

01964



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

4
2ej-

HACIA UN MODELO PREDICTIVO DE LA PERCEPCION DE
RIESGO Y USO DEL CONDON. TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

que para optar por el grado de:
MAESTRO EN PSICOLOGIA GENERAL EXPERIMENTAL

p r e s e n t a :

LIC. GABINA VILLAGRAN VAZQUEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. ROLANDO DIAZ-LOVING
DR. ARTURO BOUZAS RIAÑO
DRA. SYLVIA ROJAS-DRUMMOND
SINODALES DRA. ISABEL REYES LAGUNES
MTRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

MEXICO, D. F.,

1992



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

	Página
RESUMEN.....	1
INTRODUCCION	2
<u>PRIMERA PARTE</u>	
MARCO TEORICO.....	7
I. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS EN INTERACCION CON EL PATRON SEXUAL.....	8
II. FACTORES PSICOSOCIALES	10
A. Creencias y Conocimientos sobre SIDA	11
B. Actitudes y Creencias hacia el condón	13
C. Preocupación de contagio de SIDA	16
D. Autopercepción de riesgo de contraer SIDA.....	16
III. TOMA DE DECISIONES.....	20
A. Procesos anteriores a la toma de decisiones.....	21
1. Heurístico de Representatividad.....	23
sesgos en la Representatividad.....	23
2. Heurístico de la Disponibilidad.....	26
sesgos en la Disponibilidad.....	26
3. Heurístico Ajuste y Anclaje.....	28
sesgos en el Ajuste y Anclaje.....	28
B. EL ACTO DE LA DECISION.....	31
IV. MODELOS TEORICOS TENTATIVOS PARA LA PREDICCION DE LA AUTOOPERCEPCION DE RIESGO DE CONTRAER SIDA Y FRECUENCIA DE USO DEL CONDON CON LAS PAREJAS SEXUALES REGULARES Y OCASIONALES	31
<u>SEGUNDA PARTE</u>	
OBJETIVOS.....	34
DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	34
METODO	
TIPO DE ESTUDIO.....	37
DESCRIPCION DE LA MUESTRA.....	37
DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO.....	37
PROCEDIMIENTO.....	38
ANALISIS DE DATOS.....	38

TERCERA PARTE

RESULTADOS

I. DESCRIPCION DE LA MUESTRA.....	41
II. DESCRIPCION DEL PATRON SEXUAL.....	41
A. Inicio sexual.....	41
B. Edad al debut sexual.....	42
C. Número de parejas sexuales en la vida.....	43
D. Preferencia sexual.....	44
III. CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS	
A. Escala de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA.....	46
B. Escala de Actitudes y Creencias hacia el condón.....	46
IV. VARIABLES PSICOSOCIALES	
A. Autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA..	48
B. Preocupación individual de contagio de SIDA...	50
C. Escala de Conocimientos y creencias sobre el SIDA.....	52
D. Actitudes y creencias hacia el condón.....	53
V. FRECUENCIA DE USO DEL CONDON. POBLACION SEXUALMENTE ACTIVA.	
A. Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular.....	55
B. Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional.....	56
VI. CORRELACIONES.....	57
VII. REGRESIONES	
A. Autopercepción de riesgo	59
1. Autopercepción de riesgo en la población sexualmente activa.....	61
B. Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular.....	62
C. Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional.....	64

CUARTA PARTE

DISCUSION Y CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFIA.....	75
ANEXO.....	83

P R I M E R A P A R T E

RESUMEN

El propósito general fue analizar una serie de variables epidemiológicas y psicológicas en relación con la autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA, así como obtener información que conduzca a la determinación de cuales variables conducen a la realización de conductas preventivas asociadas al contagio de VIH por vía sexual tal como el uso del condón.

Se trabajó con 3064 estudiantes de licenciatura de 25 carreras del Campus universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México, la muestra es representativa. El instrumento autoaplicable fue elaborado a partir de los indicadores usados por la OMS y el CONASIDA para el estudio del SIDA y la sexualidad.

Los resultados epidemiológicos indican que se cuenta con una población heterosexual mayoritaria. Por otra parte, se presentan diferencias por género, los hombres se inician sexualmente a más temprana edad, tienen un número mayor de parejas sexuales presentan un porcentaje mayor que las mujeres de homo-bisexualidad.

Mediante los análisis de regresión se encontró que los mejores predictores de la percepción de riesgo es la preocupación de contagio, el estatus o vida sexual y el área a la que pertenecían los estudiantes. Se encontró que a mayor puntaje en la Escala de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA, menor preocupación de contagio y menor percepción de riesgo. Los estudiantes con menor percepción de riesgo son los del área Médica. Para la frecuencia de uso de condón con la pareja sexual regular, los mejores predictores fueron: la orientación sexual y el área de pertenencia de los estudiantes, se encontró que los estudiantes con orientación homo-bisexual, de las áreas Económico-Administrativa, Ciencias, Ciencias Sociales, Médicas y de la Construcción son los que con más frecuencia lo usan, esta misma población es la que usa con mayor frecuencia el condón con la pareja sexual ocasional y son los que presentan puntajes más altos en la Escala de Actitudes hacia el Condón.

Se encontraron algunas evidencias sobre sesgos en los procesos heurísticos al estimar el riesgo de contraer SIDA.

En general, se encontró que la percepción de riesgo, la preocupación de contagio, o los conocimientos sobre SIDA son variables que indirectamente están afectando la toma de decisión de uso de condón (conducta preventiva).

Se recomienda para posteriores estudios, dada la escasa explicación de varianza alcanzada por los factores utilizados, incluir variables de otra naturaleza como la atribución, la motivación, aspectos emocionales y actitudes específicamente hacia las conductas preventivas. Asimismo, se recomienda investigación de tipo experimental que incluya el estudio de los procesos mencionados anteriormente.

INTRODUCCION

En el presente año se cumplen doce años de la aparición en América de una nueva y singular enfermedad: el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Aunque es importante conocer la procedencia de la enfermedad, el origen del SIDA es aún un misterio, se han señalado los más diversos orígenes; se cree que originalmente fue una enfermedad endémica del Continente Africano y que fue traída al Continente Americano a través de inmigrantes haitianos, otras versiones afirman que es producto de la ingeniería genética.

Las primeras noticias en el Continente Americano datan de 1979; los casos registrados destacan cuadros clínicos poco conocidos. En 1981, en Estados Unidos, se inició el estudio sistemático de los afectados por la enfermedad, los primeros datos se asociaron a grupos con preferencias y prácticas homosexuales, los cuadros clínicos se describieron como una marcada depresión del sistema inmunológico; dos años después, en 1983, se aísla y caracteriza el agente causal, al cual se le denomina Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). El VIH es un retrovirus que se instala en las células T del sistema inmunológico y utiliza la información genética de la célula específicamente el ADN para su reproducción, el virus convierte su ARN en ADN, lo cual se conoce como transcripción reversa (Stanislowski, 1989).

El Dr. Gallo y sus colaboradores del Instituto Nacional de Cancer de los Estados Unidos, desarrollaron en 1985 un método confiable para la detección en sangre de anticuerpos específicos contra el virus; un año más tarde, en 1986, se dan a conocer las diferentes formas de transmisión: por transfusiones sanguíneas, por vía placentaria y por contacto sexual.

En México, las historias del SIDA se inicia en 1983, cuando las autoridades sanitarias informan de pacientes extranjeros con cuadros clínicos semejantes a los encontrados en Estados Unidos (Sepúlveda Amor y cols, 1989).

En 1985, las autoridades sanitarias del país, hacen uso de los hallazgos del Dr. Gallo y cols. y utilizan en donadores de sangre las pruebas serológicas para la detección de anticuerpos de VIH en sangre, lo cual permitió estimar la proliferación de la infección. Para fines de mayo de 1985 se habían registrado 133 casos seropositivos; pero es hasta 1986 que se da el primer paso legal para prevenir el contagio de VIH por transmisión sanguínea: se reforma la Ley Sanitaria, la cual regula el uso de sangre y hemoderivados y se crea el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA). Para 1987, las autoridades sanitarias consideran al SIDA como una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica.

Como cualquier otra enfermedad, el SIDA posee dos historias paralelas: la historia natural y la historia social.

La historia natural se encuentra oscurecida por la dificultad de señalar su origen, sin embargo indica que todos los seres humanos conforman el primer grupo susceptible de desarrollar la infección.

Una vez que el VIH se instala en el humano, pueden pasar meses o años antes de que se presenten las manifestaciones clínicas; esto es, el ser humano puede ser un reservorio y transmisor asintomático del virus durante largo tiempo. En la actualidad se calcula que por cada sujeto con síntomas existen entre 4 y 12 sujetos infectados (Gordon, 1989).

