estructuras ideológicas, religiosas y sobre todo las conductas sexuales de la sociedad en general.

El reto de la humanidad es grande, ya que, las condiciones de marginalidad social, donde los deficientes niveles educativos y las condiciones de insalubridad se convierten en el mayor obstáculo para construir una cultura de prevención y de responsabilidad social para frenar los efectos del problema.

Otro problema grave en la propagación de VIH/SIDA, lo constituye la drogadicción a través de métodos intravenosos y la prostitución que tienen unas profundas raíces socioeconómicas por la carencia de oportunidades y de acceso al mercado laboral en una sociedad cada vez más fragmentada por los elevados niveles de violencia e intolerancia los cuales tienen como resorte el crecimiento de los cinturones de miseria en las ciudades capitales, espacio éste donde se facilita la expansión de la epidemia y se dificultan las acciones de atención y prevención.

El temor al contagio también ha generado el cambio de conductas en las instituciones sociales, donde las personas infectadas se enfrentan a todo tipo de discriminación en el entorno familiar y laboral cuando los portadores del VIH pierden sus trabajos y otra clase de señalamientos en relación con la condición de clase social, grupo o comunidad y/o condición sexual de la persona. Igualmente las acciones de discriminación se han extendido hasta el personal médico y sanitario que labora en centros hospitalarios, lo cual ha originado denuncias y litigios en los tribunales de justicia. Realmente la presión social sobre el problema recae sobre las personas portadoras del virus.

En lo que hoy constituye el departamento de Nariño, el cristianismo católico marcó la pauta expresada en la construcción de una sociedad bajo una estructura de autoridad vertical y sacralizada, cerrada a los movimientos del renacimiento y la racionalidad occidental, la cual se ha convertido en la reguladora de la vida social y moral de las personas, y como para la iglesia católica el sexo hace parte de la moralidad reduciéndose a la función de reproducción del género humano, lo demás es desconocido, la **SEXUALIDAD** no existe y constituye una conducta inmoral, el deseo es pecado, el placer es inconcebible, el concepto de sexualidad se ha

convertido en un sentimiento de culpa en la conciencia de cada individuo y forma parte de nuestro imaginario colectivo sobre la vida, el amor y el sexo.

Las relaciones sexuales han sido y seguirán siendo el principal factor de propagación del virus, el cual explica entre el 70 y el 80% de los niveles de infestación a nivel mundial y el 82% de los casos en el Departamento de Nariño. El hecho de estar relacionado con las conductas sexuales de pie para hablar de la existencia de grupos de alto riesgo, entre los que se encuentran trabajadoras y trabajadores sexuales, drogadictos intravenosos y otros grupos o poblaciones que viven bajo condiciones sociales, económicas y culturales de marginalidad. Pero también existen personas que mantienen conductas de alto riesgo en casos en que la promiscuidad sexual ha sido la característica común en el 81% de la población masculina y el 24.39% de la población femenina, y más aún cuando esta población se ha resistido a llevar una sexualidad preventiva, por encima de todo riesgo hay una alta población que se resiste al uso del preservativo.

De acuerdo a los registros del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDS) es posible acercarse a la construcción de una tipología de las personas que por su situación social, cultural, económica y sobre todo por sus

conductas sexuales presentan alto riesgo de contraer una ETS y en especial el VIH/SIDA.

- La población masculina es la más infectada y representa el 77.14% de los portadores del VIH/SIDA.
- La población sexualmente activa dada su condición de riesgo se constituye potencialmente en la más vulnerable a contraer el VIH/SIDA.
- Frente al estado civil, la vulnerabilidad depende del sexo en el siguiente sentido:

Para la población masculina la mayor probabilidad de contraer el virus es para los solteros, en gran parte debido a la promiscuidad sin prevención.

Para la población femenina la mayor probabilidad de contraer el virus se presenta en las personas que mantienen una relación "marital" formalmente establecida, dando a entender de esta manera que la probabilidad de adquirir el virus se da por intermedio de su pareja sexual permanente o no.

