

36
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ACTITUD SEXUAL ANTE EL SIDA

T E S I S

QUE PARA SUSTENTAR EXAMEN PROFESIONAL

P R E S E N T A N :

CRUZ PAEZ MA. GUADALUPE

MARTINEZ LOZADA ARCELIA

PELAYO NARANJO BENJAMIN

ASESOR : LIC. ROSARIO MUÑOZ CEBADA

COASESOR : LIC. SOFIA RIVERA A.

MEXICO, D.F.

DICIEMBRE, 1991.

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES DEL VIH	6
Epidemiología	9
Vías de Transmisión del VIH	12
ASPECTOS JURIDICOS	18
REACCIONES PSICOSOCIALES DEL SIDA	24
A. Respuesta Social hacia el Grupo Homosexual como factor de riesgo.	24
B. Respuesta del Grupo Homosexual en General	26
C. Respuesta de los Seropositivos	28
ESTUDIOS SOBRE ACTITUDES	36
LA SEXUALIDAD	51
METODO	66
A. Planteamiento del problema	66
B. Hipótesis	67
C. Variables	68
D. Definición conceptual de variables	69
E. definición operacional de variables	72
F. Sujetos	74
G. Muestreo	75
H. Tipo de estudio.	76
I. Diseño	77

J. Escenario	77
K. Instrumento	78
L. Procedimiento	81
RESULTADOS	84
Análisis descriptivo	84
Análisis de Varianza simple	91
CONCLUSION	99
DISCUSION	106
SUGERENCIAS	110
LIMITACIONES	113
APENDICE A. INSTRUMENTO	116
APENDICE B. GRAFICAS	122
BIBLIOGRAFIA	125

I N T R O D U C C I O N

En la actualidad el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad incurable que se ha vuelto un problema mundial. En nuestro país representa un problema de salud pública desde 1981, reportándose hasta el 30 de septiembre de 1991, 8277 casos, de los cuales la mayoría se encuentra en el Distrito Federal.

En el Distrito Federal el número de personas infectadas y enfermos de SIDA cada día va ascendiendo de manera exponencial, es por ello inminente buscar medidas preventivas para la solución del problema. A la fecha sólo se cuenta con medicamentos para prolongar la vida de la persona seropositiva, no se cuenta aún con una vacuna.

Es por eso que se cree necesario en lo que se encuentra el antídoto que solucione este problema crear medidas preventivas y llevar a cabo investigaciones que nos abran paso en esta incansable lucha. Por tal motivo creemos es de gran interés conocer la actitud que están

presentando todo tipo de parejas (heterosexuales, homosexuales masculinos y femeninos) ante el problema del SIDA; observar si se han dado cambios o las parejas no han tomado conciencia de la gravedad del problema; si se han continuado con las mismas conductas de riesgo o simplemente se ha tomado el problema como inexistente y a la vez no se haya registrado ningún cambio.

La pandemia (extensión de una epidemia a varios países) ha provocado una respuesta de pánico en la población en general y particularmente en el grupo homosexual, quien se ha visto segregado y estigmatizado por pensar erróneamente que ellos son los causantes de esta terrible enfermedad, aunque como se sabe es precisamente dentro de este grupo de personas con preferencia sexual diferente a la mayoría de la población, donde en un inicio se estuvo registrando el mayor número de personas infectadas. Este pánico de acuerdo a Golubjatnikov (1985), ha originado que el estilo de vida del grupo homosexual sufra cambios importantes en cuanto a la conducta sexual se refiere.

En lo que se refiere a los cambios de conducta producidos por el SIDA, en los Estados Unidos de Norteamérica se han iniciado estudios que dan cuenta de tales modificaciones, sobre todo en el terreno del comportamiento sexual, ya que esta vía es de primordial importancia para transmitir dicha enfermedad.

En México, Dorantes (1988), llevó a cabo un estudio sobre cambios de conducta de riesgo para la transmisión del SIDA, en un grupo de homosexuales masculinos de la Ciudad de México, encontrándose que no existen cambios en la conducta sexual de riesgo; en dicho grupo no influyó el grado de conocimientos que se tiene sobre el problema, nivel socioeconómico, escolaridad, edad y ni aún sabiéndose seropositivo.

Sin embargo, estudios llevados a cabo en la Universidad de Washington en 1989 en grupos homosexuales demuestran que si se han registrado cambios fundamentales en la vida sexual de éstos. Dichos hallazgos sugieren que una parte de las elecciones sexuales se han organizado conforme al deseo de impedir el riesgo.

Al mismo tiempo, investigaciones recientes en la República Mexicana demuestran que los homosexuales masculinos no son el único grupo susceptible al contagio, sino que todas las personas, independientemente de su preferencia sexual que hayan estado expuestas a riesgos alguna vez en su vida (sexual, riesgo de trabajo, transfusiones, etc.).

En cuanto al grupo homosexual femenino con frecuencia se piensa que son inmunes, porque es el grupo social de menor riesgo. Tal suposición es falsa. Si son el grupo de menor riesgo se debe en parte a que en las encuestas o cuestionarios sobre SIDA, no se incluye al lesbianismo como preferencia sexual. Pareciera ser que para muchos de los investigadores las lesbianas no existen.

Es urgente tomar cartas en el asunto hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales, ya que éste último grupo hasta el 10. de julio de 1991 había acumulado 1149 casos, independientemente de la vía de transmisión. (Gaceta CONASIDA, Julio 1991).

Las mujeres específicamente, su incidencia en México lleva una curva ascendente, de un 4% en 1987, aumentando a 26.6% en 1991.

Es el momento de que la mujer en tiempos de SIDA tome participación activa en la solución del problema, dentro de la sociedad, especialmente con su pareja, ya sea de ayuda y orientación, de un ir de la mano y hablar sobre la gravedad del problema, ya que no se puede dejar en manos de la mujer únicamente la responsabilidad de prevenir la enfermedad, siendo un problema que atañe a todos.

ANTECEDENTES DEL VIH

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es una enfermedad infecciosa, nueva, contagiosa, incurable y mortal, que afecta a las defensas del organismo favoreciendo la aparición de infecciones graves y cánceres diversos, constituyendo a la fecha un fuerte problema de salud pública (Revista de Salud Pública, 1989).

El desarrollo de cualquier enfermedad es resultado de la interacción de tres elementos: el agente causal, el paciente y el medio ambiente. Dependiendo del tipo de proceso patológico, uno o dos de esos elementos predominan sobre el otro, pero siempre se da esa interacción. La enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana no es la excepción. Sepúlveda J. (1989).

Inicialmente se pensó que el SIDA se debía al efecto de ciertos estimulantes (poppers) utilizados comunmente por los hombres homosexuales, o a la acción de algún factor presente en el esperma. Sin embargo, en el otoño de 1983 el Dr. Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer en Estados Unidos,

señaló que el SIDA podía deberse a un agente infeccioso viral relacionado con el HTLV descubiertos por él en 1980. Pensó que esta enfermedad era infecciosa por ser transmitida a través de la sangre, sospechó que era de origen viral por el hecho de que podía transmitirse por filtrados de sangre (factor VIII, empleado en el manejo de individuos hemofílicos) y sugirió que estaba emparentado con los HTLV dado que el agente causal del SIDA dañaba la misma población celular que los HTLV; los linfocitos T colaboradores o CD4, cuyo número se encontraba notablemente reducido en los pacientes con SIDA. Posteriormente el grupo de investigadores franceses dirigido por el Dr. Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de París, demostró que el agente causal del SIDA era efectivamente un virus, pero que este no pertenecía a los oncovirus, como los HTLV, sino a los lentivirus como los VISNA.

En 1984 el Dr. Gallo y sus colaboradores, publicaron diversos trabajos en los cuales afirmaron que el virus descubierto por ellos era el agente causal del SIDA y lo denominaron HTLV III.

En San Francisco, Calif., a final de 1984, Levy y Col. aislaron el agente causal del SIDA, al cual denominaron virus asociado al SIDA.

En mayo de 1986, el Comité Internacional para la taxonomía de los virus recomendó que el agente causal del SIDA se le denominara Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), señalando con ello la acción del virus.

La historia completa del SIDA probablemente permanecerá como un misterio... afirmó Jonathan Mann. Al igual que con la sífilis, nubarrones de prejuicios e ideología ensombreceran las investigaciones al respecto. Los esfuerzos en las investigaciones científicas no han alcanzado aún la esfera neuronal. César Carrillo (1990).

Se cree que dada la estructura del virus y su manera de infectar a las células, obstaculiza el que se pueda encontrar una cura y/o vacuna que ya estando presente en el organismo pueda erradicarse.

Se estima que pasaran varios años para que se logren ambas cosas, mientras tanto la vacuna con la

que se cuenta en este momento es la información y la educación sexual a toda la población, sin importar edad, grupo étnico, sexo o estrato social.

EPIDEMIOLOGIA

Hasta el 10. de Agosto de 1988, se reportó a la OMS, 108,176 casos de SIDA en 138 países del mundo, el 73% en América (40 países), el 14% en Africa (45 países), 12% en Europa (28 países) y sólo 1% en Asia y Oceanía (25 países). La propia OMS, estima que debido al subregistro de muchos países el número de casos acumulados de SIDA es de un cuarto de millón. Asimismo, se supone que existirán entre 5 y 10 millones de nuevos casos durante los próximos 5 años. Sepúlveda A. (1988).

SITUACION DEL SIDA EN MEXICO

Los casos de SIDA o VIH cada día van ascendiendo, se considera que en nuestro país habrá un ajuste de curva exponencial, demostrando que a partir de dos casos registrados en 1981, se han declarado 8277 hasta el 30 de septiembre de 1991 (Gaceta EPICONASIDA. Septiembre, 1991).

La tendencia de los casos es ascendente en todas las entidades del país, no obstante en el Distrito Federal se concentran 2406 casos. El restante está distribuido en la provincia y como a continuación se menciona:

REGION NORTE

NUEVO LEON	266
BAJA CALIFORNIA	200
COAHUILA	156
TAMAULIPAS	121
CHIHUAHUA	80
SONORA	53
B.C.S.	22

REGION CENTRO OCCIDENTE

JALISCO	912
MICHOACAN	198
GUERRERO	194
SINALOA	95
S.L.P.	79
NAYARIT	77
DURANGO	74
ZACATECAS	33
AGUASCALIENTES.	27
COLIMA	27

REGION CENTRO ORIENTE

EDO. MEXICO	871
PUEBLA	324
VERACRUZ	235
MORELOS	195
GUANAJUATO	64
HIDALGO	37
TLAXCALA	26
QUERETARO	21

REGION SUR

YUCATAN	157
OAXACA	73
CHIAPAS	44
TABASCO	34
CAMPECHE	18
QUINTANA ROO	16

VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.

El virus del VIH se ha aislado de todos los líquidos biológicos como el suero, el plasma, el sudor, las lágrimas, la saliva, el líquido cefalorraquídeo, el esperma y las secreciones vaginales.

El blanco del virus es el linfocito cooperador CD4 y también el macrófago. De manera que, para ser infeccioso, el virus debe franquear la barrera sanguínea. Los estudios epidemiológicos de la distribución de los casos de SIDA en todo el mundo manifiestan claramente dos vías de transmisión más comunes que son la sanguínea y la sexual, a la fecha también se sabe que cuando una madre se encuentra infectada lo más probable es que su hijo también nazca con el virus del VIH.

A.- VIA SANGUINEA

Se han reconocido incontables casos de SIDA entre las personas que han recibido transfusiones de sangre contaminada. Esta causa del SIDA ha desaparecido desde la detección de los donadores

de sangre y la eliminación de las donaciones infectadas por el virus del VIH.

Otra demostración del paso del virus por la vía sanguínea es el incremento en el porcentaje de toxicómanos seropositivos, debido al abuso de drogas por vía intravenosa. El intercambio de agujas contaminadas por el uso entre grupos de drogadictos asegura la transmisión del virus.

En Africa, en algunos hospitales las jeringas se reutilizan de un paciente a otro después de una esterilización más o menos dudosa y esto explica el elevado porcentaje de sujetos infectados en los hospitales, en comparación con la población normal.

B.- TRANSMISION SEXUAL

Durante el coito rectal, relación sexual en la que ocurre penetración del pene por el recto del compañero o compañera, es la práctica que implica mayor riesgo de transmisión. La explicación más aceptada se basa en la naturaleza del epitelio rectal. El epitelio rectal es el tejido que tapiza la porción final del intestino grueso y está

constituido por una sola capa de células de forma cilíndrica, la irrigación sanguínea es muy rica en esta región. Durante el contacto rectal éste epitelio sufre frecuentemente laceraciones permitiendo el contacto del VIH contenido en el semen y/o fluido preeyaculatorio ahí depositado con el torrente circulatorio y con las células que poseen el receptor CD4.

En el coito vaginal, esta práctica de transmisión del VIH parece ser menos efectiva que la anterior. Nuevamente la naturaleza del epitelio que recubre la vagina parece ser la explicación. En este caso se trata de un epitelio constituido por varias capas de células, de forma aplanada, lo cual lo hace más resistente a la fricción mecánica a que se somete durante el coito. Se ha mencionado que el riesgo de contagio aumenta durante el periodo menstrual: Por los cambios hormonales a los que está expuesta la mucosa vaginal, por la mayor accesibilidad al torrente circulatorio y por la sangre eliminada durante este periodo.

Sexo oral. La participación de la boca en las relaciones sexuales implica contacto de la mucosa oral con el pene o con las mucosas rectal o vaginal e intercambio de saliva y de las secreciones de estas mucosas. Es así que tanto por fellatio, anilingus y cunnilingus se podría transmitir el VIH.

Es de importancia señalar que en las parejas de homosexuales femeninas éste sería el riesgo al que están expuestas, ya que ésta es una de las --- prácticas que llevan a cabo. Hasta la fecha no se han reportado casos por esta vía. Solo han sido reportados unos cuantos casos de infección por VIH en lesbianas, y casi sin excepción, por antecedentes de inseminación artificial, transfusión de sangre o drogadicción intravenosa.

C.- TRANSMISION DE MADRE A HIJO

La mayoría de los niños nacidos de una madre seropositiva presenta, en el momento de nacimiento, ciertos anticuerpos dirigidos contra el virus y también el virus mismo. Un gran mayoría de esos recién nacidos desarrollarán SIDA.