A la fecha no existe vacuna, sin embargo, los avances farmacológicos han producido el AZT, medicamento que retarda las manifestaciones iniciales que suelen ser benignas, pero que en el curso natural invariablemente culminan con la muerte.

La historia social, por otra parte, suele indicar hacia donde se dirige la enfermedad:

El Boletín Mensual EPI/CONASIDA (1992), informa hasta el 31 de octubre un total de 11, 034 casos nuevos de SIDA. Se destaca que por cada millón de habitantes, existen 129 enfermos de SIDA diagnosticados y que la tasa va en aumento; es importante también hacer notar que la razón hombre-mujer se ha ido igualando; cuando en 1984 la razón indicaba que por cada 25 hombres enfermos diagnosticados, había una mujer; el informe para 1992 indica que por cada 6 hombres, una mujer es diagnosticada. Epidemiológicamente, esto significa que el SIDA, considerado una enfermedad de hombres, ahora impacta a la población femenina.

En México, los datos epidemiológicos señalan que la principal vía de transmisión es la sexual, la cual representa un 80.3% (7504) del total (EPI/CONASIDA, 1992).

Se conoce que inicialmente los grupos homosexuales masculinos fueron los más afectados, fue tal el impacto que aún en algunos estratos de la población se conoce al SIDA como una enfermedad de homosexuales, sin embargo, los datos arrojados por EPI/CONASIDA (1992) sobre nuevos casos de SIDA apuntan hacia la población heterosexual y bisexual del grupo etáreo entre 25 y 44 años.

Por otra parte, en un análisis sobre SIDA y estratos sociales, González Block, Liguori y Bazúa, (1990), clasifican la ocupación de los enfermos de SIDA registrados hasta septiembre de 1988 (según el nivel de especialización); González y cols., encuentran que los funcionarios públicos y privados menores y subprofesionales: maestros y afines, trabajadores del arte, vendedores comisionistas y vendedores por su cuenta han sido los más afectados con un 23% del total (118) y el personal no calificado: vendedores ambulantes, agricultores, trabajadores domésticos y prostituta(o) con un 21% del total (105). En otro análisis distribuyen a la población según los ingresos e incluyen a los estudiantes dentro del estrato bajo; informan que la tasa de prevalencia de SIDA en estratos altos es 8.7 veces mayor que la de los estratos bajos, pero que sin embargo la curva que presentan los datos del estrato bajo son marcadamente ascendentes, a diferencia de los estratos altos que se dibuja de manera descendente.

González y cols. (1990) hipotetizan acerca de hacia donde va el SIDA, señalando que aunque la enfermedad afectó inicialmente a estratos altos y medios de la población, se incrementará hacia los estratos bajos. Consideran que las características culturales que prevalecen en México como la doble moral, el machismo, la bisexualidad y el difícil acceso a la información favorecerán el

incremento de SIDA en estratos bajos.

En fin, este singular padecimiento ha hecho coincidir a una multitud de científicos que se abocan al estudio multidisciplinario de la naciente enfermedad, ya que las características y condiciones bajo las que se transmite y desarrolla pueden a largo plazo poner en peligro la existencia del ser humano. La psicología en particular intenta aportar conocimiento en cuanto a los diversos factores que motivan, mantienen, modifican o bien que se asocian a conductas mediante las cuales se transmite el virus de la inmunodeficiencia humana.

El contacto sexual es la formas más importantes de transmisión de SIDA en el país (80.3%), por ello es necesario buscar alternativas de acción a partir del conocimiento sobre las características del patrón de conducta sexual, el conocimiento que se tiene acerca de la enfermedad y las conductas preventivas de los grupos con conductas de riesgo (EPI/CONASIDA, 1992).

El SIDA involucra como cualquier otra enfermedad un costo económico y social, que va desde la educación para la prevención hasta el cuidado y atención de los pacientes, así como la disminución de una parte de la fuerza de trabajo y un costo emocional para el mismo paciente y los familiares, con la inevitable espera de la muerte.

Aunque la población en general es el primer grupo de riesgo de contraer SIDA, los adolescentes son una población socialmente importante, ya que es la edad en que se están iniciando a la sexualidad. Por otra parte, los datos considerados por edad y por estrato señalan a los estudiantes (González-Block, Liguori y Bazúa, 1990) dentro del estrato que a largo plazo se verá más afectado por el SIDA.

Los factores más directamente asociados y estudiados sobre esta naciente enfermedad están dirigidos a conocer algunos patrones de conducta sexual -número de parejas sexuales y las preferencias sexuales-, poniendo especial énfasis en el género, ya que los patrones de conducta sexual han resultado diferenciales culturalmente, aunado al rumbo de la epidemia del SIDA que ha marcado rumbos distintos a más de diez años de su aparición: de ser una enfermedad exclusiva de homosexuales, ahora se ha convertido en una pandemia.

Otro factor estudiado con gran interés es la autopercepción de riesgo de contraer la enfermedad; sería de esperar que el reconocer el riesgo de infección podría favorecer que se llevaran a cabo prácticas sexuales de bajo riesgo, sin embargo, los estudios sobre autopercepción de riesgo, indican que los adolescentes no se sienten preocupados por la posibilidad de contraer la enfermedad aún después de describir su pasada conducta sexual. Otros estudios se han abocado a la relación entre el manejo de las formas de transmisión de la enfermedad y las conductas de riesgo y, contra toda lógica, a pesar de que los grupos estudiados manejaban información suficiente, seguían emitiendo conductas que los exponían al riesgo de contagio de VIH.

Las estrategias propuestas por las autoridades sanitarias para enfrentar la enfermedad proponen diferentes blancos entre los cuales se destaca la educación para la prevención, pero, propagar información acerca de la transmisión del SIDA por vía

sexual y las formas de prevenirlo, es un asunto delicado, ya que para abordarlo, sería necesario modificar hábitos y costumbres profundamente arraigados que se relacionan con la sexualidad y con los comportamientos de riesgo. Bayés (1989) señala que los comportamientos de riesgo de contagio de SIDA como el contacto sexual o la drogadicción intravenosa llevan usualmente a una consecuencia inmediata, intensa y placentera, mientras que las consecuencias nocivas de la enfermedad difundida en los mensajes son siempre a largo plazo.

Las alternativas propuestas para disminuir la probabilidad de contagio se refieren a la práctica de diversas conductas extremas como la abstinencia sexual o bien algunas moderadas como la relación monógama. Otras alternativas se dirigen al "sexo seguro" como el uso del preservativo. Pero hasta ahora, el método recomendado para disminuir el riesgo de contraer enfermedades sexualmente transmisibles (E.S.T.) - dentro de las cuales se clasifica el SIDA - para aquellos que rechazan la abstinencia como alternativa, es el uso del preservativo o condón. Debido a la gran importancia que se le ha dado al preservativo como medio eficaz para disminuir las probabilidades de contagio, los investigadores se han dado a la tarea de conocer la frecuencia de uso y el uso adecuado del mismo; una de las formas indirectas de conocer el uso del condón ha sido mediante los informes de E.S.T., como la sífilis, gonorrea, chlamydia y chancro.

En un análisis presentado por Aral y Holmes (1991) indican que las poblaciones que con mayor frecuencia padecen E.S.T. son las minorías heterosexuales urbanas, especialmente las mujeres; resaltando además que la composición de las minorías urbanas en Estados Unidos -hispanos y negros- presentan características similares a la de los países en vías de desarrollo, esto es: una gran población de adolescentes y jóvenes adultos.

Para conocer algunos factores psicológicos que pueden estar asociados hacia el uso del condón, se han llevado a cabo estudios sobre las actitudes hacia su uso, los factores encontrados están encaminados hacia costos, accesibilidad, satisfacción y moral entre otros, todos ellos que pueden facilitar o inhibir el uso del condón en situaciones de riesgo.

Aunado al estudio indirecto del uso del condón, las E.S.T. cobran mayor interés, ya que se encuentran asociadas a una mayor probabilidad de contagio de VIH. Las E.S.T., irritan los genitales, produciendo escoriaciones o heridas, lo cual facilita el contagio de VIH.

En México, Sepúlveda-Amor y cols., (1989) informan que la población que sufre con mayor frecuencia de enfermedades sexualmente transmisibles son los adolescentes y que su frecuencia disminuye con la edad de la población.