- Otro hecho a tener en cuenta lo constituye, la situación que sea la ciudad el espacio donde se están detectando y a la vez concentrando las personas portadora del virus. La ciudad se ha convertido en el centro del conflicto, conflicto en el sentido amplio de la palabra.

- Motivos a realizar un examen sobre el VHI/SIDA como son: contacto sexual, situación de riesgo y presencia de síntomas, evidencian que el 82.86% de la población adquirió el virus por transmisión sexual.

- El virus del VHI/SIDA se disemina en la sociedad sin importar condiciones de clase social, profesión u ocupación laboral, raza o sexo, sin embargo, unos grupos se encuentran en mayor situación de riesgo que otros y por lo tanto la vulnerabilidad presenta sus variaciones.

- Sin embargo, el VHI/SIDA ha afectado a casi todos los sectores de la sociedad, sus repercusiones han llegado a todas las instituciones, desde la familia, los centros de estudio, las empresas, las comunidades, el ejército, el gobierno, etc. , De tal manera que entre las personas portadoras se encuentran indistintamente de su condición religiosa, laboral, etc., trabajadoras y trabajadores sexuales, comerciantes, estudiantes, secretarias,

madres cabeza de familia, sacerdotes, militares, hasta menores de edad y un sinnúmero de profesionales y trabajadores independientes.

El desconocimiento del virus y de la enfermedad, la ignorancia sobre el tema, los medios de transmisión, los elevados niveles de analfabetismo funcional, la cultura de la marginalidad, la carencia de medidas preventivas, los elevados niveles de insalubridad en la población, la inercia del Estado en la formulación de políticas eficaces frente al problema, constituyen una cuestión preocupante, ya que, el problema del VIH/SIDA depende de acciones colectivas más que individuales, su trasfondo es ante todo social, cultural, político y económico.

El VIH/SIDA ha generado una serie de reacciones en el ser humano y en toda la sociedad, a puesto al descubierto el sentido equívoco de criterios moralistas, bajo una profunda ética de la convicción, que sanciona la sexualidad como por ir contra la moralidad cristiana de nuestra sociedad. Moralidad que desconoce la vulnerabilidad del ser humano ante la gravedad del problema. Esto ha conducido a generar una serie de conductas sancionatorias equívocas dirigidas hacia las personas portadoras de VIH, trabajadoras(es) sexuales, comunidad de homosexuales y bisexuales a

quienes se ha vulnerado sus derechos como seres humanos y como ciudadanos. Situación que se expresa en todo tipo de discriminación desde el rechazo de familiares, el desconocimiento de derechos laborales, sociales y políticos que han alcanzado elevados niveles de intolerancia en espacios privados y públicos. Situación que ha llegado a desafiar los principios del personal médico y sanitario al desconocer el derecho a la salud, a un tratamiento en centros clínicos y hospitalarios y al suministro de drogas, lo cual ha generado la mediación de los aparatos de justicia. Otro dilema ético se presenta en la forma de ensayar nuevos tratamientos.

Las acciones de discriminación que produce la cultura a la vez está generando otra serie de reacciones que produce mayores tensiones y conflictos psicológicos que se desencadenan desde el instante en que la persona confirma ser portadora del VIH y se manifiestan en crisis emocionales, conductas autodestructivas, depresiones, aislamiento, trastornos mentales, ansiedad, sentimiento de culpa, hasta alcanzar niveles de atención psiquiátrica, especialmente cuando el apoyo social y familiar, la comprensión, el afecto y la solidaridad es baja y el nivel educativo es escaso, presentándose casos hasta de suicidio.

La dificultad por construir una ética de la responsabilidad en el sentido

Weberiano, donde las acciones y consecuencias futuras sean previsibles, constituye el problema de fondo para la construcción de una cultura de la responsabilidad individual y colectiva lo que debe llevar a cuestionar y modificar nuestras conductas sexuales hacia un ambiente de respeto por el otro, por la diferencia, donde la prevención, la higiene y las condiciones de salubridad constituyan un elemento inherente en nuestra cultura, en nuestro imaginario.