Por consiguiente, existe una transmisión de la madre al hijo y se piensa que, sobre todo, tiene lugar en el momento del parto mediante una transmisión sanguínea. Algunos fetos obtenidos después de un aborto natural presentaban señales de una infección viral, lo que también demuestra una posible transmisión in utero, sobre todo durante los últimos meses de embarazo. Sin embargo, no es posible excluir la posibilidad de una contaminación de esos embriones a través de hemorragias maternas intraplacentarias, que también pueden contaminar al niño. El virus también se encuentra en la leche materna, pero no se ha demostrado ningún caso de contaminación por la vía oral. Un bebé seronegativo en el momento del nacimiento lo seguirá siendo incluso después de la lactancia materna. Sin embargo, se recomienda no alimentar al recién nacido con leche contaminada.

Por lo anterior, no hay una posibilidad de transmisión que no sea por las vías mencionadas quedando excluida la picadura de insectos, las lágrimas, el sudor o la saliva de una persona infectada por el virus del SIDA. Por lo que a

una persona afectada por el SIDA se le puede estrechar la mano y es más es algo que debe hacerse. No se debe titubear en hablar con una persona seropositiva, en escucharla, en compartir la mesa, un escritorio o un lugar de trabajo. El virus del SIDA no se trasmite a través de los asientos de los inodoros. Por último, no se debe impedir que un niño seropositivo asista a la escuela con los demás niños, pues no hay ningún ejemplo de contaminación sin contacto sexual o sin una transfusión sanguínea.

ASPECTOS JURIDICOS

En la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos existen garantías individuales que resultan aplicables a las personas con VIH/SIDA.

DERECHO A LA EDUCACION (Artículo 3o.); "Todo mexicano o extranjero que se encuentra dentro del país, tiene derecho a que se le imparta educación sin privilegio de raza, credo o sexo"; por lo que a ninguna persona portadora del VIH/SIDA se le podrá impedir su ingreso a los centro educativos, toda vez que no exista peligro de contagio.

DERECHO A LA SALUD (Artículo 4o.); "El varón y la mujer son iguales ante la ley, y ambos tienen derecho a la protección de la salud, así como el acceso a los servicios de salud". Esto garantiza que a cualquier persona se le debe otorgar prestaciones de salud oportunas, recibiendo atención profesional, éticamente responsable, así como un trato digno, independientemente de su enfermedad".

LIBERTAD DE TRABAJO (Artículo 5o.); "Toda

persona tiene derecho a dedicarse a la profesión, industria, comercio, o a trabajo que le acomode siendo lícitos". Por lo anterior, el estar infectado por VIH/SIDA no es impedimento para solicitar empleo, ser aceptado o continuar laborando en áreas donde no existe peligro de contagio.

LIBERTAD DE EXPRESION (Artículo 6o); "Toda persona podrá manifestar sus ideas siempre que no altere el orden público, ataque a la moral o incurra en un delito", por lo que las personas infectadas por el VIH o enfermas de SIDA podrán expresar libremente sus ideas y opiniones sobre aspectos relacionados con su padecimiento, pues su derecho a la información será garantizado por el Estado.

LIBERTAD DE TRANSITO (Artículo 11o.); "Toda persona tiene derecho de viajar en el país y de circular en sus ciudades libremente y sin permiso alguno". En base a esto el SIDA no es considerado como impedimento legal para circular dentro del territorio mexicano.

DERECHO DE IGUALDAD (Artículo 13o): "Nadie puede ser juzgado por leyes privativas ni por tribunales especiales". Esto garantiza a todos los mexicanos ser iguales ante la ley y les pertenecen los mismos derechos y obligaciones independientemente de padecer el VIH o SIDA.

GARANTIA DE LEGALIDAD (Artículo 16o.); "Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal de procedimiento". De esta manera el hecho de estar infectado por el VIH o SIDA, no es causa justificada para ser molestados o requeridos por autoridad alguna, sin tener un fundamento legal.

Por otro lado existen derechos humanos consignados en Tratados Internacionales:

PRIVACIDAD

...Permitir que aquellos que padecen el SIDA desarrollen vidas normales en la medida que su salud lo permita...

INTEGRIDAD PERSONAL

...Ninguna persona puede ser tratada en forma injusta o desigual debido a su raza, religión, nacionalidad u otra condición...

PROTECCION DE LA DIGNIDAD

...El SIDA es una enfermedad, no un contagio ni un crimen...

NO SER OBJETO DE DISCRIMINACION

...Un derecho fundamental es no ser objeto de la discriminación basada en la enfermedad.

NO SER OBJETO DE EXPERIMENTACION

...Las pruebas deben ser totalmente voluntarias, condicionales y necesarias para obtener un beneficio individual...

RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO ADECUADO

...Tratar de la misma forma a todas las personas, al margen de su estado...

Así como existen garantías que protegen a los enfermos de VIH/SIDA, también existe el Artículo 199 Bis del Código Penal que podría sancionar y que

a la letra dice:

"El que se sepa enfermo de un mal venéreo o un mal grave en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa. Si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión. Cuando se trate de cónyuge, concubinarios o concubinas, solo podrá procederse por querrela del ofendido.

También existen medidas preventivas legales, que garantizan la salud de la población. El Artículo 32 de la Ley General de Salud acordó en 1986 la obligatoriedad de investigar serológicamente al donador para evitar la transmisión y padecimiento por la sangre. En mayo de 1987, se prohibió el comercio con la sangre utilizando como única fuente de obtención, la donación voluntaria gratuita, así como toda sangre antes de ser transfundida debe ser previamente analizada de VIH y homoderivados. Por otro lado se aumentó la penalidad para quienes transgredan el

ordenamiento.

El Artículo 134 manifiesta que será obligatorio notificar inmediatamente a la autoridad sanitaria más cercana, sobre los casos en que se detecte la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana o de anticuerpos a dicho virus en alguna persona.

El Artículo 6, fracciones VI, VII, y VIII, menciona que dentro de las enfermedades transmisibles que se encuentran sujetas a la vigilancia epidemiológica son: la rabia, la peste, la brucelosis y otras zoonosis, toxoplasmosis y se adiciona a la lista el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

REACCIONES PSICOSOCIALES DEL SIDA

Aunque se ha estudiado muy poco las reacciones psicosociales, en algunos grupos se han encontrado formas típicas de conducta como:

A.- RESPUESTA SOCIAL HACIA EL GRUPO HOMOSEXUAL COMO FACTOR DE RIESGO

A este respecto Deucher N. (1984)., señala que aunque se ha dicho que el SIDA no es una enfermedad misteriosa, el miedo y el pánico se esparcen en la sociedad. Las víctimas han sido despedidas de sus empleos, de sus casas y abandonados por sus parejas. El rechazo social por ser portadores del virus, así como el familiar y el de los amigos, los cuales se ven forzados a luchar entre sus sentimientos para con el paciente y la confusión y humillación de que se les asocie a él. Los médicos que atienden a los enfermos de SIDA utilizan equipo especial (cubrebocas, guantes, etc.).

La histeria pública como respuesta del pánico al SIDA, solo ha servido para acentuar los graves

trastornos psicológicos a que tiene que enfrentarse el paciente cuando ha contraído la enfermedad.

Revisando estadísticas se ha observado que las personas con preferencia heterosexual han ascendido rápidamente, aún se cree que ésta enfermedad es exclusiva de personas con preferencia homosexual.

Cuando es necesario el ingreso al hospital, el paciente se tiene que enfrentar con problemas como el rechazo por parte del equipo profesional y además del resto de trabajadores de la salud. A su vez recibe rechazo de otros pacientes con otro tipo de enfermedad, debido a la creencia de que el SIDA es altamente conagioso.

Alvarez R. (1987), indica que el SIDA es un instrumento utilizado por grupos que buscan exacerbar los sentimientos contra los homosexuales, no obstante que ellos no son responsables de la aparición de la enfermedad.

Otra de las reacciones psicológicas hacia los homosexuales ha sido la "homofobia" (actitudes negativas hacia los homosexuales, basadas en el prejuicio), que éstos han internalizado, convirtiéndolos frecuentemente en objetos de opresión social y juzgándoles como diferentes e inferiores. Esta homofobia internalizada, más la amenaza de una nueva enfermedad para la que no se dispone de cura, juegan un papel decisivo en las actitudes de los homosexuales.

Cabe mencionar que a la fecha observando las tasas de transmisión por preferencia sexual, los bisexuales son quienes están recibiendo también agresión y se les echa la culpa de ser los causantes de que las tasas de transmisión aumenten. Esta crítica ha sido por personas heterosexuales sin considerar que ésta enfermedad no respeta clase, cultura, credos y/o preferencias sexuales.

B.- RESPUESTA DEL GRUPO HOMOSEXUAL EN GENERAL

Se ha observado que algunos de los homosexuales se "paralizan" por la amenaza del

SIDA (Hirsch, D. 1984), existiendo una incapacidad sexual emocional, a estos individuos se les ha denominado "sidafóbicos".

Los Sidafóbicos se encuentran con que están manejando las consecuencias de una sexualidad no resuelta y su concomitante culpa, además de un sentimiento de muerte y un miedo a contagiarse, pero sobre todo, temor de tener que divulgar su homosexualidad. La culpa puede dar un efecto de incapacidad, específicamente en los que no han resuelto este aspecto de su vida; para los que ya lo hicieron, el remordimiento aparece como efecto de la actividad sexual promiscua del pasado.

Deucher, N. (1984), señala que el pánico al SIDA entre los homosexuales ha propiciado que visiten frecuentemente a su médico y que acudan a practicarse el examen del SIDA, por un catarro persistente, éste pánico a menudo se presenta en individuos cuya personalidad está caracterizada por rasgos obsesivos y paranoides.

La consistencia y discrepancia entre el aspecto verbal y conductual del comportamiento

sexual es un indicador importante para detectar si el individuo está, o no haciendo frente de manera adaptada a la amenaza del SIDA. Otro indicador se observa en la actividad social que el homosexual elige, usualmente la forma de establecer el primer contacto de socialización era el sexo, a partir de la amenaza de la enfermedad, se han preferido contactos sociales antes de tener un encuentro sexual.

C.- RESPUESTA DE LOS SEROPOSITIVOS

Indican Goldblum, P. y Seymour, N. (1987), los sujetos reaccionan de varias maneras: los que están informados correctamente, lo hacen sin sobresaltos, con moderación, buscan ayuda y posibles soluciones, los que no están preparados, que son la mayoría, se obsesionan por el tema y piensan constantemente en las consecuencias futuras. Manifiestan llanto y hundimiento, se quedan estupefactos y muchos no reaccionan hasta el día siguiente. algunos piensan en el suicidio, pero más tarde cambian de actitud.

Morin, s. (1984) ha descrito que las personas

que son positivas para la prueba de anticuerpos, muestran signos de una gran angustia psicológica debido a que no saben si su condición va a cambiar en el sentido de la posibilidad de desarrollar la enfermedad fulminante, si permanecieran sin cambios o bien si recuperaran su funcionamiento inmune; éstos factores constituyen un campo fértil para el desarrollo de una variedad de desórdenes de ansiedad que incluyen un intenso aislamiento reacciones ante el constante autorecordatorio sobre su condición, funcionamiento laboral pobre, debido a la fatiga, pérdida de la iniciativa, frustración en las necesidades de realización y productividad.

Los autores coinciden en que el paciente atraviesa por un proceso que va desde el momento de recibir la noticia del diagnóstico hasta la etapa en que se prepara para morir.

De acuerdo con Sánchez, M. (1987), son cuatro los factores del trauma psicológico del enfermo con SIDA:

a.- La gravedad de la enfermedad.

- b.- El largo período de incubación.
- c.- La transmisión por vía sexual.
- d.- La impotencia de la medicina ante la enfermedad.

Por su parte Cassens, B. (1984), reporta que el miedo y la incertidumbre son las primeras respuestas ante el diagnóstico. Para algunos la decisión más importante que tendrá que tomar, será con quien compartir la noticia, la culpa, por su parte hace más grande el sentimiento de aislamiento, que después se experimenta en el hospital cuando son internados, al separarlos de los demás pacientes con la idea de proteger al resto de una posible infección. En el caso de los homosexuales esto es una continuación de la marginación que había sufrido a lo largo de su vida y curiosamente viven la paradoja de poner el cuidado de su salud en manos de una sociedad que les ha enseñado a dudar del valor de su existencia, lo que propicia devaluación.

Este tipo de respuesta emocional se caracteriza por un rechazo a cualquier ayuda de tipo social y por un estado colérico y frustración.

La cólera se dirige a las personas que representan la autoridad, a la comunidad homosexual, o bien a la heterosexual y por último hacia sí mismo Coluvjatnikov, E. (1985).

Otros individuos responden de manera más integrada, aparece una forma de modificación de la conducta sexual en función de un mayor control sobre esta. Aprovechando la información que sobre el SIDA han obtenido, se involucran en organizaciones que dan una nueva conciencia sobre la enfermedad a la comunidad. Adicionalmente reevalúan su sexualidad y el rol que desempeña su personalidad en el propio estilo de vida.

Una forma más de este enfrentamiento a la amenaza es aquel, que utiliza la negación, en donde internamente desaparece la posibilidad de enfermar, el sujeto sigue la misma actividad sexual del pasado, que incluso llega a incrementar, racionalizando que es inmune a la enfermedad, percibiéndose a sí mismo como diferentes de aquellos que la padecen. Utiliza la actividad sexual como un modificador de su angustia y depresión.

Otras de las manifestaciones del paciente con SIDA son:

a.- Choque por el diagnóstico y afrontar la posible muerte.

b.- Sentimientos de impotencia para cambiar las circunstancias y la consiguiente frustración y enojo.

c.-Disminución de las funciones físicas por declinación de la salud.

d.- ansiedad sobre las reacciones de otros, con el consiguiente aislamiento y pérdida de apoyo social.

e.- Disminución de las funciones del razonamiento por ansiedad, depresión, preocupaciones obsesivas y posible deterioro intelectual.

f.- Menor función sexual, pérdida de la libido y disfunción eréctil.

g.- Temor de infectar a otros, en particular a seres queridos y haberse contagiado de ellos.

h.- Preocupación sobre el ser querido y como puede afrontarlo

i.- Temor de ser abandonado y morir solo.

j.- Miedo a morir con dolor y molestias.

k.- Perturbación social, familiar y laboral.

l.- Ansiedad por la idea de presentar en el futuro el cuadro clínico del SIDA.

m.- Depresión por la percepción de la infección, el desarrollo del síndrome completo o ambos.

n.- En el caso de personas homosexuales, resurrección de las "culpas" pasadas.

o.- Alteración social, familiar, laboral y estres.