La historia natural inherente a la enfermedad ha llevado rumbos diversos; el SIDA en sus inicios aparentaba ser una enfermedad de grupos homosexuales, ahora, la Organización Mundial de la Salud, pronostica que para el año 2000 el 90% de las infecciones de VIH reportadas en todo el mundo serán transmitidas heterosexualmente (Aral y Holmes, 1991)

Puede decirse en general que los estudios indican que el manejo de información sobre los medios de transmisión y prevención del SIDA, hasta ahora conocidos, no han sido

suficientes para asegurarse de que la población está tomando las medidas preventivas adecuadas.

En este sentido, el presente proyecto pretende tomar en cuenta algunos factores psicosociales sobresalientes como los conocimientos y creencias sobre la transmisión del SIDA, la autopercepción de riesgo y las actitudes hacia el condón; integrando también factores de conducta sexual documentados epidemiológicamente como: el número de parejas sexuales en toda la vida, la preferencia sexual, la frecuencia de uso de condón tanto con la pareja sexual regular como con parejas ocasionales, de tal manera que se integre todos estos elementos en un solo estudio que permita describir su presencia e interacción en la población estudiantil.

Existen algunos datos que la hacen una población socialmente importante de estudio: 1) es la edad en la que se están iniciando en las relaciones sexuales, 2) por el largo período de incubación del virus y los datos reportados sobre el grupo etáreo más afectado, se podría inferir que el contagio se dió en un período de formación académica media superior 3) es la futura fuerza de trabajo 4) existe reducida información de este grupo en particular.

La primera parte del presente informe está encaminada a proporcionar una visión de los aspectos epidemiológicos y teóricos con los que se pretende integrar los modelos de percepción de riesgo y de frecuencia de uso del condón.

En la segunda parte se presentan los objetivos de la investigación, así como la metodología para abordada para alcanzarlos, se incluyen los criterios para la construcción de algunos instrumentos y el tipo de análisis utilizados.

En la tercera parte, se presentan los resultados y finalmente en la cuarta parte se discuten los hallazgos, con base en los aspectos considerados teóricamente así como los modelos teóricos planteados.

MARCO TEORICO

El fenómeno SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) ha trastocado a toda la comunidad científica, provocando por primera vez en la historia de una enfermedad, un abordaje desde las más variadas áreas de la ciencia a partir de su aparición.

Hasta el momento, se sabe que el SIDA es producido por un retro-virus que ataca el sistema inmunológico, específicamente ataca las células T del organismo y es mediante el material genético de éstas células que es posible la reproducción del VIH (virus de inmunodeficiencia humana).

Después de que el Dr. Gallo y sus cols. del Instituto de Cáncer de Estados Unidos descubrieron y describieron al virus (VIH) de la inmunodeficiencia humana y sus formas de transmisión (Stanislawski, 1989), a nivel mundial se tomaron medidas preventivas que han tenido gran impacto en la prevención del contagio, especialmente las relacionadas a la regulación de la sangre y sus hemoderivados, pero existe otra forma que no ha logrado ser controlada y que continúa incorporando víctimas: la transmisión por vía sexual y por uso de agujas contaminadas.

Se ha documentado que la transmisión del VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) por vía sexual ocurre mediante el intercambio sanguíneo, de semen, fluidos pre-eyaculatorios o secreciones vaginales; la actividad hetero y homosexual permite la transmisión viral mediante la penetración anal, vaginal y muy probablemente la oral (Detels, Fahey, Schwartz, Green, Vescher y Gottlieb, 1983; Fischl, Dickinson, Scott, Klimas, Fletcher y Parks, 1987, cit. en Kelly y Laurence, Brasfield, Lemke, Amidei, Roffman, Hood, Smith Kilgore y Mcneill, 1989).

La psicología juega un papel de primera importancia en la prevención de conductas que incrementan la probabilidad de contagio por VIH, por lo que los investigadores de esta disciplina se han dado a la tarea de estudiar una multitud de factores asociados o bien directamente relacionados con la transmisión por vía sexual.

Heaton (1990) menciona que el SIDA es de interés para los psicólogos, ya que los modos primarios de transmisión y algunas de sus manifestaciones clínicas más incapacitantes son conductuales, por lo que el rol de los científicos es importante especialmente para combatir la epidemia, añade que la prioridad de investigación psicológica es la de proveer un mejor entendimiento de los factores que influyen las conductas involucradas en la transmisión de VIH.

La primera fuente de obtención de información para abordar el fenómeno SIDA desde la psicología ha sido a través de los registros epidemiológicos, los cuales detallan especialmente factores sociodemográficos en interacción con el patrón sexual de las poblaciones más afectadas por el virus. Dentro de los factores sociodemográficos que se analizan en estos informes, se destacan aspectos de género, clase social y grupos étnicos, entre otros y dentro de los factores del patrón sexual, se contemplan los relacionados con el inicio a la vida sexual, el número de parejas sexuales y la orientación sexual.

La primera tarea es conocer los patrones sexuales y las características sociodemográficas de las diferentes poblaciones en riesgo de desarrollar SIDA, es decir, de aquellas que se han iniciado sexualmente.

I. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS EN INTERACCION CON EL PATRON SEXUAL.

Se han publicado informes sobre el impacto que ha tenido el SIDA sobre el género masculino; p.e. en México, los hombres son el género más afectado, aunque la razón hombre-mujer ha disminuido (de 17:1 a 6:1) desde la detección de los primeros casos y los grupos étnicos más afectados se encuentran entre los 15 y 44 años de edad, grupo con la mayor actividad sexual. En Haití y Honduras, los informes indican que los hombres tienen entre 1.8 y 2.5 veces mayor riesgo de infección que en México y para todo el continente Americano existen siete casos de hombres por cada mujer (EPI/CONASIDA, 1992).

El primer factor de riesgo considerado al inicio de la pandemia fue el asociado al patrón sexual específicamente el referido a la preferencia sexual homosexual. El impacto causado por los primeros informes epidemiológicos ha sido enorme, ya que aún en la actualidad, en algunos sectores de la población se considera al SIDA aún una enfermedad exclusiva de homosexuales (Sepúlveda-Amor, Valdespino-Gómez, García-García, Izazola-Liceaga, Rico-Galindo, 1988). a pesar de que ya se ha informado que también ha afectado a otros grupos con orientación sexual bisexual y heterosexual, especialmente masculina. A la fecha no se han documentado casos sobre la transmisión en mujeres con preferencia homosexual.

Por otra parte, el impacto del SIDA en los grupos étnicos es diverso, mientras los anglosajones homosexuales reciben información apropiada y apoyo para programas educativos, los latinoamericanos homosexuales residentes en San Francisco se encuentran con un retraso de siete años, en este sentido, tal y como se encontraban los anglos tiempo atrás (Sabogal, 1992). Por otra parte, Aral y Holmes (1990) indican que las mujeres negras y latinas de escasos recursos tienen patrones conductuales que las hacen más susceptibles a entrar en contacto con el virus que las mujeres blancas con un nivel socio-económico alto.

Otra práctica sexual asociada al contagio de SIDA se refiere al número de parejas sexuales, mientras más alto es el número de parejas sin utilizar preservativos o sexo seguro más alta la probabilidad de adquirir el virus. Se sabe, que un porcentaje mayor de hombres tienen su primer coito a más temprana edad y tienen más parejas sexuales en la vida, así como una mayor orientación homosexual (Simon, 1989; Winslow, Rumbaut y Huang, 1989; Villagrán-Vázquez, 1990). Rosero-Bixby (1991) informa que un 38% de mujeres costarricenses menores de 20 años de edad habían tenido relaciones sexuales premaritales, encontrando que aquellas que estaban comprometidas en matrimonio tenían siete veces más probabilidad de tener relaciones premaritales que aquellas que no.

En Estados Unidos, Hofferth y Hayes (cit. en Brooks-Gunn,

Bayer y Hein, 1988) informan que a nivel nacional la mayoría de las adolescentes han tenido coito; un 60% de hombres blancos antes de los 18 años de edad y un 60% de mujeres blancas antes de los 19 años; Villagrán-Vázquez, Cubas, Díaz-Loving y Camacho-Valladares (1990) informan que un 75% de la población estudiantil entrevistada en la ciudad de México, se iniciaron sexualmente entre los 10 y los 19 años de edad.

El debut sexual por grupos étnicos también presenta diferencias; mientras que los varones negros (60%) se inician sexualmente antes de los 16 años y las mujeres negras (60%) antes de los 18, los hombres blancos lo hacen antes de los 18 y las mujeres blancas antes de los 19 años de edad (Hofferth y Hayes, 1988).

Se ha estudiado también la práctica sexual en estudiantes, por ejemplo Simon (1989) realizó estudios sobre las prácticas sexuales entre estudiantes, y encontró que el promedio de edad al debut sexual entre mujeres fue de 16.5 años y el de los varones de 16.3 años y el promedio de parejas sexuales tenidas en toda la vida por los hombres fue de 14.6 personas y 5.6 para las mujeres.