El estudio revela que más del 50% de la población sujeto de estudio se resiste a usar el preservativo como medida de prevención, por lo tanto es necesario hacer más énfasis en las situaciones de riesgo.

Los programas preventivos deben segmentarse en todos los grupos sociales de una manera permanente los cuales deben hacer énfasis en:

1. El reconocimiento del VIH/SIDA como un virus que se adquiere en un 82% a través de las relaciones sexuales.
2. Reconocer que el problema del VIH/SIDA no es exclusivamente de homosexuales, bisexuales trabajadoras(es) sexuales, las estadísticas

demuestran que durante los últimos años el virus se ha expandido con más fuerza en los sectores laborales independientes heterosexuales, en razón de las conductas de riesgo.

3. La construcción de una cultura de la prevención, más que en la cultura de la curación.

4. El reconocimiento de ser potencialmente vulnerables al virus y de las situaciones de riesgo.

5. La prevención del VIH/SIDA comporta una responsabilidad colectiva.

6. Superar el sentido pecaminoso y de culpa de la sexualidad y elevarla a un espacio donde sea reconocida como parte integral en la construcción del hombre.

7. Superar la intolerancia, señalamientos y la estigmatización hacia determinados grupos y reconocer las conductas sexuales de riesgo en toda la población sexualmente activa.

8. Los programas de prevención deben ser permanentes y deben ser contruidos de manera colectiva por la sociedad. (Construcción colectiva del concepto de: situaciones, conductas y grupos de alto riesgo)

9. Entender la marginalidad como un obstáculo en la construcción de una cultura de la responsabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

CARDONA, Álvaro. Sociedad y salud. ED. Zeus asesores Ltda. Bogota 1992.

CULTURTA DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL: Estrategia para prevenir la transmisión del VIH/SIDA. San Juan de Pasto 1997.

FOUCAULT, michel. Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber. Edit. Gallimard, México 1976.

FREUD, Sigmund. Tótem y tabú. Ed Víctor Hugo. Medellín 1990.

FROM, Eric. El arte de amar.

GIDENS, Anthony. Sociología. Alianza editorial S A, Madrid 1991.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO. Número de casos registrados en pasto 1999.

JENNINGS, CHRIS. ¿Qué es el SIDA y cómo prevenirlo?, ED. NORMA Colombia 1996.

LIGHT SÉLLER, Calohun. Método de investigación sociológica. Quinta edición. Editorial McGRAW-HILL Interamericana, S. A. 1991.

MINISTERIO DE SALUD. Manejo básico de la infección por VIH/SIDA. Tratamiento antirretroviral.

_____ Manual de aspectos básicos y manejo clínicos. Infección por VHI/SIDA.

_____ Modulo de autoconstrucción de salud. Enfermedades de transmisión sexual 1990.

PERIODICO EL TIEMPO, Mayo 16 de 1999. SIDA "bomba de tiempo"

PIRENNI, Henri. Historia económica de la edad media. Editorial Fondo de Cultura Económico. México 1939.

ANEXOS

Anexo A. Universidad de Nariño

Departamento de Sociología

Fundación María Fortaleza

Estamos realizando un estudio serio y confiable sobre el VIH/SIDA en el Municipio de Pasto. Ello es posible gracias a su sinceridad en responder esta encuesta.