E.- TRATAMIENTO DE LAS PAREJAS DE LOS ENFERMOS DE SIDA

El manejo va a ser de orientación, información, educación, como en el caso de los familiares, aunque aquí vamos a tener características especiales por ejemplo:

a.- Sentimientos de coraje hacia la pareja enferma.

b.- Se le adjudica una conducta de infidelidad por haber contraído la enfermedad.

Al mismo tiempo habrá variaciones en cuanto a si se trata de pareja homosexual o heterosexual. Para trabajar con grupos de guía y apoyo, se recomienda que estos sean homogéneos en cuanto a la orientación sexual, es decir, homosexuales y heterosexuales.

Otras reacciones psicológicas de las parejas de los enfermos con SIDA son:

a.- Temor sobre la posible muerte del ser querido, angustia, choque e impotencia.

b.- Temor de infectarse, que origina ansiedad, depresión y preocupaciones obsesivas.

c.- Disminución de la función sexual, en especial pérdida de la libido y de las posibilidades de sexo en el futuro.

d.- Culpa sobre la posibilidad de haber infectado al compañero y a otros.

e.- Incertidumbre sobre lo que hay que hacer para ayudar a la pareja.

f.- Incertidumbre sobre lo que hay que hacer a continuación: conflicto entre evitar la infección y el amor a la pareja, culpa por este conflicto.

g.- Ansiedad y depresión clínica.

ESTUDIOS SOBRE ACTITUDES

El estudio sobre las actitudes es de sumo interés para la psicología general. La psicología clínica por su parte se vale de éstas para conocer por qué el individuo responde de determinada manera hacia algo particular; buscando su origen en lo reprimido u oculto de éste, como son sus temores, fantasías, sentimientos, emociones, etc. La infección por VIH ha provocado diversas actitudes, desde discriminación, prejuicios, miedo, temor exagerado en la población, por lo tanto, la persona que ejerce su sexualidad independientemente de su preferencia sexual (heterosexual, bisexual y homosexual), se han visto acorralados por personas que los consideran gente con prácticas de alto riesgo. Por otro lado, las campañas de información han tratado de disminuir estas reacciones e instar a actitudes más positivas y racionales hacia esta enfermedad.

En un estudio realizado sobre actitud del médico hacia el paciente infectado por el VIH en el Centro de Información sobre SIDA Centro, se encontró que el personal tiende a presentar una

actitud favorable hacia los pacientes infectados por el VIH. Sin embargo, se observó que algunas conductas presentes durante la atención del personal a pacientes denota que ésta actitud no es tan favorable, como podría ser el tomar alimentos durante la atención brindada, atenderlos con la puerta abierta o de pie, así como recibirlos y despedirlos desde el escritorio. También se mostraron conductas que probablemente reflejan temor al contagio, tales como evitar tener contacto con objetos tocados por los pacientes y el no existir contacto corporal con éstos. Dicho temor es injustificado, ya que el personal tiene conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH. López, M. (1990).

Mortón y Mc. Manes (1986), sugirieron que la educación acerca de la homosexualidad antes que la infección del VIH, requiere reducir dudas con respecto a éste. Estudios realizados acerca de actitudes sobre la infección por éste virus y percepciones hacia la homosexualidad en estudiantes de psicología y personal de salud, arrojan los siguientes resultados: Semkins y Kushonerc (1986), encontraron una correlación baja

entre la percepción con respecto a la homosexualidad y la actitud hacia la infección por el VIH. Por el contrario en el año de 1987, Bouton y Dowel hallaron una correlación alta, respectivamente entre éstos, solo que la llevó en un grupo del Sector Salud.

Dupros, (1989), realizó un estudio para verificar si las actitudes negativas hacia la infección por el VIH corresponden a la ideología sexual tradicional, en él muestra al azar a 400 sujetos franco-canadienses. Se demostró que la homofobia es un indicador clave del conservadurismo sexual asociado con actitudes negativas hacia la infección por el VIH.

Kolma, T.P. (1987), hicieron un estudio tomando en cuenta religión, estado civil y años de experiencia profesional de médicos y enfermeras, encontrando que esto no tenía influencia en la actitud hacia pacientes homosexuales con SIDA. Sin embargo, quienes tenían amigos homosexuales su actitud fue más favorable que los que no tenían.

En una encuesta realizada en 1987 un 60% de

entrevistados señaló que aislaría a las personas infectadas por SIDA.

Por otro lado, se demostró que la información sobre SIDA y sus medidas de prevención (una sola pareja sexual), uso de condón, evitar relaciones sexuales con personas recién conocidas, era bastante alto; 99% de la población muestreada ha escuchado hablar sobre el SIDA, aunque solo el 68% se consideró medianamente informado, el 45% de los entrevistados declararon preferir el riesgo de infectarse por SIDA a utilizar condón en sus relaciones sexuales. Izazola y Col. (1987).

Ponce de León, S y Pérez, Padilla, J.R. (1990), realizaron un estudio para evaluar las actitudes éticas (discriminación) en un grupo de médicos ante el manejo de pacientes con SIDA y de infectados por VIH. La encuesta se efectuó en 88 médicos de posgrado, provenientes del Instituto Nacional de la Nutrición de Salvador Zubiran (INSZ) y del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Los resultados demostraron que la conducta ética es heterogénea. En muchas situaciones las opiniones se dividieron

equitativamente a favor y en contra hacia los pacientes, debido esto a que el médico tiene una deficiencia médica sobre la ética y carece de una postura definida. Además, las respuestas de conducta que la tradición médica considera normales y que serían ilegales para la mayoría de los sistemas de derecho, y por último, las respuestas del cuestionario manifestaron que las actitudes médicas son en éste más moderadas y diferentes que las reales, es decir, al atender pacientes infectados con VIH o con SIDA.

Master y Johnson, (1990), consideran que la transmisión heterosexual en Estados Unidos es mucho mayor que la publicada por los epidemiólogos de ese país. Por otra parte algunos médicos conservadores, han señalado que la transmisión del VIH ocurre en forma importante solo entre hombres homosexuales y drogadictos intravenosos, señalando que la transmisión heterosexual no representará en el futuro un problema de salud pública. El formular predicciones en un clima de controversias, afirmaciones alarmistas o por el contrario de declaraciones que minimizan el problema, es una tarea comprometedora que en el

mejor de los casos solc, puede plantear un "abanico" de probabilidades basadas en evidencias epidemiológicas obtenidas de los datos sobre la infección por VIH en grupos poblacionales y de los casos de SIDA.

Otro estudio llevado a cabo por Ramírez, G. (1989), sobre la actitud ante la campaña televisiva de Prevención del SIDA en adolescentes del D.F., los investigadores manejaron indicadores sobre actitud hacia el uso del condón y qué mitos tenía esta población; encontrándose que: se estudiaron 355 sujetos (hombres y mujeres). En el caso de los hombres, presentaron una actitud desfavorable hacia el uso del condón (tomado en cuenta por el mayor número de sujetos), que afecta directamente a ellos y que quienes primordialmente tenía que aprender a tener cuidados que requieren de estas medidas. Respecto a las mujeres, su actitud se debió a que la decisión de tomar ésta medida queda más en manos de hombres.

En resumen los sujetos presentaron una actitud negativa, por lo que no es viable que lleven a cabo el cambio de conducta planeado por la

Secretaría de Salud, con respecto a la campaña sobre la práctica de las medidas preventivas.

En 1987, Sepúlveda, A. y Col. llevaron a cabo encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas en diferentes ciudades de la República Mexicana, se aplicaron 683 entrevistas, 36% de hombres y 64% mujeres, en conocimiento se encontró lo siguiente:

Respecto a que consideran que es el SIDA, el 83% reportaron que es una enfermedad infecciosa, el 75% lo conceptualizó como una enfermedad que puede afectar a todos pero prevenible y el 60% lo identificó como una enfermedad exclusiva del homosexual. En cuanto a cómo se transmite el SIDA, el 97% contestó que es una enfermedad que se transmite por contacto sexual con personas infectadas, el 96% manifestó que se transmite por transfusión de sangre infectada, el 92% por usar jeringas y/o agujas sin esterilizar y el 90% reportó que se transmite por vía perinatal.

Sin embargo, hubo aseveraciones erróneas

acerca de falsas vías de transmisión o mecanismos de transmisión, por ejemplo: 51% refirió que la infección se puede adquirir en alberca, 46% por utilizar instalaciones sanitarias públicas, 42% a través del contacto casual, 36% manifestó que se puede adquirir por piquete de insecto y el 15% a través del aire.

En este mismo estudio se midió actitudes como miedo y discriminación respecto al SIDA, encontrándose lo siguiente:

El 59% de los entrevistados tiene miedo de infectarse, mientras que el 41% manifestó no tenerlo.

El 70% tiene miedo de que su familia enferme de SIDA, y solo el 30% manifestó no tener miedo ante tal situación. Sin embargo, llama la atención que la mayoría de las personas estén más preocupadas por un familiar que por sí mismas, es probable que esta mayoría sea aquella que entiende la problemática del SIDA como ajena.

El 88% reportó que ayudaría a sus amigos si alguno de ellos enfermara de SIDA, el 64%

avisaría a alguna autoridad, el 13% lo mantendría en secreto y solo el 4% manifestó que lo rechazaría.

Si algún familiar se enfermara de SIDA, el 93.3% lo ayudaría, el 67% avisaría a alguna autoridad, el 9% lo mantendría en secreto y solo el 2% lo rechazaría.

Respecto a si supieran que su pareja está infectada se encontró: el 27% se apartaría de ella, el 84% la apoyaría y el 27% solicitaría consejo médico.

A su vez el 60% de los entrevistados conceptualizaron el SIDA como una enfermedad de homosexuales y consideraron que las prostitutas y los homosexuales son los subgrupos con más altos riesgos de contraer la enfermedad.

Otro estudio llevado a cabo por el Dr. Sepúlveda, A. y Col. en ese mismo año, en hombres homosexuales y bisexuales en seis ciudades de la República Mexicana, consistió en la aplicación de 853 entrevistas, observándose las siguientes

actitudes: el 40% de los entrevistados afirmó tener miedo de padecer SIDA, el 21% regular, 13% manifestó tener poco miedo y el 26% manifestó no tener miedo.

Se encontró que si alguno de sus amigos enfermara de SIDA, el 95% lo ayudaría, el 46% avisaría a alguna autoridad, el 23% lo mantendría en secreto y solo el 1% lo rechazaría. Si esto sucediera a uno de sus familiares, 95% lo ayudaría, 47% avisaría a alguna autoridad, 19% lo mantendría en secreto y solo el 2% lo rechazaría.

Sin embargo, si supiera que su pareja está infectada o con SIDA, 90% le brindaría apoyo, 71% solicitaría consejo médico y el 25% se apartaría de ella.

Aún cuando hay datos que muestran preocupación y solidaridad con los enfermos de SIDA, el 60% de los entrevistados señaló que aislaría a las personas con SIDA, si en sus manos estuviera dictar medidas de éste tipo, lo cual pone en evidencia un rechazo social hacia los afectados por ésta enfermedad.

Respecto a riesgos en esta muestra, el 83% no conceptualiza el SIDA como enfermedad exclusiva del homosexual, aún cuando más de las 3/4 de ellos consideran que las prostitutas y los homosexuales son subgrupos con más alto riesgo de contraer la infección.

En cuanto a medidas preventivas sexuales el 20% señaló que rechazaría a su pareja si se negara a utilizar condón y el 35% prefiere correr el riesgo de infectarse por el virus del SIDA a tener que utilizar el condón siempre.

También en 1989, Sepúlveda, A. y Col. llevaron a cabo un estudio en el D.F., Acapulco, Guadalajara, Tijuana, Monterrey y Mérida, el cual consistió en la aplicación de 811 entrevistas a estudiantes universitarios, 53% hombres y 47% mujeres, encontrándose los siguientes resultados de actitudes (miedo y discriminación) respecto al SIDA.

El 47% de los entrevistados mencionó tener miedo de enfermarse de SIDA, mientras que el 23% solo tiene poco miedo y el 30% restante no tiene

miedo de adquirir la enfermedad. Sin embargo, el 57% respondió que tenía mucho miedo de que alguno de sus familiares enfermara de SIDA, solo el 21% reportó que tenía poco miedo y el 22% no tenía miedo por su familia.

Al investigar anticipación de conductas ante posibles casos de SIDA, en tres niveles diferentes de cercanía como son amigos, familiares y pareja, se encontró que cuando se tratara de un amigo, el 93% lo ayudaría, el 45% avisaría a alguna autoridad, solo el 14% lo mantendría en secreto y el 4% lo rechazaría. Si fuera un familiar el enfermo de SIDA, 95% lo ayudaría, 45% avisaría a alguna autoridad, solo el 10% lo mantendría en secreto y el 1% lo rechazaría.

En el caso de la pareja, el 23% se apartaría de ella, el 76% pediría consejo médico y el 80% lo brindaría apoyo.

Al mismo tiempo los estudiantes entrevistados al pedirseles identificarán la enfermedad en subgrupos específicos, el 40% de

los entrevistados identificó al SIDA como una enfermedad de homosexuales y el 93% considera que las prostitutas y los homosexuales tienen mucho riesgo de infectarse por el VIH.

Otro estudio llevado a cabo en 5 Estados de la República Mexicana por los mismos investigadores en ese año con prostitutas y prostitutos, en el que se aplicaron 873 entrevistas, 845 se aplicaron a mujeres, 24 a hombres travestis y 4 a transexuales, investigando conocimientos y actitudes respecto al SIDA, se encontró que en conocimiento el 57% señaló que la enfermedad se transmite en albercas, el 56% a través de relaciones de trabajo u hogar con personas infectadas, 51% por piquete de insecto y el 47% por usar baños públicos.

Respecto a actitudes hacia su pareja si supiera que ésta estuviese infectada, el 79% manifestó que le brindaría apoyo, 73% pediría consejo médico, 37% se apartaría de ella.