"Los Angeles Times" (cit. en Brook-Gunn, Bayer, Hein, 1988) informa sobre adolescentes solteros entre los 18 y 24 años de edad que un 39% de hombres y un 17% de mujeres habían tenido en el último año 3 o más parejas; Villagrán-Vázquez y cols. (1990) entrevistaron a estudiantes mexicanos, los cuales informaron (40%) haber tenido 2 o más parejas en los últimos 12 meses.

Otras formas indirectas de obtener datos sobre el patrón sexual están referidos al número de embarazos entre adolescentes, por ejemplo en la ciudad de México, Arcelus, Atkin y Pineda (1988) informan que la edad de una muestra de adolescentes embarazadas fluctuaba entre los 13 y 18 años de edad, número de embarazos interrumpidos y el número de E.S.T. (enfermedades sexualmente transmisibles) entre los diferentes grupos, por ejemplo, Sepúlveda-Amor y cols. (1988) encuentran que la población mexicana que sufre con mayor frecuencia de E.S.T., es la adolescente y que la frecuencia de aparición de estas enfermedades disminuye con la edad. Beifer, Krener, Miller (1988) informan que en el grupo de mujeres preparatorias estudiadas, el 50% habían tenido coito y un 16% habían tenido más de 4 parejas, además para hacer más evidente la actividad sexual de las adolescentes, informan que se registraron 1.2 millones de embarazos en blancas de 15 años o menos y que una de cada siete han tenido enfermedades sexualmente transmisibles (E.S.T.).

El registro en México, sobre el grupo etéreo más afectado por el SIDA, está entre los 15 y 44 años de edad, considerado como un grupo con mayor actividad sexual (EPI/CONASIDA, 1992).

Aral y Holmes (1991) advierten que las escoriaciones producidas por las E.S.T., favorecen la transmisión del virus VIH, a la vez que informan que las E.S.T., en Estados Unidos se han incrementado entre las poblaciones urbanas de escasos recursos, debido probablemente a la pobreza urbana, la desintegración social y al intercambio sexo por drogas, aunado a la resistencia a los antibióticos desarrollada por las bacterias productoras de enfermedades sexualmente transmisibles. Indican también que el patrón que presentan las E.S.T., en las clases urbanas bajas de Estados Unidos es semejante al observado en los

barrios bajos de países en desarrollo donde el SIDA se ha diseminado entre la población heterosexual. Aral y Holmes, informan también de un estudio multinacional en el que se encontró que un 42% de prostitutas registradas en una clínica de Nairobi presentaron úlceras genitales producidas por chancros, asociadas al incremento de riesgo de infección del VIH por vía sexual.

Bell y Hein (cit. en Brooks-Gunn, Bayer y Kein, 1988) señalan que las tasas más altas de E.S.T., (gonorrea, sífilis, citomegalovirus y clamidia cervical entre otras) se registraron en adolescentes de 15 a 19 años de edad; resaltan entre otros aspectos que las adolescentes retardan el uso de anticonceptivos por lo menos durante el primer año siguiente al debut sexual.

Otro de los factores incluidos dentro del patrón sexual es el relacionado a las preferencias sexuales de los enfermos de SIDA y los seropositivos, ellos presentan una tendencia preferentemente homosexual o bisexual. Morlet (1989) informa que las prácticas homosexuales, el mayor número de parejas sexuales se relacionó con la adquisición del VIH en un grupo de sujetos con orientación homosexual. Quadland y Shattls (1987) mencionan que la percepción inicial del SIDA fue como de una "plaga homosexual" y que originalmente se hablaba de grupos de alto riesgo, pero, al igual que cualquier otra E.T.S., lo importante es reconocer que son ciertas prácticas sexuales y no las preferencias u orientación sexuales los factores que determinan el riesgo (Ramos Lira, Díaz-Loving, Saldivar y Martínez, 1992).

Es necesario considerar también que el patrón de diseminación del virus en otros continentes ha diferido del presentado en América Latina, p. e. en África, se informa que la principal forma de contagio de VIH es la heterosexual (Wilson, Lavelle, Greenspan y Wilson, 1991), mientras que en América Latina ha sido mediante el contacto homosexual y bisexual principalmente. En México, Villagrán-Vázquez y cols. (1992) encontraron en una población de estudiantes universitarios un mayor porcentaje de preferencia bisexual (3.2%) que de homosexual (1.8%).

Así, una vez que se han descrito algunos de los patrones sexuales y sociodemográficos de los grupos con prácticas de riesgo mencionadas por los informes epidemiológicos, es necesario conocer sobre algunos factores psicosociales que se asocian a una de las alternativas promovidas por las autoridades sanitarias para prevenir la transmisión del SIDA por vía sexual: el uso del condón; especialmente para aquellas poblaciones cuyas alternativas no son la monogamia o la abstinencia.

II. FACTORES PSICOSOCIALES.

Después de conocer algunos patrones de conducta sexual entre la población adolescente sexualmente activa, es necesario abordar algunos de los factores psicosociales considerados de importancia que pudieran estar asociados o determinando el uso del condón.

El uso del condón depende de diversos factores, si la población es sexualmente activa, si lo conoce, si sabe usarlo y si se percibe en riesgo de contagio de enfermedades sexualmente

transmisibles, si sabe que disminuye el riesgo de infección de enfermedades sexualmente transmisibles, en especial del SIDA.

A. Creencias y Conocimientos sobre el SIDA.

Para Fishbein y Ajzen (cit. por Pratkanis, 1989), las creencias dentro de un constructo son anteriores a las actitudes; las creencias es información acerca del objeto psicológico, son además dentro de un continuo anteriores a las actitudes, la información proviene de otros individuos, de la experiencia directa o bien de inferencias que el sujeto hace acerca del objeto.

Las creencias son conceptos normativos creados y enraizados en los grupos culturales, "son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo, más allá de la percepción directa (...de) cosas, eventos, personas y procesos" (Pepitone, 1992, pag. 63). Las creencias según Jodelet (1990) dependen de variables culturales, históricas, individuales y ecológicas, que tienen además una lógica y coherencia interna, que organiza enunciados aún no verificados son "... sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede e incluso dar sentido a lo inesperado..." (pag. 472). Las creencias difieren del conocimiento también, por tener varias funciones psicológicas: proporcionan apoyo emocional, control cognitivo, regulación moral y una identidad grupal (Ramos y cols., 1992).

Las creencias incluso se pueden clasificar, la organización y especialización de estas creencias, permite enfrentar los eventos de la vida cotidiana tal como lo sería el enfrentarse a una enfermedad como el SIDA (Ramos, Díaz, Saldívar y Martínez, 1992).

Para Ramos y cols. (op. cit.) la clasificación de creencias sobre las enfermedades en general deberían insertarse en la dimensión natural-material mencionadas por Pepitone (1992), sin embargo, en un estudio realizado por Ramos y cols. (op.cit.) con población universitaria, en donde se les preguntaba sobre el origen del SIDA, la población manifestó creencias que bien se podrían insertar en una dimensión moral, especialmente por la búsqueda de culpables y la marginación de un grupo al que se le considera "transmisor premeditado del mal". La creencia sobre su origen fue como de un castigo colectivo por la "permisividad sexual general" y castigo individual por el ejercicio de una sexualidad irresponsable; además, encontraron que conductas consideradas de alto riesgo como el no usar condón durante las relaciones sexuales y tener relaciones sexuales con muchas personas no fueron consideradas riesgosas; al parecer la monogamia serial (haber tenido más de una pareja sexual en la vida una a la vez) les da la sensación de seguridad y baja promiscuidad.

Las creencias erróneas pueden llevar a conductas erróneas para enfrentar la transmisión, por ejemplo la creencia sobre el origen del SIDA (Ramos y col., op. cit.) y la creencia de que es una enfermedad exclusiva de prostitutas y homosexuales (Sepúlveda-Amor y cols, 1985 y Tashima y cols., 1988) y como tales son los únicos agentes transmisores les proporciona cierto control.

Tashima, Market, Madrigal, O'connor y Mata (1987) en un estudio con refugiados y habitantes de una zona marginada de Costa Rica, encontraron que los sujetos creían que el SIDA era una enfermedad de homosexuales, además de que no sabían que el uso del condón durante las relaciones sexuales es una buena medida preventiva del contagio de VIH. En México, Sepúlveda-Amor y cols., (1989) informan de los resultados de una encuesta realizada en personas mayores de 15 años y, aunque la mayoría reconoció los mecanismos de transmisión, un 60% de los entrevistados conceptualizaron al SIDA como una enfermedad de homosexuales. Izazola, Valdespino, Mondragón y Sepúlveda (1985) encontraron en una población de estudiantes universitarios que el 41% consideró al SIDA como un tipo de cáncer o una enfermedad de homosexuales; también encontraron conocimientos erróneos sobre las vías de transmisión no documentadas como: baños públicos, piquetes de moscos o contacto casual.