1. Sexo: F___ M___ Edad 15/19 ___ 20/24 ___ 25/29 ___ 30/34 ___
35/39 ___ 40/44___ 45/49 ___ 50 y más ___
Estado civil: Casado ___ Soltero ___ Otro cuál? _____

2. Actividad laboral:
Empleado(a) ___ Trabajador(a) independiente___ Otro cuál?

3. Nivel educativo: Primaria ___ Secundaria ___ Universidad ___ Otro
cuál? _____

4. Preferencia sexual: Homosexual ____ Bisexual ____ heterosexual

5. Pareja permanente _____ No permanente _____

6. Utiliza preservativo Si ____ No ____ Algunas veces ____

7. Su compañero(a) sexual más frecuente en esta clase de lugar es:
Cónyuge ____ Amante ____ Novia(o) ____ Amiga(o) ____ Pareja
ocasional ____

8. Frecuencia de encuentros sexuales en estos lugares:

Cada mes ____ cada 15 días ____ Cada 8 días ____ De vez en cuando

9. Sabe usted qué es el VIH? SI ____ No ____

10. Sabe usted qué es el SIDA? SI ____ No ____

11. ¿Conoce cómo se transmite el SIDA? Si ___ No ___

Cómo?

RECUERDE SU SALUD Y SU FUTURO DEPENDEN DE SU ESTABILIDAD
EMOCIONAL Y AFECTIVA

**Anexo B. Entrevista Universidad de Nariño Facultad de Ciencias
Humanas Departamento de Sociología**

Entrevista que se realizará a los pacientes.

1. ¿Cómo cree que adquirió el virus?

2. ¿Ha cambiado su comportamiento frente a la sociedad?

3. ¿Su enfermedad ha intervenido en el desarrollo de las actividades cotidianas, cómo?

4. ¿Se ha sentido rechazado, por qué y por quienes?

5. ¿Ha cambiado su círculo de amigos?

6. ¿Hoy cuál es su situación?

7. ¿Qué se podría decir frente a la propagación de la enfermedad?

ENTIDADES QUE HAN CAPTADO CASOS DE VIH

E P S	NUMERO DE PACIENTES
UNIMEC	1
COMEVA	1
SALUCOP	1
CONDOR	3
EMSSANAR	3
AMUNA	4
CONFAMILIAR	6
I.S.S	18

Anexo C. Sexo

Por primera vez en la historia de la humanidad, sexo y procreación no están ligados. Es decir, intelectualmente, deberíamos ser capaces de diferenciar entre el “sexo por placer” “sexo como vinculación íntima entre dos personas” y “sexo para la procreación“. Sin embargo, la estructura cultural (para evitar la palabra “ideología”, aunque en este contexto ambos términos son validos) de la sociedad todavía nos comunica el mensaje de que “el sexo debe darse sólo dentro del matrimonio” y que “el sexo debe limitarse al sexo heterosexual”. Todos sabemos que esto no es lo que acontece en la conducta humana, y sin embargo, estas dos nociones culturales siguen existiendo. Existen incluso en nuestra propia escala de valores, como muchos hemos experimentado a través del sentimiento de culpa que desarrollamos cuando no nos comportamos según estas reglas.

Si fuéramos capaces de comportarnos más racionalmente con respecto a la sexualidad humana, seríamos también más capaces de luchar contra el SIDA”.

Revista el viejo topo No 94 Marzo de 1996 epidemia e ideología por *Erik Fromberg*.

Anexo D. Ministerio de Educación Nacional resolución 03353 de 1993
“por el cual se establece el desarrollo de programas y proyectos
institucionales de educación sexual en la educación básica del país

LA MINISTRA DE EDUCACION NACIONAL

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en cumplimiento de las funciones conferidas por los numerales 1,5,12 y 16 del artículo 3º. Del decreto 2127 de 1992, y

Considerando:

Que la constitución política de Colombia estipula en varios de sus artículos derechos y deberes directamente relacionados con una concepción amplia de la sexualidad, como son los de las personas a un libre desarrollo de su personalidad, la prohibición de la esclavitud y la servidumbre, la igualdad de derechos y deberes de la pareja, el derecho de la pareja a la libre decisión sobre el número de hijos la igualdad de oportunidades para el hombre y la mujer, la protección de la mujer frente a cualquier clase de discriminación en el período de gestación o post-parto, los derechos de los infantes a un

desarrollo armónico e integral, los derechos de los adolescentes a una formación integral y a los derechos de las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Que la corte constitucional en sentencia del 2 de Julio de 1992, interpretando el mandato constitucional que otorga la facultad estatal de regular y ejercer la inspección y vigilancia de la educación y de planear y dirigir el sistema educativo con miras a lograr la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos, señala que la educación integral de los educandos justifica que los colegios participen en la educación sexual de los niños y adolescentes;