En la Comisión de Salud de Australia se llevó a cabo un estudio en 152 hombres homosexuales y bisexuales, sobre actitudes y creencias alrededor del condón en cinco dimensiones con escala de I.S. Brown; encontrándose que los hombres homosexuales mostraron una actitud más positiva al uso del condón, tanto para relaciones anales como orales a diferencia de los hombres bisexuales que presentaron una actitud menos positiva hacia el uso del condón respecto a la enfermedad del VIH. Michael, R. (1988).

Cunningham, R. de 1985 a 1989 realizó encuestas en la Ciudad de Washington para observar cambios en las conductas de riesgo con una muestra de jóvenes de 10 ciudades de Estados Unidos que acudían a una clínica de atención. Se encontró que el conocimiento sobre SIDA no influye en el cambio hacia conductas protectoras. El aumento del estrés lleva un incremento en las prácticas de riesgo de los jóvenes. El estado mental está muy relacionado con el aumento de prácticas de riesgo. Los factores que más influyeron en el aumento de riesgo son: estado

mental, aumento de estres y percepción personal
de riesgo.

LA SEXUALIDAD

El concepto de sexualidad plantea un gran número de preguntas, generalmente al hablar de sexualidad se tiende a confundirlo con sexo, por eso sería conveniente en el mejor de los casos explicarlo de acuerdo a un rol sexual cultural del individuo, como un resultado de una serie de respuestas fisiológicas a estímulos corporales para una mejor comprensión.

A pesar de que lo sexual tiñe nuestras vidas, desde el nacimiento a través de la relación madre-hijo, y en toda nuestra vida, hasta en las evidentes connotaciones sexuales de los anuncios que juegan un papel muy importante; igualmente las películas y la literatura. Pese a todo se sigue considerando la sexualidad sinónimo de relación sexual y está solamente permisible dentro de la institución (matrimonio), lo que puede llevar a una falta de conocimiento de las diversas opciones que existen en una relación de pareja, ya hablemos de parejas heterosexuales, homosexuales y bisexuales, éstas dos últimas consideradas "anormales", ya que son relaciones que tanto la ley civil y religiosa

no ampara ni aceptan. Tomándose como patrón normal la relación de pareja heterosexual con fines de perpetuar la especie.

La sexualidad la han definido algunos diccionarios como: el conjunto de comportamientos relativos al instinto sexual y a su satisfacción.

En los mismos diccionarios describen "instinto" como (del latín *instinctus*, instigación, impulso) disposición psicofísica hereditaria, común a todos los individuos de una misma especie y causa de las conductas peculiares de cada una de ellos. Normalmente está ya formado por completo al nacer el animal. Por su condición hereditario y específico no precisa de aprendizaje, por lo que Pavlov lo ha definido como un acto reflejo no condicionado. Difiere pues, del acto reflejo condicionado en que puede actuar independientemente de la presencia del estímulo. Se reconoce como instintos básicos los encaminados a la conservación de la especie (sexual). En el hombre la fuerza instintiva decrece a medida que aumenta la vida consciente. (Enciclopedia de Ediciones, S.A. 1983).

Al mismo tiempo el concepto de sexo se describe de la siguiente manera: del latín sexus condición orgánica que distingue en una especie dos tipos de individuos que desempeñan distinto papel en la reproducción. El sexo es un carácter hereditario transmitido por heterocromosomas (Op.Cit.).

Si se consideran éstas definiciones como las que en su mayoría maneja la gente, se puede observar por un lado, que se trata a la sexualidad y al sexo como parte fisiológica del individuo, heredada y cuyo fin es la reproducción, por otro que la educación aparentemente no debiera influir, pues ya nos viene indicado lo que seremos: "hombres" o "mujeres", según la morfología general, si acaso, el rol vendría determinado por la sociedad en que nazcamos, pero nunca nuestras preferencias sexuales o de objeto. Pero, adicionalmente cómo explicar las "desviaciones", las "perversiones" y las variaciones en las normas culturale, etc.

Se perfila claramente que los individuos que piensen en forma biologicista verán otras formas de

relación sexual, como la homosexualidad y la bisexualidad, enfermedades o desviaciones de la normalidad o peor aún como vicios. También es obvio que pensando así, cualquier relación que no sea coital y que no lleva al fin propio de la sexualidad que sería la perpetuación de la especie, y volvemos al pasado (quizás sea el presente), que negaba la satisfacción o placer al acto sexual per se y que en ocasiones, como en los momentos en los que se está viviendo el problema del SIDA que llena a los individuos de culpas por sus preferencias.

Como ejemplo a lo anterior es importante mencionar las declaraciones hechas por el Sr. José Serrano Limón, Presidente de Pro-Vida el 13 de septiembre de 1990, "La sexualidad está integrada por ciertos elementos que identifican al hombre y a la mujer, a uno como a otro. La sexualidad diferencia al hombre y a la mujer en el plano sentimental, psíquico, moral y físico. dentro del aspecto físico están lo que son los órganos sexuales, que hacen que se complemente el uno con el otro, es una especie de complementaridad entre el hombre y la mujer, vistas a la procreación. Nosotros consideramos que la sexualidad debe estar

encaminada justamente a la procreación, a la actividad sexual hombre-mujer. Fuera de esto consideramos una degradación". Días de León. (1990).

Se ha discutido la sexualidad ampliamente en si es una característica del adulto o si todo individuo posee una sexualidad desde el momento del nacimiento; de hecho desde que se nace y dado que presenta genitales, el individuo es reconocido como sexuado y se le ubica socialmente en una de las dos categorías hombre o mujer; un sexo asignado basado en un criterio morfológico. La sexualidad es un tema muy polémico y según el enfoque que corresponde a un asunto diferente.

En lo que se describe posteriormente se muestran puntos de vista diferentes que corresponden a la posición biológica y psicológica de una institución oficial con respecto a la sexualidad.

Desde el punto de vista biologicista la sexualidad es considerada como un "proceso fisiológico natural", comparable a otras funciones

naturales como pueden ser la respiratoria, la intestinal o la urinaria". Master y Johnson. (1983).

Con respecto a lo anterior, el sexo es la base biológica y está definido como: "El conjunto de características anatómicas y fisiológicas en la especie humana que diferencian al varón de la mujer y que al complementarse tienen en sí la potencialidad de la reproducción (Op. Cit.).

Como se observa, la definición del diccionario coincide en gran parte con la concepción de Master y Johnson, por lo que se puede decir que estamos regidos por una visión biologicista de la sexualidad.

Se ha hecho mayor énfasis en la falta de comprensión en nuestra cultura occidental en lo que respecta a sexualidad, siendo que como proceso fisiológico no debiera de existir ninguna reacción con tintes negativos; curiosamente, pocos teóricos difieren en definir el hambre o la pulsión respiratoria, pero en lo que respecta a sexualidad no solo existen muchas opiniones, sino también

muchos tabues o prejuicios.

Master y Johnson intenta explicar la aparición de los juicios cuando los individuos separaron la "reacción sexual", de su lugar como función natural y le achacaron la "idea de pecado" o algo destinado únicamente a la "reproducción sexual". Para dichos autores el sexo, como función fisiológica natural, no tiene como fin único la procreación, sino que también es el vehículo de "expresión de ternura humana o fuente de placer recíproco". (Op. Cit.). Sin embargo, esta expresión tampoco es fácil de ser comprendida cabalmente.

Lo que llaman "reacción sexual" son aquellas experiencias individuales que a partir de la infancia, se van ligando con sentimientos de felicidad o infelicidad y que a lo largo de los años van asumiendo en forma imperceptible, una carga sexual, de tal modo que cada individuo desarrolla una serie personal de necesidades que al ser satisfechas generan sentimientos sexuales gratificantes (Op. Cit.)

A pesar de que la concepción biologicista de

la sexualidad ha avanzado gigantescamente de la relación sexual como simple medio reproductor a una función natural que no siempre busca la procreación, aquella sigue anclada en la genitalidad, lo que la convierte en un asunto de adultos, ya que ni los niños ni muchos adolescentes se hayan aún maduros para ejercerla.

En estos momentos serían de gran importancia hacer un análisis a esta concepción, ya que datos de CONASIDA reportan que gran cantidad de niños entre 8 y 16 años se encuentran infectados por VIH, por ejercer una sexualidad sin tomar en cuenta las medidas preventivas (Gaceta CONASIDA. Marzo-Abril, 1991).

Desde el punto de vista de orientación de la Psicología Social, Alvarez Gayón, opina que la sexualidad es el punto donde se reúnen el sexo biológico, el sexo de asignación y la identidad de género: El sexo biológico se refiere a las características físicas determinadas genéticamente, el de asignación es el sexo que le confiere al infante las actitudes y conductas que lo rodean condicionando a su vez en él, actitudes y conductas

esperadas y por último, la identidad de género que es la vivencia psíquica y emocional, obtenida mediante el proceso de identificación, ésto es, de pertenecer al sexo masculino o femenino.

Por tanto, hablar de sexualidad es hablar del ser humano integral y en su totalidad. Es hablar del ser biológico, del ser psicológico y del ser social (Chamizo O.1988). Aquí el problema se ha complicado, ésta afirmación no ayuda a clarificar nada.

Según este enfoque, el acto sexual es un acto social, primero porque implica dos personas mínimo, segundo, porque no hay en ella mucho que pueda ser tenido como "normal" o "anormal", tercero, porque los impulsos sexuales del hombre poseen una poderosa determinación biológica y psicológica y la forma en que dichos impulsos se manifiestan es una construcción social, culturalmente determinada. Castro, R. (1989).

Es decir, éste sexo biológico, innato al individuo, se le asignan unas actitudes y conductas culturalmente determinadas y por tanto, según ésta

orientación, mediante la educación sería posible lograr cambios en las conductas sexuales del individuo.

En relación a lo social, la norma no es resultado de algo inmanente a los individuos, sino el producto de convenciones creadas por el hombre: Para la sexualidad no existe ningún tipo de norma natural transhistórica que fije de una vez y para siempre lo que ella debe ser en toda sociedad. A no ser que se confunda sexualidad con acto de reproducción biológica, dos planos que en el hombre están claramente disociados y que por ende no deben ser confundidos. Farfan, R. (1990).

Por otra parte, Rattner, J. (1979), conceptualiza la sexualidad de la siguiente manera:

"El representante psicosomático de un impulso que depende de la producción de hormonas sexuales. Este impulso se revela a través de una tensión interna, que ocasiona la descarga de la tensión. El sentido biológico del acto sexual es evidentemente la generación de la descendencia, al nivel humano, por lo demás, es ya no es un

ingrediente esencial, dado que el hombre tiende a la unión sexual más bien en consideración a la expresión de sus necesidades instintivas o de su ternura, el coito se convierte entonces en un fin en sí, que no tiene ya en cuenta la conservación de la especie o que incluso la excluye voluntariamente.

Así pues, la sexualidad se iría formando desde la infancia y lo que la hace diferente al "instinto animal", es que el hombre es un ser natural, donde la relación sexual no es solo una descarga de impulso, sino que va acompañada de afecto, ternura, atracción, etc., pero que nace en una cultura que la va formando y moldeando mediante la educación.

Por su parte H. Koachdorian (1983), nos dice sobre una base biológica del sexo, la sociedad actúa mediante la educación para asignarle un lugar, hombre o mujer que conlleva una serie de conductas: el bebé aprenderá a ser mujer u hombre según las normas culturales de su sociedad, de su tiempo, y se identificará con su papel "masculino" o "femenino". Una vez que se ha decidido el sexo del bebé, el camino de la crianza es por lo general

coherente con el género asignado. Se hace evidente que nosotros vemos a los niños, a partir del nacimiento como marcadamente definidos una vez que los hemos etiquetado como mujer u hombre.

A pesar de todos los conceptos que se den sobre la sexualidad, ésta sigue siendo sexista, el concepto de feminidad o masculinidad nos demuestra que la sexualidad sigue determinada biológicamente, ya que según sean los órganos genitales del individuo es su educación y supondría un comportamiento rígido de los individuos; o totalmente hombres o estrictamente mujeres.

Por otra parte el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en sus textos hablan del concepto de sexualidad como: "una de las necesidades sociales básicas de los seres humanos" y le da la misma importancia a la cultura, la cual para lograr la convivencia social moldea el comportamiento de los miembros de la sociedad a través de los valores, las normas, las creencias y las instituciones: "El guión sexual da la idea, la pauta, de cómo organizar la vida sexual de los miembros de la sociedad a la que pertenecen. El

contenido del guión es reflejo de la ideología social, siendo introyectado en forma individual y paulatina desde el momento del nacimiento (Cabrera, A. 1988). sin embargo, el CONAPO no comparte el concepto, asegura que "la conducta sexual es socialmente aprendida y no biológicamente determinada, ya que los roles sexuales van a estar condicionados a la concepción particular de cada sociedad".

De esta manera, a pesar de formarse en grupo, el individuo se convierte en un ser único y original a partir de los "guiones sexuales" que se estructuran durante el proceso de desarrollo, al encontrar una forma individualizada de ser, sentir y pensar.

Lo que nos permite ser diferentes, a pesar de que seguimos guiones preestablecidos es, por una parte la dotación genética individual y por otra, los factores del medio ambiente... los guiones que nos brinda la sociedad como marco de referencia para el desarrollo, están tipificados para varón y para mujer y corren en forma paralela con poca probabilidad de conjuntarse; por tanto, la

identidad que el ser humano ha de adquirir está matizada por el aspecto sexual y se convierte en esa medida, en una identidad sexual. Cabrera, A. (1988).

Según el CONAPO, la identidad sexual, es el aspecto psicológico de la sexualidad y comprende tres aspectos básicos:

a.- La identidad de género que se refiere a la conciencia de pertenecer a un sexo determinado y es producto social.

b.- el rol de género que es el comportamiento del individuo que hace evidente a la sociedad y así mismo, el sexo al que pertenece y que responde a los usos, costumbres del lugar y la época finalmente.

c.- La orientación sexual que se refiere a la atracción, al gusto o preferencia del sujeto para elegir compañero en la relación coital, en la afectiva, en la fantasía y que está también fuertemente condicionada por la sociedad. Para el CONAPO, como se puede observar estos tres

componentes presionan al individuo para que su orientación sea heterosexual, quizás por la sobrevaloración que las sociedades han otorgado a la reproducción de la especie.

El énfasis que hace la sociedad en la relación heterosexual ha traído como consecuencia una discriminación y marginación muy marcada de individuos con preferencias sexuales que se salen de la norma, acentuándose más en ésta época en que el problema del SIDA obliga a todos los individuos a replantear sus prácticas sexuales más no sus preferencias.