El conocimiento se refiere por otra parte a la información organizada que los sujetos poseen sobre algún tema o sobre un conjunto de temas, el conocimiento estaría más cercano a la objetividad, a la información documentada, a diferencia de las creencias que se acercan más a información con poco o ningún fundamento científico (Pepitone, 1992); de tal manera que se pueden tener tanto conocimientos como creencias erróneas y conocimientos y creencias correctas.

Como punto de interés dentro de los factores psicosociales, también se ha estudiado el conocimiento que las poblaciones tienen acerca del SIDA, sus formas de transmisión y prevención. El conocimiento estudiado en las poblaciones se basa en la información documentada científicamente sobre este tópico.

Sería lógico pensar que un mayor grado de conocimientos acerca de las formas de transmisión y prevención del SIDA, llevaría a los sujetos a poner en práctica las conductas preventivas o a evitar aquellas que los pusieran en riesgo. Sin embargo, algunos grupos o sujetos, a pesar de tener conocimientos con respecto a las formas de transmisión y prevención, persisten en la realización de conductas riesgosas; tal como lo informan Quadland y Shattls, (1987), quienes al trabajar terapia para grupos homosexuales, encontraron que a pesar de la información suficiente sobre el VIH, los sujetos en estudio seguían informando encuentros sexuales casuales.

Bayés (1989) apoyando los hallazgos anteriores, señala que "la sola información no produce cambios en la conducta, que el comportamiento humano no sigue reglas lógicas, sino que tiene sus propias reglas marcadas en gran parte por el pasado evolutivo de la especie" (p.p 9). Por su parte, Díaz-Loving (en prensa) indica que en cuanto al SIDA y al uso de condón se refiere, los conocimientos son necesarios pero no suficientes para provocar cambios conductuales deseados.

Siguiendo la línea anterior, DiClemente, Zorn y Temoshok (1987) estudiaron poblaciones adolescentes y encontraron que éstos conocían de las formas de transmisión del VIH por vía sexual (92%), por uso de agujas contaminadas (81%) y por recibir transfusiones de sangre contaminada (84%) pero, un 40% no sabía o estaban inseguros de que el uso del condón en la relación sexual reducía el riesgo de contagio.

Algunos autores como Strunin y Hingson (1987) consideran que el conocimiento por sí mismo no lleva necesariamente a una práctica efectiva de conductas preventivas. Struning y Hingson, informan que un grupo de estudiantes sexualmente activos manifestaron haber modificado su conducta sexual para evitar el contagio de VIH después de conocer sus formas de transmisión, pero sólo un 20% de los que lo hicieron utilizaron precauciones eficaces.

Pero no en todos los grupos se ha presentado el mismo patrón, las campañas de "sexo seguro" han tenido un mayor impacto en los grupos homosexuales: a este respecto Jurán (1989) comparó los cambios de conducta sexual en homosexuales y heterosexuales de ambos sexos que asistían a bares de Nueva York y Simkins y Kusher (1986) en estudiantes universitarios; ambos encontraron resultados semejantes: que casi todos los homosexuales, una mayoría de mujeres homosexuales, más de la mitad de las mujeres heterosexuales y una cuarta parte de los heterosexuales habían cambiado su conducta, particularmente en el sexo casual. Por otra parte, algunos estudios demuestran que la propaganda de sexo seguro utilizando el preservativo o condón ha llevado al cambio de conductas efectivas para la disminución del contagio, especialmente entre grupos homosexuales (Abramson y Pearsall, 1988). Muy posiblemente el uso del condón se encuentre relacionado también con las experiencias personales en los encuentros sexuales y las enfermedades sexualmente transmisibles como la sífilis, gonorrea, chancros, etc.

Es interesante resaltar que no solo los conocimientos generales de SIDA no son suficientes para impulsar el comportamiento de uso de condón sino que su uso tampoco está asociado a los conocimientos sobre la transmisión del SIDA y su prevención, tal como lo informan Mays y Cochran (1988) quienes indican que estudiantes sexualmente activos conocían las ventajas del uso del condón para prevenir el contagio de VIH (94%), pero que sin embargo, menos de una cuarta parte lo exigía a su pareja durante la relación sexual.

Ante las evidencias encontradas en cuanto a las creencias y conocimientos sobre el SIDA, se ha intentado adentrarse en el estudio de otros factores psicosociales que pudieran estar asociados o determinando el uso del condón como medida preventiva tales como las actitudes y creencias hacia el condón, precaración de contagio y la percepción o estimación del riesgo de desarrollar SIDA.

B. Actitudes y creencias hacia el condón.

El término "actitud" fue citado por primera vez en la literatura por Herbert Spencer en 1862 y mencionaba que "para llegar a un juicio correcto en una cuestión en disputa, depende mucho de la actitud mental que preservemos al escuchar o al tomar parte en la controversia: y para preservar una actitud correcta, necesitamos conocer que la verdad y la no verdad son el punto medio de las creencias humanas" (Allport, 1967, pp 4); en esta visión sobre las actitudes, Sepencer, pone adjetivos o extensiones al concepto tales como mental o correcta e indica la importancia que la actitud tiene sobre los juicios.

Allport (1967) por su parte indica que la etimología del término actitud viene del latín *aptus* que significa capacidad, conveniencia o adaptación y *aptitudo* y que, probablemente por su forma *aptitudo* connota un estado subjetivo o mental de preparación para la acción.

En la definición de Abbagnano (1989), se indica que "es un término usado ... para indicar la orientación selectiva y activa del hombre en general, en relación con una situación o un problema cualquiera... o bien como un proyecto de comportamiento que permite efectuar elecciones de valor frente a una determinada situación" (pp 599).

Para Kerlinger (1987) "la actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente o un objeto cognoscitivo"; el referente u objeto cognoscitivo se refiere a una categoría, clase o conjunto de fenómenos: objetos físicos, acontecimientos, conductas e incluso construcciones hipotéticas.

La definición al parecer más aceptada es la de Katz (cit. en Downs, 1971), que dice: "actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo... Las actitudes incluyen el núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado y los elementos cognoscitivos o de creencias que describen el afecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos".

El consenso con respecto a la definición de actitud es que es una predisposición a responder a un objeto y no la conducta efectiva hacia él.

Se asume también, que la conducta es una función de las actitudes individuales y sociales, valores y creencias; que las actitudes se desarrollan como una parte del complejo proceso de socialización; que las actitudes yacen en una parte del esquema social dentro del cual el individuo se desarrolla y que por lo tanto, las actitudes son extremadamente resistentes al cambio (Fishbein, 1990). Se dice también que las actitudes tienen características de persistencia, consistencia y motivación; constituidas con algunos residuos de experiencias, productos del aprendizaje.

Katz y Stollend (Summers, 1976) consideran que las actitudes constan de tres componentes: a) Cognoscitivo, en el cual se incluyen creencias acerca del objeto psicológico, estas creencias varían de persona a persona y de objeto a objeto; las creencias son de tipo evaluativo e incluyen cualidades deseables e indeseables, aceptables o inaceptables, buenas o malas; b) Emocional, que se refiere a los sentimientos o emociones ligadas al objeto, califica a los sujetos como de amor-odio, admiración-desprecio, gusto-disgusto, favorable-desfavorable. Tanto el componente cognoscitivo como el emotivo llegan a confundirse y c) tendencia a la acción que se refiere a la disposición del individuo a responder al objeto, se acepta que existe un vínculo entre el componente cognoscitivo, especialmente en lo referente a las creencias evaluativas.

Fishbein y Ajzen (cit. por Pratkanis, 1989) consideran a las creencias como una parte anterior a las actitudes, mencionan que las creencias son la información que el sujeto maneja del objeto

psicológico y que esta información puede provenir de la experiencia directa, de las inferencias acerca del objeto o bien de información proveniente de otros individuos, una vez que las creencias llevan alguna carga afectiva o cognoscitiva se les llama actitudes.