Los avances en materia científica sobre la sexualidad y desarrollo pedagógico de la misma;

Los problemas sociales relacionados con una vivienda irresponsable de la sexualidad tales como los embarazos en los adolescentes y los no deseados, los abortos, el abuso sexual y la violación de menores, el abandono de los niños, el maltrato infantil, los matrimonios en la adolescencia, las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA, la prostitución, entre otros,

originados en gran parte en la carencia de una adecuada educación sexual; las recomendaciones emanadas de la consulta nacional de expertos en educación sexual convocada y originada por el ministerio de educación nacional, celebrada en Junio de 1993.

Resuelve:

ARTICULO PRIMERO: OBLIGATORIEDAD DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

A partir del inicio de los calendarios académicos de 1994, de acuerdo con las políticas y siguiendo las Directivas del Ministerio de Educación Nacional todos los establecimientos educativos del país que ofrecen y desarrollan programas de preescolar, básica primaria, básica secundaria y media vocacional, realizarán con carácter obligatorio, proyectos institucionales de Educación sexual como componente esencial del servicio público educativo.

Los programas institucionales de Educación Sexual no darán lugar a calificaciones para efectos de la promoción de los estudiantes.

ARTICULO SEGUNDO: FINALIDAD DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Por ser la sexualidad parte fundamental de la personalidad de todos los seres humanos, que inciden en las relaciones interpersonales que se establecen en el ámbito familiar, social y amoroso, la educación sexual, sólidamente fundamentada en los avances de la ciencia y la pedagogía, debe propiciar y favorecer en todos los estudiantes una formación rica en valores, sentimientos, conceptos y comportamientos para el desarrollo de la responsabilidad y autonomía, cuya base fundamental sea el efecto y la igualdad entre las personas.

La educación sexual debe garantizar que el estudiante al término de su ciclo educativo:

- Comprenda el comportamiento sexual propio y de los demás
- Respeto como iguales y reconozca los derechos y deberes sexuales de si mismo y de las demás personas;
- Tome conciencia que la educación sexual de una persona comienza con el nacimiento y dura toda la vida;
- Sea capaz de tomar decisiones responsables con respecto a su sexualidad y al ejercicio de la misma;

- Esté preparado para emprender y desarrollar una vida en pareja y eventualmente construir una familia;
- Se refiera con naturalidad y tranquilidad a su sexualidad en todos los momentos de la vida y en todas sus relaciones interpersonales;
- Asuma la responsabilidad de la procreación y acepte de manera natural el amor, el placer y la comunicación con el otro;
- Sea capaz de reconocer los inconvenientes de un embarazo indeseado cualquier edad, espero especialmente durante la adolescencia;
- Sea crítico con respecto a los modelos sexuales que se le presentan desde otras culturas y que le llegan a través de los medios de comunicación;
- Tenga en conocimiento básico sobre los aspectos biológicos de la sexualidad, tales como anatomía y fisiología de los aparatos reproductores femenino y masculino, proceso reproductivo, prevención de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA;
- Tenga la información necesaria y suficiente sobre los diversos medios de regulación de la fertilidad humana;
- Asuma una actitud crítica frente a los estereotipos culturales de comportamiento tanto femeninos como masculinos;
- Analice los mitos y tabúes que en su medio rodean el hecho sexual, con

el fin discutir y aclarar conceptos acerca de la sexualidad, e

- Inicie un cambio de actitud en relación con la conducta sexual que conduzca a una sexualidad de corte humanista, desmitificada, sana, responsable, gratificante y enriquecedora de la personalidad. **REVISTA “LA ALEGRÍA DE ENSEÑAR” PARA MAESTROS Y PADRES No 17 OCTUBRE 1993**