En este caso las instituciones sociales son importantes como estructuras encaminadas a la satisfacción de una necesidad social y como tal la sexualidad se ve representada en el matrimonio, ya que ...". Esta es una pauta para regular las relaciones entre hombre y mujer que viven en pareja, con el que se asegura la procreación en la forma socialmente aceptada. Carrizo, H. (1982).

M E T O D O

A.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En estos momentos en que la Organización Mundial de la Salud considera el problema del SIDA como un pandemia, se cree que todas las parejas, independientemente de sus preferencias sexuales, edad, religión, nivel académico, etc., su relación de pareja se ha visto sacudida por este problema, dando como resultado: temores, miedos, angustia, mitos ante la idea de saberse infectados, ya sea por sus prácticas sexuales actuales o anteriores o simplemente por otras causas. Esto conlleva a presentar diversas actitudes que de alguna manera han repercutido en su vida, ya sea con la pareja, en el trabajo o en sus relaciones interpersonales.

Por tal motivo, la presente investigación tiene como finalidad conocer: Si el problema del SIDA ha afectado la actitud sexual en un grupo de parejas heterosexuales, un grupo de parejas homosexuales masculinos y otro grupo de parejas homosexuales femeninos de escenarios naturales y un grupo de parejas heterosexuales, un grupo de

parejas homosexuales masculinos y otro grupo de parejas homosexuales femeninos de CONASIDA.

B.- HIPOTESIS

1.- Hipótesis de trabajo.

A partir del problema del SIDA se han dado cambios en la actitud sexual de las parejas heterosexuales y homosexuales masculinos y femeninos de escenarios naturales y de CONASIDA.

2.- Hipótesis alterna.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud sexual ante el problema del SIDA en un grupo de parejas heterosexuales y otro grupo de parejas homosexuales masculinos y femeninos.

2.1.- Hipótesis alterna.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud sexual ante el problema del SIDA en un grupo de parejas de Escenarios Naturales y de CONASIDA

3.- Hipótesis nula.

No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud sexual ante el problema del SIDA en un grupo de parejas heterosexuales y otro grupo de parejas homosexuales masculinos y femeninos.

3.1.- Hipótesis nula.

No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud sexual ante el problema del SIDA en un grupo de parejas de Escenarios Naturales y de CONASIDA.

C.- VARIABLES

1.- Variable dependiente: Actitud sexual.

2.- Variable Independiente: Problema del SIDA.

3.- Variable Independiente: Grupos de parejas heterosexuales y grupos de parejas homosexuales masculinos y femeninos.

4.- Variable Independiente: Grupos de parejas de Escenario Natural y de CONASIDA.

D.- DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

1.- ACTITUD. Kember y Young (1967), dicen que la actitud es una tendencia o predisposición aprendida más o menos generalizada y de tono afectivo a responder de modo bastante persistente y característico por lo común positivamente (a favor o en contra) con referencia a una situación, idea, valor u objeto o clase de objetos o una persona o grupo de personas.

Analizando la definición dada por Young y de acuerdo con otros autores, las actitudes tienen tres componentes:

a.- Componente Cognitivo. Consiste en la creencia de un individuo acerca de un objeto.

b.- Conductual. Consiste en una disposición a responder, una tendencia a la acción ya sea de alejamiento o acercamiento con respecto a un objeto.

c.- Componente afectivo. Consiste en los sentimientos que se hayan vinculado hacia el objeto, incluyendo aquí toda gama de emociones.

2.- Sexualidad.

Para algunos autores la sexualidad se refiere a las características totales del individuo (biológicas, sociales, emocionales y de personalidad) que se manifiestan en sus relaciones con otros y que se reflejan en la orientación. Shope. (1975).

Para Maduro Otto (1975), es la experiencia y la percepción de las pulsiones físicas y/o psíquicas orientadas hacia el placer sexual (no solo genital), así como la experiencia y percepción del cuerpo propio y/o ajeno como medio físico de comunicación erótico afectivo.

3.- SIDA. Es una enfermedad infecciosa, universal, contagiosa y prevenible. En la actualidad es incurable y mortal, afecta las defensas del organismo favoreciendo la aparición de infecciones graves y cánceres raros constituyendo

a la fecha un grave problema de salud pública, a la vez una pandemia. Uribe, Z.P. (1988).

4.- Heterosexual

Persona con interés erótico con miembros del sexo opuesto específicamente, preferencia o capacidad exclusiva para actos sexuales que conducen al orgasmo. Page, J. (1982).

5.- Homosexual

Persona que se encuentra motivada en la vida adulta por una definida atracción hacia miembros del mismo sexo, quien usualmente se dedica a relaciones abiertas con ellos.

6.- CONASIDA.

Centro de Información sobre SIDA. Lugar donde asisten las personas a realizarse la Prueba de Detección del virus de Inmunodeficiencia Humana.

7.- Escenario natural

Conjunto de circunstancias que se consideran en torno de una persona o suceso.

E.- DEFINICIONES OPERACIONALES

1.- Actitud sexual

Fué la calificación obtenida por las parejas en la escala tipo Lickert, que midió los cambios de actitud en las parejas.

La escala tipo Lickert estuvo constituida por los siguientes indicadores:

a.- Sensualidad

b.- Mitos y Creencias

c.- Fidelidad

d.- Hábitos Sexuales

e.- Temores

f.- Agresión.

2.- SIDA.

Es una enfermedad mortal, infecciosa y contagiosa. Esta puede adquirirse por transfusión de sangre, uso de jeringas y agujas contaminadas, relación sexual sin protección con personas infectadas (coito anal, vaginal u oral), y transmisión perinatal y a través de la leche materna.

3.- Heterosexual

Persona que contestó afirmativo el rubro heterosexual.

4.- Homosexual

Persona que contestó afirmativo el rubro homosexual.

5.- CONASIDA.

Lugar donde acudieron parejas heterosexuales y homosexuales a solicitar información, orientación y Pruebas de detección del VIH y donde

se llevó a cabo parte de la investigación.

6.- Escenario Natural.

Espacios de recreo, descanso, trabajo y enseñanza, no diseñados artificialmente por los investigadores, donde se localizaron parejas heterosexuales y homosexuales y se llevó a cabo la otra parte de la investigación.

F.- SUJETOS

En la investigación antes de aplicar el cuestionario final se llevó a cabo un piloteo, administrándole el cuestionario a una población de 30 parejas (15 parejas de Escenario Naturales y a 15 parejas de CONASIDA), heterosexuales, homosexuales masculinos y femeninos, que como requisito tuvieran como mínimo 6 meses en su relación de pareja y que a su vez el grupo de parejas de Escenarios Naturales no se hubieran efectuado la Prueba de detección del VIH.

Ya para aplicar el cuestionario final después de haber obtenido validez por Interjueces,

participaron 150 individuos (75 parejas). 30 parejas que acudieron al Centro de Información sobre SIDA a realizarse la Prueba de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), de las cuales 15 parejas fueron de heterosexuales y otras 15 parejas fueron de homosexuales masculinos. Las 45 parejas restantes que no se han hecho la Prueba de detección del VIH, se localizaron en Escenarios Naturales. De éstas 45 parejas, 15 fueron de parejas heterosexuales, 15 de parejas homosexuales masculinos y las otras 15 parejas de homosexuales femeninos, con diferentes grados de escolaridad, nivel socioeconómico, otros que trabajan y algunos que no lo hacían.

Todas las parejas como mínimo la duración de su relación debería de ser de seis meses (criterio de inclusión).

G.- MUESTREO

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional, ya que los investigadores buscaron a los individuos que reunieran las características necesarias.

H.- TIPO DE ESTUDIO

Fué un estudio descriptivo de campo, ya que esta investigación concuerda más cercanamente con la definición del mismo. "Los estudios de campo son investigaciones encaminadas a descubrir las relaciones o interacciones, entre variables sociológicas, psicológicas y educaciones en estructuras sociales reales... generalmente el investigador en este tipo de estudios valora las consecuencias de una intervención o tratamiento que ocurre en el momento en que realiza su estudio, pero que no ha sido introducida por él, y en otras le interesa conocer el estado actual de un fenómeno sin interesar sus causas...". Diseños experimentales y cuasiexperimentales, Campell, (1980).

El fenómeno que se estudió es algo ya dado y que actualmente sigue su curso independientemente de alguna manipulación directa e indirecta por parte de los investigadores.

Otro hecho importante es que la población estudiada fué tomada de ambientes naturales, no

prefabricada por los investigadores.

I.- DISEÑO

El diseño fue factorial de 2x3, de acuerdo a las necesidades requeridas por la investigación. Dicha muestra estuvo constituida por grupos de parejas heterosexuales, parejas de homosexuales masculinos y parejas de homosexuales femeninos de Escenarios Naturales y parejas de heterosexuales y parejas de homosexuales masculinos de CONASIDA.

J.- ESCENARIO

La investigación se llevó a cabo en dos tipos de escenarios: por un lado se estudiaron parejas de heterosexuales, homosexuales masculinos y homosexuales femeninos de Escenarios Naturales que no han acudido a efectuarse la Prueba de detección del VIH, localizados en escenarios como escuelas, casa-habitación, centros de reunión y recreación, etc. Por otra parte grupos de parejas heterosexuales y parejas de homosexuales masculinos que acudieron a los Centros de Información sobre SIDA a efectuarse la Prueba de

Detección del VIH.

K.- INSTRUMENTO

Se elaboró un instrumento de medición para el estudio.

a.- Escala Tipo Lickert. También llamada de rasgos sumariados, la cual estuvo constituida por los siguientes indicadores.

1.- Sensualidad: Sensaciones visuales, auditivas, olfativas, gustativas y del tacto que resulten placenteras.

2.- Mitos y Creencias: Ideas deformadas, carentes de realidad, cerradas al mundo científico

3.- Fidelidad: Dentro de una pareja es el afecto constante y recíproco entre dos personas exclusivamente, que mantienen relaciones sexuales.

4.- Hábitos Sexuales: Conductas constantes y/o repetitivas.

5.- Temores: Manifestación de rechazo y recelo hacia situaciones sexuales.

6.- Agresión: Acciones que intentan atacar o destruir a personas que están o podrían estar infectadas por el VIH.

A partir de los indicadores se crearon 60 reactivos que evaluaban la actitud de las parejas, desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, pasando por indeciso.

Se obtuvo una confiabilidad por interjueces a través de frecuencias relativas, haciéndose un análisis de contenido como a continuación se describe.

J U E C E S

CONFIABILIDAD POR INTERJUEGOS

R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ACIERTOS	DESAC	D	D ²
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	10	100
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	8	64
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	1	8	64
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	10	100
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	10	100
6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	1	8	64
7	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	1	8	64
8	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	1	8	64
9	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	1	8	64
10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	10	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0
12	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	8	0	0
13	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	7	3	4	16
14	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	1	8	64
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	10	100
16	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	1	8	64
17	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	6	4	2	4
18	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	6	4	2	4
19	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	5	5	0	0
20	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	7	3	4	16
21	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	7	3	4	16
22	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	8	2	6	36
23	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	6	4	2	4
24	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8	2	6	36
25	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	8	2	6	36
26	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	9	0	0
27	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	6	4	2	4
28	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	8	2	6	36
29	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	1	8	64
30	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	7	3	4	16
31	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	7	3	4	16
32	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5	5	0	0
33	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	4	6	0	0
34	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	5	5	0	0
35	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	8	0	0
36	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	4	6	0	0
37	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	5	5	0	0
38	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	6	4	2	4
39	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	5	5	0	0
40	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7	3	4	16
41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0
42	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7	3	4	16
43	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	6	4	2	4
44	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	5	5	0	0
45	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	6	4	2	4
46	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	4	6	0	0
47	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	5	5	0	0
48	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	3	7	0	0
49	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	5	5	0	0
50	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	5	5	0	0
51	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	5	5	0	0
52	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9	0	0
53	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	2	6	36
54	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	8	0	0
55	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	8	2	6	36
56	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	7	3	4	16
57	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3	7	0	0
58	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	5	0	0
59	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	6	4	2	4
60	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	6	4	2	4

42 43 22 24 31 27 33 45 48 39

$$Sp = \frac{1 - 62 \frac{D^2}{N^2 - N}}{21552 - 66} = \frac{1 - 2136}{21552 - 66} = \frac{1 - 0.09}{21546} = 1356 = 1 - 0.09 = .97$$

Al final el banco quedó constituido por 51 reactivos, de los cuales 14 fueron positivos, 37 negativos, distribuidos de la siguiente manera:

- 1.- Sensualidad (5 positivos y 2 negativos).
- 2.- Mitos y Creencias (14 negativos).
- 3.- Fidelidad (3 positivos y 5 negativos).
- 4.- Hábitos Sexuales (1 positivo y 2 negativos).
- 5.- Temores (4 positivos y 5 negativos).
- 6.- Agresión (1 positivo y 9 negativos).

L.- PROCEDIMIENTO

La investigación se llevó a cabo en las Instalaciones del Centro de Información sobre SIDA y en Escenarios Naturales.

En el Centro de Información sobre SIDA se aplicó el Cuestionario a 15 parejas heterosexuales y 15 parejas de homosexuales masculinos y solo se pudo aplicar el cuestionario a 5 parejas de homosexuales femeninos, mismos que se tuvieron que invalidar, ya que esa cantidad no era significativa para las comparaciones. Esto fue después de la entrevista llevada a cabo por los investigadores

para evaluar riesgos y la encuesta epidemiológica que aplica CONASIDA. La investigación tuvo una duración de 11 meses en CONASIDA.

En escenarios naturales como: casa-habitación, oficinas, centros de reunión o recreación, se aplicó el cuestionario a 15 parejas heterosexuales, 15 parejas homosexuales masculinos y 15 parejas de homosexuales femeninos. Esto se llevó a cabo aproximadamente 9 meses.

Al establecer el rapport con las parejas de ESCENARIOS NATURALES, se les comentó que "eramos psicólogos egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México y estamos llevando a cabo una investigación sobre Actitud Sexual en las parejas a partir del problema del SIDA. Solicitamos su amable cooperación para que de ser posible contesten este cuestionario con la mayor honestidad el cual es confidencial y anónimo; marcando con una "X" cualquiera de las cinco opciones que considere más apropiada a su criterio. Gracias por su colaboración.