Tomando el concepto de actitudes Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks (1990) abordaron las actitudes hacia el uso del condón en estudiantes, y encontraron tres dimensiones que los autores consideran que pueden ser barreras o facilitadores para las intenciones en cambios de conductas preventivas y que pudieran usarse para las campañas de educación para la salud. Las dimensiones encontradas indican que los preservativos o condones pueden ser: ofensivos, efectivos o atractivos; Sheran y cols., (op. cit.) también encontraron diferencias debidas al género, señalan que las mujeres consideran los condones más ofensivos que los hombres. Sin embargo, la experiencia en el uso los hace más atractivos y menos ofensivos. Los autores concluyen haciendo hincapié en que las campañas de educación para la salud deberían tomar en cuenta las actitudes hacia las conductas preventivas de contagio de SIDA, especialmente en estas tres dimensiones. Bernard, Hébert, De Man y Farrar (1989) llevaron a cabo un estudio sobre actitudes hacia el uso del condón en estudiantes y, encontraron cuatro dimensiones que pudieran estar influyendo en la intención de no usar el condón; lo perciben como inhibidor de placer sexual y físico, indicando además que tienen dificultades e inconvenientes asociados al uso y situaciones embarazosas como la compra y el uso.

Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving (1992) entrevistaron estudiantes universitarios sobre la frecuencia de uso del condón y actitudes y creencias hacia el uso del condón y encontraron que factores de interacción de pareja, hedónicos, económicos, morales, de género y de experiencia sexual fueron mejores predictores de la frecuencia de uso del condón con parejas regulares, mientras factores de respuesta sexual y hedónicos fueron mejores predictores del uso del condón con parejas ocasionales.

Fishbein (1990) en su informe sobre los factores que influyen en la petición de uso de condón en estudiantes, encontró que tanto las actitudes hacia la petición del uso del condón como las normas subjetivas influyen significativamente en las intenciones conductuales de llevar a cabo comportamientos que reduzcan el contagio, aunque subraya que, las actitudes son las determinantes más importantes para este estudio. Conner y Graham (1992), concuerdan con los hallazgos de Fishbein, ellos, mencionan que las actitudes y las normas subjetivas son entre otras variables los mejores predictores de la intención de uso del condón. Se debe señalar que los sujetos de los estudios de Fishbein y de Conner y Graham provienen de culturas de donde Díaz-Guerrero (1982) señala que se encuentra mayor locus de control interno y por tanto en actitudes personales. En culturas como la mexicana en las que hay mayor número de sujetos con una tendencia al locus de control externo, se podría suponer que la norma subjetiva tuviera un impacto de mayor importancia que las actitudes.

C. Preocupación de contagio de SIDA.

Para Leventhal (cit. Bauman y Siegel, 1987) el miedo produce inconformidad o tensión subjetiva que motiva a la acción. Esta visión del miedo es usada en el Modelo de Conducción del miedo pero con una visión dual: consideran puede ser un motivante efectivo cuando se asocia a una amenaza a la salud, pero en algunas circunstancias, cuando el miedo es muy grande, la conducta producida puede ir por diferentes caminos, puede generar sentimientos de desesperanza, es mas probable que el sujeto permanezca inactivo.

Mays y Cochran (cit. en Mays y Cochran, 1988) estudiaron la percepción de riesgo de estudiantes preparatorianos negros en relación a su actividad sexual. Encontraron que un 50% de los sexualmente activos están poco o nada preocupados de contraer el SIDA, además manifestaron no haber cambiado su patrón para reducir el contagio.

D. Autopercepción de riesgo de contraer SIDA.

Otro de los factores psicosociales de interés dentro de la investigación sobre el SIDA y la exposición a situaciones de riesgo, es la autopercepción o estimación del riesgo de desarrollar SIDA.

La percepción de riesgo se refiere a la estimación que el sujeto emite acerca del probable suceso de un evento (Prohaska y cols, 1990).

Para Prohaska, Albrecht, Levi, Sugrue y Kim (1990) el estudio de la autopercepción o estimación del riesgo de llegar a enfermar es importante para entender porqué la gente realiza conductas que ponen en riesgo su salud o bien cuales son los factores que motivan a la gente a buscar el cuidado de su salud.

Janz y Becker, plantean que los individuos modificarán su conducta si tienen conocimiento de la enfermedad y creen que sus efectos son severos y que además son susceptibles a ella (cit. por Wilson, Lavelle, Greenspan, Wilson, 1991). La estimación del riesgo está estrechamente vinculada a los conocimientos y creencias que se tengan sobre la enfermedad. Es plausible pensar que a un mayor grado de conocimientos sobre la transmisión y prevención del SIDA, llevaría a los sujetos en primer lugar a la evaluación de sus propias conductas (p. e. el patrón sexual) y de sus experiencias (p. e. haber conocido a alguien con SIDA, haber padecido alguna E.S.T.) y en segundo lugar a tomar medidas preventivas (p. e. usar el condón o evitar conductas de riesgo).

Para estimar la percepción de riesgo de desarrollar SIDA, también es necesario que los sujetos tengan un estándar comparativo contra el cual pudieran evaluar la oportunidad de ser afectados por el VIH. Un planteamiento podría ser que mientras más conocimientos acerca del VIH y sobre las características de los sujetos afectados tuviera una persona, la estimación del riesgo sería más objetiva, y por tanto, si esto ubicara al sujeto en un grupo de conductas de alto riesgo, debería presentarse la ejecución de conductas preventivas.

Los estudios sobre la estimación de riesgo están encaminados entre otras cosas a encontrar factores determinantes de la

percepción de riesgo, p.e. Prohaska y cols., (1990) en un estudio muy amplio, encontraron ocho variables asociadas a la percepción: grupo étnico, pertenencia a grupos no religiosos, el número de parejas sexuales, el conocimiento de la historia sexual de sus parejas, el cambio de estilo de vida, el miedo al SIDA, la preocupación de su salud y la vergüenza de padecer SIDA.

En otros estudios, donde se manejan un menor número de variables, se ha estudiado la asociación de la percepción con el conocimiento (Harrison, Wambach, Byers e Imershein, 1991) al examinar conocimiento y la vulnerabilidad percibida en mujeres de 18 a 53 años de edad, encontraron que las mujeres con un conocimiento suficiente sobre el SIDA no se percibían en riesgo a pesar de la prevalencia de conductas riesgosas como el contacto sexual desprotegido de manera constante. Por su parte, Bownes, O'Gorman y Dinsmore (1990), al estudiar heterosexuales de entre 16 y 44 años de edad, encontraron que a pesar de tener un buen conocimiento, no presentaban prácticas de sexo seguro y solo un 22% consideraron que su estilo de vida los puso en riesgo de desarrollar SIDA.

En otros estudios se considera la asociación con la vida sexual muy activa. Severn (1990) encontró que los estudiantes con una vida sexual más activa la cual conlleva el riesgo de contraer y diseminar el virus a un nivel mayor, tuvieron serios problemas de percepción acerca de su propio nivel de riesgo, mientras que Gray y Saracino (1989) encontraron que una baja autoevaluación del riesgo se relaciona con un reducido número de contactos sexuales.

Kelly y cols. (1990) estudiaron los factores psicológicos que predicen el alto riesgo de desarrollar SIDA versus la conducta preventiva en hombres homosexuales de tres ciudades de Estados Unidos. Mediante un análisis de regresión, los autores encontraron tres variables predictoras de conductas de riesgo (contacto anal desprotegido) la estimación del riesgo, la aceptabilidad social del uso del condón y el conocimiento de las conductas de riesgo. Kelly y cols, encontraron que a menor riesgo percibido menores conductas de riesgo presentaron; la aceptabilidad social del uso del condón y el conocimiento de las conductas de riesgo correlacionaron negativamente con la percepción de riesgo. En otros resultados encontraron que los hombres con mayores conductas de riesgo tenían menores puntajes en la escala de conocimientos, así como puntajes bajos en aceptabilidad social de uso del condón. Los jóvenes que tenían amigos con SIDA, se consideraron con mayor riesgo y un 87% de aquellos que habían tenido coito anal desprotegido subestimaron el riesgo asociado a su conducta.

Montgomery, Joseph, Becker, Ostrow, (1989) estudiaron el conocimiento sobre SIDA y la percepción de riesgo en hombres homosexuales y encontraron que no existía relación entre el conocimiento y la percepción de riesgo de desarrollar SIDA. En esta misma dirección, Díaz-Loving y Rivera-Aragón (en prensa), encontraron que estudiantes sexualmente activos desechan el riesgo de infectarse de SIDA, aparentemente para mantener el control y obtener tranquilidad en su vida.

Es posible que la percepción de riesgo varíe dependiendo del tipo de enfermedad y las características de los sujetos, por

ejemplo, Emmons, Kerscht, Kesler, Ostrow, Wortman, Obrien y Eshleman (1987) encontraron que muchos fumadores aceptan la asociación entre el fumar y las enfermedades pulmonares, pero al preguntar sobre el posible padecimiento, los sujetos se sienten invulnerables a tales padecimientos.