En el caso de las parejas que se entrevistaron

en el Centro de Información sobre SIDA se les explicó cual era la finalidad del cuestionario, encontrándose que algunas se negaron a participar argumentando que no eran sujetos de investigación, lo que obstaculizó la investigación, por lo que el tiempo de aplicación fue mayor.

RESULTADOS

ANALISIS DESCRIPTIVO

Para poder llevar a cabo la interpretación de los resultados obtenidos en la presente investigación se realizó un análisis descriptivo, que consiste en formular reglas y procedimientos para la presentación de los datos de una forma útil y significativa, donde el estadístico establece reglas a través de las cuales los datos puedan representarse graficamente.

La muestra estudiada estuvo compuesta por un total de 150 sujetos, de los cuales el 40% (30 parejas) eran heterosexuales, 20% (15 parejas) fueron homosexuales femeninos y 40% (30 parejas) fueron homosexuales masculinos (ver tabla No. 1).

TABLA No. 1

GRUPO	F	%
1	60	40.0
2	30	20.0
3	60	40.0
TOTAL	150	100.0

En dicha muestra se puede observar que el rango de edad de la población estudiada osciló entre los 17 y 59 años, con una media de edad de 27.6 y una desviación estándar de 7.6 años (ver tabla No. 2).

TABLA No. 2

EDAD	f	%
17	1	.7
18	6	4.0
19	6	4.0
20	7	4.7
21	7	4.7
22	12	8.0
23	11	7.3
24	9	6.0
25	12	8.0
26	7	4.7
27	8	5.3
28	11	7.3
29	10	6.7
30	9	6.0
31	4	2.7
32	2	1.7
33	5	3.3
34	1	.7
35	2	1.3
36	2	1.3
38	1	.7
39	3	2.0
40	2	1.3
41	2	1.3
42	2	1.3
43	1	.7
44	2	1.3
46	1	.7
50	1	.7
51	1	.7
54	1	.7
59	1	.7
TOTAL	150	100.0

También se puede ver que la muestra quedó constituida por 60% (90) sujetos masculinos y el 40% (60) sujetos de sexo femenino, observandose que la mayoría de la muestra fueron hombres (ver tabla No. 3).

TABLA No. 3

SEXO	f	%
1	90	60.0
2	60	40.0
<hr/>		
TOTAL	150	100.0

Respecto a la escolaridad de los sujetos que componen la muestra, el .7% (1) son analfabetas, el 8.7% (3), tienen nivel primaria, el 24% (36) secundaria, el 31.7% (34) poseen educación media superior, el 43.3% (65) con educación superior y el .7% (1) con doctorado. Se obtuvo una moda de 4, lo que significa que la mayoría de la muestra estudiada posee una educación superior (ver tabla No. 4).

TABLA No. 4

ESCOLARIDAD	f	%
ANALFABETA	1	.7
PRIMARIA	13	8.7
SECUNDARIA	36	24.0
PREPARATORIA	34	22.7
LICENCIATURA	65	43.3
DOCTORADO	1	.7
T O T A L :	150	100.00

Observando el nivel socioeconómico de la muestra se puede concluir que el 12% (18) pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, el 86% (129) a un nivel socioeconómico medio y el 2% (3) a un nivel socioeconómico alto. Con una moda de 2, lo que indica que la mayoría de la muestra pertenece a un nivel socioeconómico medio (ver tabla No. 5).

TABLA No. 5

NIVEL SOCIOECONOMICO	f	%
1 (BAJO)	18	12.0
2 (MEDIO)	129	86.0
3 (ALTO)	3	2.0
T O T A L	150	100.00

En la variable que indica la situación laboral de la muestra estudiada (trabaja o no trabaja), se pudo observar que el 68% (102) son personas que trabajan y que el 32% (48) no trabajan, obteniéndose un modo de 1, lo que indica que la mayoría de la muestra trabaja (ver tabla No. 6).

TABLA No. 6

TRABAJA O NO TRABAJA	f	%
1 (TRABAJA)	102	68.0
2 (NO TRABAJA)	48	32.0
T O T A L :	150	100.0

Cabe mencionar que la muestra estudiada perteneció a personas que acudieron a CONASIDA a solicitar la prueba de detección del VIH en los Centro de Información sobre SIDA, denominándolos población de CONASIDA y el otro grupo que no ha acudido a hacerse la prueba de detección. A éste último grupo se le denominó población de Escenario Natural y se localizó en oficinas, escuelas, casa-habitación, centros de reunión (en el caso de las parejas homosexuales masculinos y femeninos).

Se encontró que el 40% (60 sujetos) perteneció a la población de CONASIDA y el 60% (90 sujetos), a la población de Escenario Natural. Se obtuvo una moda de 2, lo que indica que la mayoría de la muestra estudiada perteneció a la población de Escenario Natural (ver tabla No. 7).

TABLA No. 7

LUGAR	f	%
CONASIDA	60	40.0
ESCENARIO NATURAL	90	60.0
TOTAL	150	100.0

ANALISIS DE VARIANZA PARA CADA DIMENSION POR GRUPO,
LUGAR E INTERACCION.

TABLA No. 8

F A C T O R	VARIABLES	F	SIGNIFICANCIA
SENSUALIDAD	GRUPO	5.8	.004 **
	LUGAR	6.2	.013 **
	INTERACCION	1.6	.20
MITOS	GRUPO	13.8	.000**
	LUGAR	.055	.815
	INTERACCION	.879	.350
FIDELIDAD	GRUPO	9.14	.000**
	LUGAR	2.16	.643
	INTERACCION	4.241	.041**
HABITOS SEXUALES	GRUPO	2.188	.116
	LUGAR	8.502	.004**
	INTERACCION	7.510	.007**
TEMORES	GRUPO	0.438	.000**
	LUGAR	2.887	.091*
	INTERACCION	7.244	.008*
AGRESION	GRUPO	1.958	.145
	LUGAR	1.888	.765
	INTERACCION	3.044	.083**

*p= marginal

**p- < .05

ANALISIS DE VARIANZA SIMPLE

Para obtener los resultados finales, también se aplicó un análisis de varianza simple, el cual consistió en analizar la variabilidad de las respuestas y asignar componentes de esa variabilidad a cada uno de los conjuntos de variables independientes. El objetivo del análisis de varianza fue determinar cuales eran las variables independientes de importancia en el estudio y en qué forma interactuaron y afectaron las respuestas. Mendelhall (1981).

A continuación se hará una descripción de los resultados obtenidos en la investigación de acuerdo a cada uno de los indicadores que formaron el instrumento.

1.- FACTOR SENSUALIDAD.

En las muestras estudiadas, el grupo de parejas de homosexuales masculinos fueron los que presentaron una actitud más favorable hacia la sensualidad en oposición a las parejas de homosexuales femeninos quienes presentan una

actitud menos favorable. Lo anterior está indicando que la parejas de homosexuales masculinos se mostraron más abiertas en cuanto a la expresión de sus emociones a través de los sentidos, caricias por medio del tacto, gusto al ver y oír a la pareja y recibir las mismas atenciones sensoriales por parte de la misma. Las diferencias significativas por grupo en este factor fueron $(F=2/145)=5.8$, $p=.004$.

Con respecto a la comparación hecha de acuerdo al lugar a donde se llevó a cabo el estudio se encontraron diferencias significativas entre el grupo de Escenario Natural y el de CONASIDA $(F=1/145)=6.2$, $p=.03$, siendo el primero el que presentó una actitud más favorable a este indicador $(X=2.87)$. En contraste el grupo de CONASIDA presentó una actitud menos favorable hacia la sensualidad $(X=2.76)$.

En cuanto a la interacción dada entre los grupos estudiados con respecto al lugar donde se llevó a cabo la investigación no se encontraron diferencias significativas $(F=1/145)=1.6$, $p=.200$.

2.- FACTOR MITOS Y CREENCIAS.

En lo que respecta a los mitos, en las muestras estudiadas se encontraron diferencias significativas por grupo ($F=2/145$)=13.8, $p=.000$. Se observó que el grupo de parejas heterosexuales presentó una actitud más favorable hacia este factor ($X=3.98$). No fue así en el grupo de parejas de homosexuales masculinos que presentaron una actitud menos favorable ($X=3.53$). Los datos anteriores nos indican que las parejas de heterosexuales presentaron menos ideas deformadas, carentes de realidad, o que no pudieran ser comprobadas de una manera científica y que están relacionadas con su concepción del SIDA. En cambio las parejas de homosexuales masculinos presentan una actitud más deformada por mitos y creencias falsas y sin fundamento científico con respecto al mismo tema.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos basándose en el lugar donde se llevó a cabo el estudio ($F=1/145$)=.005, $p=.815$.

Lo mismo sucedió en cuanto al análisis de

interacción entre los distintos grupos. No hubo diferencias importantes ($F=1/145$)=.879, $p=.35$.

3.- FACTOR FIDELIDAD.

Se obtuvieron diferencias significativas por grupo ($F=2/145$)=9.14, $p=.000$, siendo las parejas de homosexuales femeninos las que obtuvieron la actitud más favorable hacia la fidelidad ($X=3.33$). No así el grupo de parejas de homosexuales masculinos ($X=2.87$). De lo anterior se deduce que son las parejas compuestas solo de mujeres las que llevan una relación excluyendo a terceros.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al lugar donde se aplicó el instrumento ($F=1/145$)=2.16, $p=.643$.

Se encontraron diferencias significativas por grupo con respecto al lugar donde se llevó a cabo la investigación ($F=1/145$)=4.241, $p=.041$. Las parejas de homosexuales femeninos de Escenarios Naturales presentaron una actitud positiva hacia el factor fidelidad ($X=3.33$), contrastando con las

parejas de homosexuales masculinos de CONASIDA ($X=2.81$).

4.- FACTOR HABITOS SEXUALES.

Al estudiar el factor hábitos sexuales en los grupos de parejas heterosexuales y homosexuales no se encontraron diferencias significativas ($F=2/145$)= 2.188 , $p=.116$.

Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al hacer las comparaciones con respecto al lugar de Escenario Natural y CONASIDA ($F=1/145$)= 8.502 , $p=.004$. La actitud más favorable la presentaron las parejas de Escenarios Naturales ($X=2.76$). Hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto al lugar donde se les aplicó el cuestionario ($F=1/145$)= 7.510 , $p=.007$. Se observó que tanto las parejas de homosexuales masculinos como las parejas de homosexuales femeninos ($X=3.25$), ($X=3.24$) de Escenarios Naturales fueron las más dispuestas a modificar sus hábitos y comportamientos de tipo sexual reduciendo con esto el riesgo de contraer la enfermedad del SIDA por

medio de una vida sexual poco meditada.

En cambio las parejas de homosexuales masculinos de CONASIDA ($X=3.39$), se mostraron menos dispuestas a modificar su conducta sexual, por lo que se encuentran potencialmente más expuestos a infectarse con el VIH, por medio de prácticas sexuales riesgosas.

5.- FACTOR TEMORES.

Por lo que respecta a la actitud hacia los temores dentro de las parejas estudiadas en los distintos grupos, se encontró que las parejas de heterosexuales manifestaron menos signos de rechazo hacia situaciones de tipo sexual que de una u otra manera están relacionadas con el SIDA ($X=3.48$). Por otro lado, los grupos de parejas de homosexuales masculinos mostraron una actitud de temores más frecuente hacia el sexo con respecto a la pandemia del SIDA ($X=2.97$). El nivel de significancia fue de $(F=2/145)=.438$, $p=.000$.

En cuanto a la comparación de acuerdo con el

lugar donde se realizó la investigación, hubo diferencias significativas ($F=1/145$)=2,887, $p=.091$. En donde el grupo de parejas de Escenarios Naturales reportaron una actitud menos temerosa hacia su sexualidad y su relación con el SIDA ($X=3.30$), en contraste con las parejas que formaron el grupo de CONASIDA ($X=3.13$).

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos con respecto al lugar de referencia ($F=1/145$)=7.244, $p=.008$. En este caso las parejas de heterosexuales de CONASIDA mostraron una actitud de menos temor hacia la sexualidad ($X=3.53$). En cambio el grupo de homosexuales masculinos de CONASIDA presentaron una actitud más desfavorable hacia los temores sexuales.

6.- FACTOR AGRESION.

En este último factor no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres tipos de comparaciones que se han estado estudiando y reportando de los otros factores.

No se encontró diferencias en las comparaciones entre grupo de parejas ($F=2/145$)=1.958, $p=.767$.

No se reportaron diferencias por el lugar donde se efectuó el estudio ($F=1/145$)=.088, $p=.767$.

Por último tampoco hubo interacción entre los grupos con respecto al lugar donde se realizó la investigación ($F=1/145$)=3.044, $p=.083$.

Al hacer un análisis cualitativo se observó que las parejas no presentaron agresión, ya que la mayoría, por ejemplo, no estaría de acuerdo en que se le aplicara la eutanasia a su pareja, probablemente esperan que se encuentre una vacuna que erradique este mal y no la abandonaría aún sabiéndola infectada.

C O N C L U S I O N

El propósito de la investigación fue el de conocer si el problema del SIDA afecta la actitud sexual de parejas heterosexuales y homosexuales masculinos y femeninos que asisten al Centro de Información sobre SIDA a efectuarse la prueba de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana y de parejas heterosexuales y homosexuales masculinos y femeninos de escenarios naturales.

Los resultados encontrados en la investigación por la escala de actitudes revelaron que el grupo de parejas homosexuales masculinos presentó una actitud más favorable hacia la sensualidad, es decir, expresan abiertamente su ternura, cariño y amor a su pareja. No así el grupo de parejas homosexuales femeninos. Posiblemente esto se deba a que el homosexual masculino posee un campo más abierto dentro de la sexualidad mexicana para expresar sus afectos. Sin embargo, la mujer y específicamente la homosexual se encuentra con más dificultades para expresar abiertamente su sexualidad.

No obstante, los resultados encontrados en las parejas homosexuales femeninas podrían no ser confiables, debido a que algunos reactivos del instrumento utilizado estaban enfocados a personas del sexo masculino, independientemente de su preferencia sexual.

Aunque haciendo una comparación por lugar a donde se llevó a cabo la investigación con parejas de CONASIDA y con parejas de Escenarios Naturales, se observó que las parejas de Escenarios Naturales presentaron una actitud más favorable hacia la sexualidad. Se cree que las parejas de CONASIDA presentan la actitud más desfavorable dado al estrés en que se encuentran al decidir hacerse la prueba de detección del VIH.