Diversos modelos han intentado integrar variables psicosociales mediante las cuales se pudiera predecir la conducta saludable. Entre los modelos destacan el de la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1973), el de la Creencia en la Salud (Becker, Janz y Becker, 1974) y el de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985, cit. por Conner y Graham, 1992).

El Modelo de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1973) considera la importancia de predecir y entender la conducta humana para la solución de problemas y para la toma de decisiones políticas. Ajzen y Fishbein parten de la premisa de que "los seres humanos son usualmente racionales y hacen uso sistemático de la información disponible para ellos" y niegan que la conducta social humana esté controlada por motivos inconscientes o deseos irresistibles; indican además que la gente evalúa los posibles resultados de su conducta antes de decidirse a realizarla (Fishbein, 1980). La Teoría de la Acción Razonada, tiene la finalidad de predecir el comportamiento individual, como miembro de grupos y como partícipe de relaciones interpersonales, por lo que cualquier significado o valor explicativo que tenga la actitud, debe provenir de una disposición intermedia entre el nivel individual y el nivel de conjunto. Ajzen y Fishbein, sin embargo subrayan que la predicción de conductas es posible con poco o ningún entendimiento de factores que la causan (Ajzen y Fishbein, 1980), pero que por otra parte, para producir cambios debe haber necesariamente algún grado de entendimiento.

Dentro del Modelo de la Acción Razonada, se consideran variables predictoras de la conducta saludable las creencias y evaluación de los resultados de una conducta (actitudes), la norma subjetiva (lo que su grupo cree acerca de la conducta en particular) y la motivación para complacer a los miembros de su grupo y la intención por realizar la conducta.

La Teoría de la Acción Razonada fue usada por Middlestadt, Triandis y Confer (cit. en Fishbein, 1990), para predecir la intención femenina de pedir a su pareja sexual el uso del condón durante las relaciones sexuales, aunque los principales predictores de la conducta fueron la norma subjetiva y las actitudes, el predictor más importante fue el de las actitudes hacia la conducta (Beta = .54).

El Modelo de Creencia en la Salud desarrollado por Becker, Janz y Becker (cit. Bauman, Siegel, 1987; Conner y Graham, 1992), consideran que la emisión de una conducta saludable (como podría ser el uso del condón durante las relaciones sexuales) está determinada por seis variables psicológicas: 1. la percepción de riesgo de desarrollar la enfermedad, la cual está integrada por a. la percepción de la susceptibilidad (como la estimación de la probabilidad de adquirir el SIDA) y b. la percepción de severidad (como la estimación de tener SIDA y morir por esta causa); 2. los beneficios (como el pensar que el uso del condón durante las relaciones sexuales protege contra el SIDA) y las barreras (como el pensar que el uso del condón reduce la sensibilidad durante

las relaciones sexuales); 3. claves de acción (como sería si la pareja solicitara el uso del condón o fuera por mutuo acuerdo); 4. el valor dado a la salud (o bien que lugar de importancia ocupa su propia salud); 5. Locus de control (de qué o quienes depende su salud) y 6. la posibilidad de enfermar (enfermo aunque tenga cuidado).

El tercer modelo es el desarrollado a partir de la Teoría de la Acción Razonada llamado Teoría de la Conducta Planeada, desarrollada por Ajzen (cit. por Conner y Graham, 1992), esta teoría postula que la decisión para ejecutar una particular conducta está determinada por tres factores: la actitud hacia la conducta, medida mediante un diferencial semántico en una dimensión positiva o negativa, esta actitud es el resultado de creencias acerca de los resultados de una conducta y de la respectiva evaluación de esos resultados; 2. la creencia normativa que se refiere a las creencias que tienen los individuos o grupos de interés para la persona sobre la conducta en particular, la cual es ponderada por la motivación que tiene el sujeto por cumplir con cada uno de estos individuos o grupos y 3. una medida sobre la cantidad de control que el individuo tiene sobre la conducta en cuestión. De acuerdo con la Teoría de la Conducta planeada, los individuos siguen probablemente una acción particular de salud si ellos creen que la conducta conduce a resultados particularmente valiosos para ellos (Conner y Norman, 1992).

Los Modelos de Creencia en la Salud y el de la Teoría de la Conducta Planeada fueron probados simultáneamente en una investigación realizada por Conner y Graham (1992) para conocer los predictores de intención de la conducta saludable (el uso del condón durante las relaciones sexuales), los autores encontraron para el Modelo de Creencia en la Salud dos variables predictoras de la intención del uso del condón ($R^2=.477$) uno de los componentes de la percepción de riesgo: la susceptibilidad (Beta = -.013) y el factor de claves para la acción (Beta = .573); en cambio, en la Teoría de la Conducta Planeada encontró como predictores de la intención de la conducta saludable ($R^2=.495$) las actitudes (Beta=.34); las creencias normativas (Beta=.30) y el control percibido (Beta = .19).

Una de las críticas más importantes sobre los estudios de percepción de riesgo, es el mencionado por Prohaska y cols. (1989), quienes consideran que aunque los investigadores reconocen la importancia de entender el riesgo como una variable tanto en la teoría como en la intervención, ellos prestan poca o nada de atención para descubrir que factores causan que la gente se perciba en riesgo, por ejemplo, el Modelo de Creencia en la Salud, propone que el riesgo percibido dá resultados en el cambio de conductas, pero no se ocupa de dar cuenta sobre el origen o variación en la interpretación del riesgo. Añaden que actualmente se desconoce la amplitud en la cual la gente usa la información para evaluar el riesgo de SIDA; mencionan también que los esquemas heurísticos que la gente usa se originan en la cultura, así como los conocimientos y arreglos jerárquicos son particulares de una sociedad o grupo social, la clase social, el género, la etnia, la educación y la orientación sexual representan membresía en diferentes categorías de experiencias,

entendimiento y exposición a la enfermedad.

III. TOMA DE DECISIONES

Pero, ¿ que procesos cognoscitivos llevan a los individuos a estimar o percibir el riesgo de desarrollar SIDA o bien para decidir la emisión de una conducta preventiva?

Tanto en la estimación del riesgo como en la emisión de una conducta preventiva se involucra una toma de decisión, la primera manifestada verbalmente y la segunda manifestada a nivel de ejecución. En el caso del SIDA, es importante tomar en cuenta que si los sujetos evalúan objetivamente la información que poseen en cuanto a las formas de transmisión, su historia sexual y su exposición al riesgo, estimarán su riesgo más acertadamente que aquellos que no lo hacen, asimismo, tomaran decisiones adecuadas para prevenir el riesgo del contagio, específicamente para el presente estudio, el uso del condón.

La toma de decisión involucra procesos motivacionales, emocionales y cognoscitivos. Se cree que una visión cognoscitiva de la toma de decisiones ayudará a entender y anticipar las circunstancias que los rodean (Carrol y Payne, 1976; León, 1987).

Esta aproximación teórica, surge en 1975, en el XI Simposio Anual sobre cognición, en donde los problemas cotidianos o del mundo real fueron el foco de interés; así, psicólogos sociales y cognoscitivos se dieron a la tarea de crear un cuerpo teórico sistemático mediante el cual se pudieran abordar fenómenos de índole social, considerando por lo tanto los procesos mentales superiores vinculados a la toma de decisiones (Carrol y Payne, 1976), en un contexto social.

Berl, Lewis y Morrison (1976) mencionan cinco modelos mediante los cuales intentan entender la elección de alternativas y proporcionar información acerca de las diversas formas en que se puede analizar la información para llegar a una predicción de elección.

El primero de ellos es el de Pesos Aditivos, en este modelo se analiza la opción o elección que mayor preferencia ha tenido, con la limitación de que no es posible explicar el nivel de procesamiento de información; el segundo es el Modelo de Dominancia, que analiza si a lo largo de todos los factores existe una elección dominante; el tercero es el Modelo Lexicográfico el cual analiza si los factores pueden tener alguna organización; el cuarto es el Modelo de Satisfacción, cuyo argumento (Simon, cit. por Berl, Lewis y Morrison, 1976) se fundamenta en la noción de racionalidad, en la cual el decisor no puede maximizar en muchas situaciones, así es que en muchas ocasiones opta por la alternativa que le es más satisfactoria, aún cuando su decisión pudiera optimizarse al abundar sobre la información sobre las alternativas y el quinto es el Modelo Compuesto, este modelo asume que el decisor coloca en una serie de prioridades secundarias cualquier alternativa que sea inaceptable sobre un factor de primerísima importancia, que el rango de alternativas en cada una de las series de acuerdo al número de factores primarios sobre los cuales cada una de las alternativas es sobresaliente y si existe cualquier liga entre

las elecciones se intenta romper mediante la consideración de los factores primarios para los cuales cada una de las alternativas al menos satisfactoria.