Otro factor de gran importancia sería el hecho de que muchas parejas o algún integrante de la pareja ya tiene un resultado positivo del VIH y solo van a confirmarlo y esto de alguna manera está afectando la actitud de la pareja por el cuadro que presentan al contestar el cuestionario.

En cuanto a mitos se encontró que el grupo de

parejas heterosexuales presentaron una actitud más favorable, es decir, la información no la tienen distorsionada. En cambio para el grupo de homosexuales masculinos esta si está distorsionada, ya que consideran que el tener varias parejas no es riesgo para adquirir el SIDA. Al observar estos resultados cabe preguntar a qué se debe este fenómeno ¿las campañas emprendidas por el Sector Salud han estado enfocadas a personas con preferencia heterosexual? o ¿por qué las parejas de homosexuales tienen resistencia al cambio en sus prácticas sexuales de riesgo? o ¿es que utilizan mecanismos de defensa como la negación que de alguna manera evita que la información que se les proporciona no sea asimilada? ¿será necesario dar la información cara-cara para que fuera más efectiva?

Por lo que respecta al factor fidelidad también se puede observar que los homosexuales masculinos presentan una actitud desfavorable hacia este factor y aún más las parejas de homosexuales masculinos de CONASIDA, ya que a pesar de la información que tienen sobre la enfermedad, no les interesa serle fiel a su pareja

y mantener una relación estable. Cabe preguntarnos si esto se deba a que el homosexual masculino sea polígono desde antes que se presentara la enfermedad en nuestro país. En cuanto a las parejas de homosexuales femeninas se encontró una actitud favorable, esto podría deberse a que en nuestra cultura se tiene establecido que la mujer debe ser fiel a su pareja.

Al analizar el factor hábitos sexuales entre las parejas de CONASIDA y Escenarios Naturales, se encontró que estas últimas presentaron una actitud más favorable, ya que realizan sus prácticas sexuales con medidas preventivas, tales como el uso del condón y el no tener múltiples parejas. Probablemente esto se deba a que estas parejas han asimilado la información dirigida por el Sector Salud.

Respecto al factor temores el grupo de parejas heterosexuales presentaron una actitud más favorable, no así el grupo de homosexuales masculinos, quienes tienen temor a infectarse, pero al mismo tiempo continúan con sus prácticas

sexuales de alto riesgo. Esto podría deberse a que antes de la aparición del SIDA el homosexual masculino mantenía una sexualidad abierta, ya que había logrado conquistas sociales y personales, pero al implantar medidas preventivas para frenar la enfermedad, les resulta difícil llevar a cabo, ya que sería un retroceso a lo ya logrado.

En lo que concierne al lugar a donde se llevó a cabo el estudio, CONASIDA-Escenario Natural, la población de este último presentó la actitud más favorable hacia los temores, es decir no tienen temor a infectarse. No fue así en el caso de la de CONASIDA. Aquí es necesario replantearnos una pregunta ¿Qué sucede con la información que se les proporciona es esta Institución que va desde la verbal hasta talleres de sexo seguro, realmente es asimilado todo esto?.

Analizando cualitativamente el factor agresión se encontró que no existe agresión hacia la pareja aún sabiéndola infectada, ni estarían de acuerdo en que se le aplicara la eutanasia. Ante esto sería conveniente preguntarnos si la actitud que están presentando las parejas es realmente una

manifestación de amor, indiferencia o tal vez la esperanza de que en un futuro no muy lejano se encuentre una vacuna o cura para su pareja o bien tal vez su respuesta no es genuina.

En conclusión las parejas de Escenarios Naturales, independientemente de su preferencia sexual son quienes presentaron una actitud sexual más favorable ante el problema del SIDA, por lo que aceptamos nuestra hipótesis de trabajo: A partir del problema del SIDA se han dado cambios en la actitud sexual en las parejas de heterosexuales y homosexuales masculinos y femeninos de Escenarios Naturales y de CONASIDA. Asimismo, se aceptan las hipótesis nulas: 1.- Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud sexual ante el problema del SIDA en un grupo de parejas heterosexuales, un grupo de parejas homosexuales masculinos y otro grupo de parejas homosexuales femeninos. 2.- Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud sexual ante el problema del SIDA en un grupo de parejas de Escenarios Naturales y otro de parejas de CONASIDA.

Lo anterior significa que sí han tomado medidas preventivas como el uso del condón, por lo que no han sentido temores para expresar abiertamente su sensualidad. Sin embargo, las parejas de CONASIDA son quienes tuvieron una actitud negativa, puesto que presentaron mayor dificultad para cambios en la conducta sexual, esto ha repercutido para que no disfruten plenamente de su sexualidad.

D I S C U S I O N

Haciendo una comparación de los resultados de la presente investigación con otras llevadas a cabo, se encontró que en el factor mitos el grupo de parejas homosexuales masculinos presentaron más resistencia al uso del preservativo, creen que el mosquito puede transmitir el VIH. Estos hallazgos coinciden con los resultados encontrados en la investigación llevada a cabo por Izazola y Col. en la República Mexicana en 1987, donde la mayoría de la gente entrevistada prefiere correr el riesgo de infectarse a usar preservativo durante sus relaciones sexuales. Al mismo tiempo una gran mayoría considera que el VIH es una enfermedad exclusiva de homosexuales y prostitutas, sin embargo, al hacer un análisis cualitativo del reactivo "los homosexuales son los causantes de que haya SIDA", se encontró que nuestros resultados difieren, ya que en la muestra estudiada no está de acuerdo con tal aseveración.

Otra investigación que concuerda con nuestros resultados es la llevada a cabo por el Sector Salud en 1987, encontrando que una proporción

considerable de la población estudiada cree que el VIH se puede adquirir a través del piquete de mosquito.

En el presente estudio en el factor hábitos sexuales se encontró que las parejas de Escenarios Naturales han presentado cambios positivos. En oposición al estudio llevado a cabo en el Distrito Federal en 1989 por Dorantes, V.H. con el fin de observar si se habían registrado cambios en su conducta sexual de riesgo con la aparición del SIDA en un grupo de homosexuales masculinos, encontrando que no se dieron cambios. No influyó grado de conocimiento que se tenía sobre la enfermedad, escolaridad, nivel socioeconómico, edad ni aún sabiéndose sero-positivo.

Otra de las investigaciones que difiere de la nuestra es la llevada a cabo por Ramírez, G. en 1989, con adolescentes del Distrito Federal, respecto a la actitud que tenían hacia el uso del preservativo, encontrándose que ésta fue negativa

Una investigación reciente llevada a cabo en

la Universidad de Washington para evaluar cambios de conducta sexual de riesgo en jóvenes de 10 ciudades de Estados Unidos, observando que el conocimiento que tienen sobre el SIDA no influyó en el cambio hacia conductas protectoras.

Solo dos investigaciones coinciden con nuestros hallazgos, la de Sepúlveda A. y Col en 1989, en la República Mexicana, quien encontró que un porcentaje considerable de su población rechazaría a su pareja si se negara a utilizar el preservativo.

La otra es la que se realizó en Australia en hombres homosexuales y bisexuales encontrando que la mayoría presentó una actitud positiva hacia el uso del condón.

Respecto a temores se encontró en las parejas de CONASIDA miedo a contraer la enfermedad. Estos resultados coinciden con los del Sector Salud, donde se investigó la actitud (temores) en médicos y enfermeras, encontrándose los mismos resultados.

En un estudio realizado sobre actitud del médico hacia el paciente infectado por el VIH en el Centro de Información sobre SIDA Centro, se encontraron conductas que probablemente reflejan temor al contagio, tales como evitar tener contacto con objetos tocados por los pacientes y el no existir contacto corporal con éstos.

En otro estudio, llevado a cabo por Sepúlveda A. y Col. en 1987 en hombres homosexuales y bisexuales en seis ciudades de la República Mexicana, se aplicaron 853 entrevistas observándose que la mayoría de los entrevistados afirmó tener miedo de padecer SIDA.

En cuanto al factor agresión se hizo un análisis cualitativo en el que se encontró que las personas no sentirían rechazo hacia su pareja infectada, ni la abandonarían. Resultados que difieren con los encontrados por Sepúlveda A., ya que el 25% de su muestra estudiada abandonaría a su pareja.

SUGERENCIAS

A lo largo de la investigación, se encontraron algunos aspectos muy importantes que posiblemente no se han tomado en consideración para una mayor concientización de la población, por lo que a continuación se transcriben como sugerencias:

- Consideramos necesario que las campañas sobre SIDA deben ser más constantes, claras y objetivas, dirigidas a todo tipo de grupos, independientemente del sexo, edad, orientación sexual, nivel socioeconómico o académico.

- Por otro lado, las campañas deben ser dirigidas también en la provincia, lejos de las grandes ciudades, ya que lamentablemente se siguen presentando casos de personas infectadas que no tenían ni la más remota idea o información sobre esta enfermedad. Con esto se pretende que la información contribuya para evitar que la pandemia del SIDA continúe ascendiendo desorbitadamente en lugares apartados.

- Otra labor que se propone es que tanto la familia como la escuela contribuyan con una educación sexual clara y adecuada.

- Es necesario que tanto los grupos religiosos como algunos conservadores unifiquen esfuerzos con otros sectores de la sociedad para que de esta manera se pueda hacer un frente efectivo contra este mal.

- Sería conveniente que las campañas dirigidas por los medios de comunicación masiva concientizaran a las parejas de homosexuales femeninas de que no están exentas de contraer la enfermedad y transmitirla a su vez, puesto que se ha observado que los trabajadores de la salud han olvidado que la mujer homosexual también expuesta al riesgo, aunque en nuestro país no se ha presentado ningún caso, nos preguntaríamos ¿Es por qué no se ha dado afortunadamente o es que no se les ha ocurrido pensar que también son seres humanos que podrían infectarse?.

- Se propone llevar a cabo un estudio comparativo entre hombres y mujeres, tomando en

consideración su preferencia sexual, así como otro en el que no se tome en consideración esta inclinación.

- Llevar a cabo trabajos interdisciplinarios (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, diseñadores gráficos, etc.).

- Sería conveniente campañas preventivas (cara-cara).

- Hacer un estudio comparativo entre personas seropositivas y seronegativas. Para observar si su actitud sexual es la misma independientemente de su resultado.

- Estudios a familiares de seropositivos o con SIDA.

L I M I T A C I O N E S

Al llevar a cabo la investigación nos encontramos limitaciones, entre ellas:

- Al inicio de la investigación en CONASIDA nos presentamos como pasantes de Psicología, aspecto que afectó la disposición de las parejas homosexuales masculinos, ya que se negaron a cooperar argumentando que no eran sujetos de investigación. Esto regularmente ocurrió en parejas donde alguno de ellos o ambos ya habían recibido previamente un resultado positivo de la prueba de detección del VIH.

- Resistencia para contestar por parte de las parejas heterosexuales de Escenarios Naturales, por pena o pudor al tratar preguntas respecto a su sexualidad.

- Protestas de las parejas por la extensión del instrumento.

- En algunas ocasiones al efectuarse la valoración de riesgo realizada en CONASIDA y

determinarse que no era necesaria la prueba de detección del VIH, la pareja perdía interés en contestar nuestro cuestionario, por lo que no fueron considerados en la investigación.

- Otro problema que no fue detectado, sino hasta la aplicación del cuestionario, fue que algunos de los reactivos estaban polarizados hacia el papel que juega el hombre en la relación sexual, independientemente de su orientación sexual (heterosexual u homosexual). Algunas de las parejas de homosexuales femeninas manifestaron su inconformidad a estos reactivos, por lo que no hubo respuestas y no se pudieron computar. Al analizar este problema, se recordó que desde la recolección bibliográfica, fue muy difícil encontrar información clara y precisa sobre lo que las parejas mujer-mujer realizan durante sus encuentros sexuales. Inclusive se encontró contradicción entre los investigadores sobre la frecuencia del homosexual masculino y femenino.

- En CONASIDA no fue posible la aplicación de los cuestionarios a las parejas de homosexuales femeninas, debido a que no acudieron a realizarse

la prueba de detección del VIH.

- Localizar a las parejas de homosexuales femeninas en Escenarios Naturales fue difícil, por lo que el tiempo de aplicación fue mayor comparada con los otros grupos.

- El criterio de exclusión (duración de la relación, 6 meses), fue un factor que influyó para que la investigación se prolongará tanto tiempo (11 meses), ya que aunque sí asistían parejas a CONASIDA y se localizaban en los Escenarios Naturales no se les podía considerar porque no cumplían con este requisito.

APENDICE A. INSTRUMENTO

I N S T R U C C I O N E S :

A continuación se le presenta una serie de oraciones, con el objeto de conocer su actitud sexual a partir del SIDA. Le pedimos conteste una vez por cada oración, marcando con una equis (X), la opción que más se acerque a su parecer.

EDAD: _____	SEXO: (F) (M)
PREFERENCIA SEXUAL:	HETEROSEXUAL HOMOSEXUAL BISEXUAL.
GRADO DE ESTUDIOS:	ANALFABETA PRIMARIA SECUNDARIA PREPARATORIA PROFESIONAL Y DOCTORADO.
NIVEL ECONOMICO:	BAJO MEDIO ALTO
TRABAJA ACTUALMENTE:	SI NO

Las respuestas ser harán en base a las siguientes opciones:

COMPLETAMENTE DE ACUERDO	CA
DE ACUERDO	A
INDECISO	I
EN DESACUERDO	D
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	CD

- 1.- El condón evita la satisfacción sexual
CA A I D CD
- 2.- Si me supiera infectado transmitiría la enfermedad a todos los que pudiera.
CA A I D CD
- 3.- Si tengo una relación estable y llevara a cabo una relación sexual ocasional y quedara infectado se lo confesaría a mi pareja.
CA A I D CD
- 4.- A través de las caricias se puede adquirir el SIDA.
CA A I D CD
- 5.- Mi pareja ha descartado la estimulación buco-genital
CA A I D CD
- 6.- Me preocupa el saber que alguna de mis ex-parejas está infectada.
CA A I D CD
- 7.- Los homosexuales son los causantes de que haya SIDA.
CA A I D CD
- 8.- Me sentiría contento si supiera que mi pareja está contagiada
CA A I D CD
- 9.- El que yo tenga varias parejas no es riesgo para adquirir el SIDA
CA A I D CD
- 10.- Un heterosexual no puede contraer el SIDA
CA A I D CD

- 11.- Abandonaría a mi pareja si la supiera infectada.
CA A I D CD
- 12.- Rechazaría una relación casual, por cuidar mi salud y la de mi pareja
CA A I D CD
- 13.- Manifestaría abiertamente mi ternura, cariño y amor a mi pareja aún sabiéndola infectada.
CA A I D CD
- 14.- Debo suspender mis relaciones sexuales con mi pareja
CA A I D CD
- 15.- Las personas infectadas deben suspender su actividad sexual
CA A I D CD
- 16.- Si me infectara por culpa de mi pareja jamás se lo perdonaría.
CA A I D CD
- 17.- Es responsabilidad de mi pareja y mía el que nos contagiemos de SIDA
CA A I D CD
- 18.- He dejado de acariciar a mi pareja
CA A I D CD
- 19.- He dejado de tragar semen de compañero o compañera.
CA A I D CD
- 20.- No me atrevería a tener relaciones sexuales con alguien que no conozco
CA A I D CD
- 21.- El SIDA es una enfermedad exclusiva del homosexual
CA A I D CD

22.- Me daría vergüenza comentarle a mis amigos que mi pareja está infectada.

CA A I D CD

23.- Si mi pareja me confesara que estando conmigo ha tenido relaciones sexuales con otras personas, me deprimiría.

CA A I D CD

24.- Mis prácticas sexuales han disminuido a partir de la información obtenida sobre el SIDA,

CA A I D CD

25.- Si me enterara que uno de mis amigos está infectado me alejaría de él

CA A I D CD

26.- Al saludar a una persona infectada correría el riesgo de infectarme

CA A I D CD

27.- Si mi pareja estuviera infectada estaría de acuerdo en que se le aplicara la eutanasia.

CA A I D CD

28.- Se disfruta la relación sexual con condón

CA A I D CD

29.- En los besos con mi pareja ya no hay intercambio de saliva.

CA A I D CD

30.- El SIDA se puede adquirir por usar los mismos utensilios de cocina de una persona infectada.

CA A I D CD

31.- Por ningún motivo le permitiría eyacular dentro de mi cuerpo a mi pareja

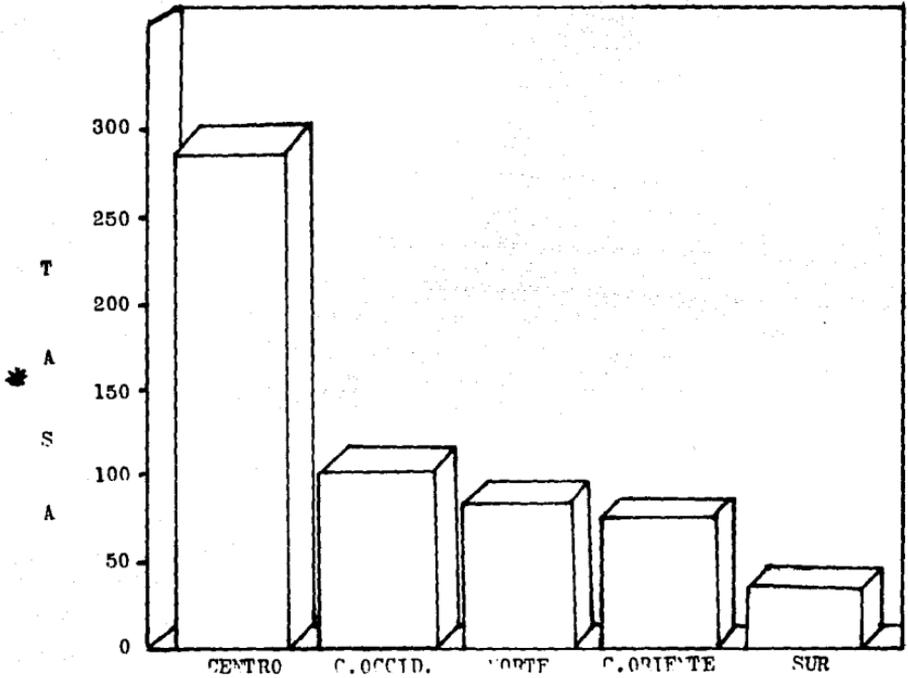
CA A I D CD

- 32.- El intercambio de ropa sudada de una persona infectada me transmitiría el virus
CA A I D CD
- 33.- Si estuviera infectado eyacularía dentro de mi pareja (ano, vagina, boca)
CA A I D CD
- 34.- La picadura de mosquito puede transmitir el VIH
CA A I D CD
- 35.- Si dudara de la salud de mi pareja, la obligaría a hacerse la prueba del SIDA.
CA A I D CD
- 36.- El cortejar a otras personas sin llevar a cabo la relación sexual no lo considero como traición a mi pareja
CA A I D CD
- 37.- El llevar a cabo prácticas sexuales orales, no implica posibilidad de adquirir el SIDA
CA A I D CD
- 38.- Al besar en la boca a una persona infectada, adquiriría el virus
CA A I D CD
- 39.- La información que tengo sobre el SIDA me ha llevado a pensar que mi pareja me engaña
CA A I D CD
- 40.- Me es placentero eyacular sobre el cuerpo de mi pareja
CA A I D CD
- 41.- Si mi pareja me propusiera que nos hicieramos la prueba del SIDA, pensaría que me engaña.
CA A I D CD

- 42.- Se que aunque estuviera infectado me sería
placentero eyacular sobre el cuerpo de mi -
pareja.
CA A I D CD
- 43.- A través de la orina de una persona infec-
tada se puede adquirir el VIH
CA A I D CD
- 44.- Nuestras relaciones sexuales han disminuido
a partir de la aparición del SIDA.
CA A I D CD
- 45.- Si le encontrara preservativos a mi pareja -
sería un indicio de que me engaña.
CA A I D CD
- 46.- El que mi pareja y yo estuviésemos infecta-
do no sería motivo para dejar de expresar -
nuestros afectos.
CA A I D CD
- 47.- Si me infectara sería por culpa de mi pareja
CA A I D CD
- 48.- Aún sabiendo del SIDA no me preocupa serle --
fiel a mi pareja
CA A I D CD
- 49.- Lo peor que me podría pasar en saberme infec-
tado
CA A I D CD
- 50.- Me he preocupado tanto por el SIDA que he de-
cidido dejar de relacionarme sexualmente con
mi pareja
CA A I D CD
- 51.- Algunas de las posiciones más estimulantes son
penetración por delante, mujer de rodillas y
penetración por detrás
CA A I D CD

APENDICE B

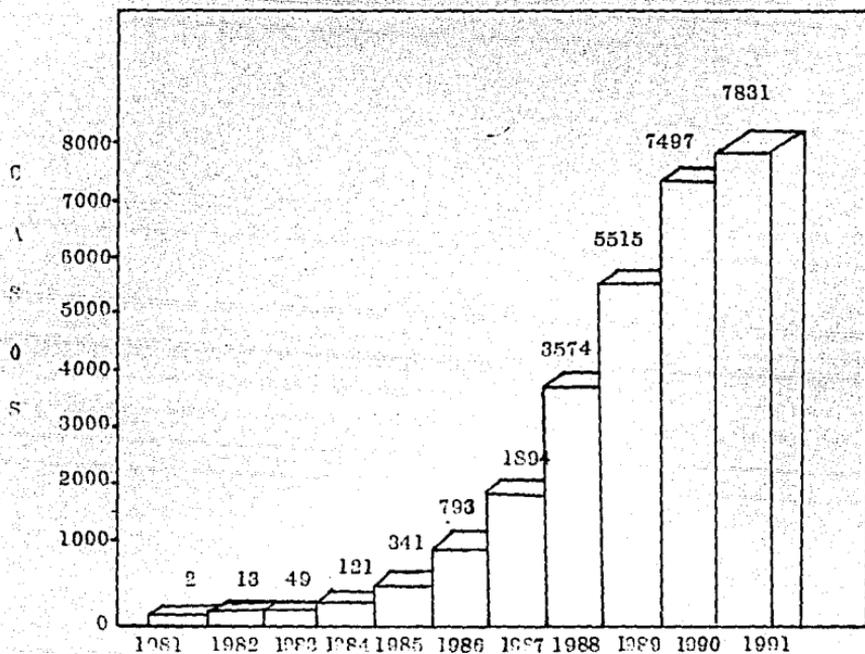
REGION GEOGRAFICA



* TASA POR 1000 000 HABITANTES.

SIDA EN MEXICO, HASTA JULIO DE 1991.

INCIDENCIA ACUMULADA POR FECHA DE INICIO.



B I B L I O G R A F I A

Alvarez, G. Elementos de Sexología. E.D. Interamericana. Méx. 1987.

Aridjis, P. ¿Cómo se contagia el Virus del SIDA?. Gaceta CONASIDA. Enero. 1990.

Benitez, L. El SIDA, dogmas e incertidumbres. Rev. Méd. IMSS. Méx. 1989.

Calman, T. Et.al Homophobia among physicians and nurses bea ting AIDS patients. Americana Journal of Psychiatry. 1987.

Cabrera, A. G. La Sexualidad Humana. Consejo Nacional de Población. Vol. 1. Méx. 1985.

Campell. Métodos experimentales y cuasiexperimentales. Edit. Barcelona. Méx. 1980.

Castro, R. La educación como estrategia prioritaria contra el SIDA, retos y dilemas. Cita en Sepúlveda, A. SIDA, ciencia y sociedad.- Edit. Fondo de Cultura Económica. Méx. 1989.

Carrizo, Z. Sociedad, Cultura y Sexualidad.- Colección de la Sexualidad Humana. Vol. 1. CONAPO. Méx. 1982.

Cárdenas, J. Manejo Psicosocial del SIDA.- Instituto Mexicano de Psiquiatría. Méx. 1989.

Código Penal para el Distrito Federal. 34a. Edic.
Edit. Porrúa. Méx. 1981.

Cruz, B.V. Mitos y realidades sobre la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana. Gaceta CONA SIDA. 1988.

Cunningham. R. Cambios de conductas de riesgos en adolescentes. Universidad de Wasghinton, U.S.A. - 1989.

Chodof, P. Adaptive & mala adaptive reactions to threat of acquired immune deficient syndrome & other psychoterapeuty issues: Homosexual males. Private practise. Wasghinton. 1987.

Dorantes, G. Cambios en las conductas sexuales de rieso para la transmisión del SIDA en un grupo de homosexuales masculinos de la Ciudad de México. Tesis de la Univesidad del Valle de México. 1988.

Espinoza, D. y Col. SIDA, peligro latente. Rev. Tiempo. Núm.2501. Méx. Abril. 1990.

Gagnon, A. Sexualidad y Cultura. Edit. Pax-mex. México. 1985.

Golubjatnikov, R.J. Tillotson, T. Homosexual promiscuity and fear of AIDS. Lancet, U.S.A. 1983.

González, P. M. Representación social del SIDA en adolescentes. Tesis UNAM. Fac. Psicología. 1991.

González, R. Actitud ante la campaña televisiva de Prevención del SIDA en una muestra de adolescentes del Distrito Federal. Tesis UNAM. Fac. de Psicología. 1989.

Guzmán, L. Campaña contra el SIDA. Gaceta CONASIDA Num. 4. Dic. Méx. 1988.

Haber, A. Estadística General. Fondo Educativo Interamericano. Méx. 1985.

Kerlinger, F.N. Investigación del comportamiento. Edit. Interamericana. Méx. 1982.

Katchanduriant, H. La sexualidad humana. Edit. Fondo de Cultura Económica. Méx. 1983.

Lactancia. Leche Materna y HIV. Gaceta CONASIDA - No. 2. Abril. Méx. 1990.

Ligouri, A. L. El SIDA también se presenta en mujeres. Gaceta CONASIDA No. 4. Agosto. Méx. 1990.

López, A. La sexualidad desde el SIDA. Tesina. UNAM. Facultad de Psicología. 1990.

López, M. I. Actitud del personal de CONASIDA, Zona Centro y Norte del D.F., ante pacientes infectados por el VIH. Tesis. UNAM. Fac. Psicología. 1991.

Masters & Johnson. El vínculo del Placer. Edit. Grijalbo. Méx. 1983.

McGuigan, F. Psicología Experimental. Edit. Trillas
Méx. 1980.

Martínez, P.V. El SIDA y el Código Penal. Tesis
UNAM. Fac. de Derecho. Méx. 1990.

Page, J. Manual de Psicopatología. Edit. Paidós.-
Buenos Aires, 1982.

Ponce de León, S. y Pérs, P.J. Actitudes éticas
de un grupo de médicos ante el problema de manejo
de los pacientes con SIDA. Boletín Mensual -
CONASIDA. Nu. 5. Feb. 1990.

Ramírez, G. M. Rodríguez, C. Actitud ante la Cam-
paña Televisiva de Prevención del SIDA en una
muestra de adolescentes del D.F. Tesis UNAM. - -
Méx. 1989.

Ross-Kubler. Sobre la muerte y los moribundos. -
Edit. Grijalbo. España. 1975.

Rattner, J. Psicología y Psicopatología de la
vida amorosa. Edit. Siglo XXI. Méx. 1979.

Rosenbaum, W. SIDA, realidades y fantasías. Edit.
Katum. Méx. 1987.

Sépulveda, A. J. y Col. SIDA, Ciencia y Sociedad.
Edit. Fondo de Cultura Económica. Méx. 1989.

Shor, P.V. El SIDA perinatal. Gaceta CONASIDA, No.
4. Agosto. Méx. 1990.

Transmisión Heterosexual. Gaceta CONASIDA. 1989

Uribe, Z.P. Factores que favorecen el desarrollo de una vacuna al VIH. Extracto Reunión de la OMS en México con personal de Salud. CONASIDA. Méx. 1991.

Uribe, Z.P. Manual para Capacitadores.- SEP- -- CONASIDA. Méx. 1989.

Valdespino, J.L. El SIDA en México. Rev. Salud Pública de Méx. Vol. 30. No. 4 .Méx. 1988.

Wainwright, Ch. Comportamiento homosexual entre varones. Edit. Grijalbo. Méx. 1969.

William, D. The prevention of AIDS by modifyng sexual behavior. Annals of the New Academy of Sciences. 1984.