Para Mann (1990), la toma de decisión tiene tres etapas: A) los procesos anteriores a la toma de decisión; B) el acto de la decisión y C) los procesos posteriores a la toma de decisión.

De las etapas en la toma de decisión mencionadas por Mann (1990), para prevención del VIH, es necesario abundar en las dos primeras, es decir, la primera a partir de que el individuo se encuentra en una situación de toma de decisión y hace uso de la información disponible, que en este estudio se refiere a los conocimientos y creencias sobre SIDA; la percepción de riesgo, la preocupación de contagio y las actitudes hacia el condón, hasta, la segunda etapa que se refiere a la manifestación verbal sobre la estimación del riesgo de desarrollar SIDA o bien, la decisión de usar una medida preventiva contra el VIH como es el uso del condón durante las relaciones sexuales.

A. Procesos anteriores a la toma de decisión.

En esta primera etapa, se presentan 2 de los tres elementos importantes dentro de la teoría psicológica de la decisión mencionados por León (1987): la tarea y el que toma la decisión o decisor.

El decisor es el que trabaja en la evaluación y resolución de la tarea, que es otro de los elementos importantes y determinantes en la elección. La tarea tiene características: la complejidad, que está relacionada con el contenido y número de opciones (simples o compuestas); el dinamismo, referente al desarrollo temporal ya sean estáticas o dinámicas y al riesgo, el cual evalúa cuan seguro es el conocimiento que el sujeto tiene de los elementos implicados pudiendo dicotomizar las tareas en determinantes y probabilísticas. El decisor se considera un procesador de información activo que tiene limitaciones en cuanto a sistemas de almacenamiento de información y a procesos de información (León, 1987).

Desde una visión teórica cognoscitiva, se parte del principio de que los sujetos son procesadores de información limitados; que operan en un mundo complejo y que necesariamente desarrollan códigos, esquemas y estrategias para reducir las tareas más complejas a proporciones manejables (Carrol y Payne, 1976; Shaver, 1975).

La psicología social parte del supuesto de que quien evalúa o toma decisiones es un ser racional y conocedor de los pros y los contras de las posibles alternativas, supone también que tenemos una gran necesidad de organizar el mundo caótico y que mediante esta organización del conocimiento podemos ser capaces de predecir y anticipar fenómenos y conductas de nuestros semejantes.

En esta percepción y organización del mundo, establecemos ciertas regularidades entre causas y efectos de los sucesos y emitimos juicios. Para Tversky y Kahneman (1982) la evaluación se basa en creencias acerca de las probabilidades de un evento, los autores indican además que estas evaluaciones subjetivas se parecen a las evaluaciones subjetivas de cantidades físicas, ya

sea al estimar la distancia, pesos o tamaños.

El acto de evaluar, predecir, anticipar o estimar las probabilidades de un evento se señala dentro de la psicología social como juicio perceptivo. Se sabe que los procesos perceptivos no dependen solo del estímulo, sino también de los estados del organismo (motivación y emoción) y a todas las características permanentes y circunstanciales del entorno o del organismo. El individuo al recibir el estímulo selecciona y procesa información a la vez que formula hipótesis. Mediante el sistema de percepción y la experiencia de los sujetos, se acentúan algunas de las características de los estímulos o bien se rechazan.

Antes de tomar una decisión, el individuo trata de clasificar la información en categorías que a su vez están asociadas mediante premisas o creencias con otras categorías. También se trata de anticipar cual es el propósito de la información categorizada.

Los procesos cognoscitivos o procesos heurísticos mencionados por Kahneman Tversky y (1982a) que intervienen en la toma de decisiones y que de alguna manera se basan en la creencia de la probabilidad de eventos inciertos (p. e. el posible contagio de VIH) se pueden expresar en forma numérica o como probabilidades.

Procesos cognoscitivos o heurísticos. La heurística (acuñada del verbo griego= encuentro, búsqueda o arte de la búsqueda o descubrir, que sirve o lleva al descubrimiento de algo); también se refiere a los métodos de investigación que aún siendo imperfectos pueden servir de guía para posteriores descubrimientos (Abbagnano, 1989).

Desde la visión teórica cognoscitiva, se parte del principio de que los sujetos son procesadores de información limitados; que operan en un mundo complejo y que necesariamente desarrollan códigos, esquemas y estrategias para reducir las tareas más complejas a proporciones más manejables (Carroll y Payne, 1976). Tversky y Kahneman (1982) y Carroll y Payne (1976) consideran que la gente se adapta a las demandas situacionales y que a veces sus respuestas pueden ser diversas y no necesariamente provienen de un proceso de decisión óptimo.

Tversky y Kahneman (1982) consideran que muchas de las decisiones se basan en creencias (información organizada) acerca de la probabilidad de un evento incierto y que ocasionalmente se puede expresar en forma numérica o con declaraciones como "yo pienso que .. ó ... es probable que" (p. 6). Tversky y Kahneman se interesan en conocer el ¿cómo la gente evalúa la probabilidad de un evento incierto? o el valor de una cantidad incierta y que es lo que determina tales creencias.

Para responder a estas interrogantes Tversky y Kahneman (1982), indican que "la gente cuenta con un número limitado de principios heurísticos, los cuales reducen la compleja tarea de evaluar probabilidades y predecir valores a las más simples operaciones de juicio" (pp 8); pero que sin embargo estos heurísticos algunas veces conducen a errores severos y sistemáticos. Los tres los procesos heurísticos mencionados por los autores son: representatividad, disponibilidad y ajuste y anclaje.

1. Heurístico de Representatividad

La Representatividad se refiere a la pertenencia u origen de un objeto o proceso. La gente evalúa el grado en el cual el objeto o proceso es representativo de ese objeto o proceso. Por ejemplo Tversky y Kahneman (1982a) dieron a un grupo de sujetos la descripción vaga de un individuo. Posteriormente se les pidió a los sujetos que evaluaran la probabilidad de la ocupación del individuo a partir de una lista de posibles ocupaciones.

La descripción del individuo fue elaborada de tal manera que las probabilidades de que su empleo sea "x" o "y" fueran las mismas. Los resultados indican que la gente ordenó la probabilidad del empleo del sujeto de mayor a menor probabilidad, debido al grado en que la descripción fue similar o representativa del estereotipo de un bibliotecario, con lo cual Kahneman y Tversky (1982,a) concluyen que la gente ordena las ocupaciones por la probabilidad y la similaridad en la misma forma.

La formación de estereotipos supone la elaboración de categorías, la asignación de un conjunto de rasgos o características a la categoría mediante un proceso de selección. Una vez que se forman impresiones, se generan expectativas respecto al posible comportamiento de la persona. El que percibe establece una relación entre la estructura de los rasgos y sus funciones, lo cual se conoce con el nombre de atribución, como complemento se realiza un juicio de carácter evaluativo sobre la persona, tal y como informan Tashima y cols. (1987) al entrevistar una población de refugiados y marginados costarricenses y Sepúlveda-Amor (1989) en México al entrevistar una muestra de mayores de 15 años, ambos grupos coinciden en cuanto a manifestar que el SIDA es una enfermedad de homosexuales.

Clarke (1988) y Douglas y Wildevysky (1982) ambos citados por Prohaska (1989) coinciden en que la gente usa la información de la cual dispone, acerca de las características de un objeto psicológico, en una taxonomía particular para decidir a donde pertenece un caso específico, de tal manera que el conocimiento acerca del SIDA que prevalece de acuerdo al grupo al que se pertenece o bien a la experiencia de conocer a alguien con SIDA involucra la proximidad social lo cual es, probablemente usado en las diferencias correspondientes en la percepción de riesgo.

Dentro del heurístico de representatividad Tversky y Kahneman describen errores o sesgos al emitir juicios, especialmente cuando se pide que juzgue la pertenencia de un objeto o evento a otro conjunto de objetos o eventos.

Los sesgos mencionados son: insensibilidad a la probabilidad anterior de resultados, insensibilidad para predecir y la ilusión de validez.

a. Insensibilidad a la probabilidad anterior de resultados

El sesgo de Insensibilidad a la probabilidad anterior de resultados se puede observar cuando se le pide a la gente evaluar la probabilidad de un evento mediante la

representatividad; la gente se olvida de las probabilidades anteriores o de la frecuencia base del porcentaje del evento. Por ejemplo Kahneman y Tversky (1982a) manipularon las probabilidades anteriores en un experimento con dos grupos; a ambos grupos se les mostraron 100 descripciones breves de la personalidad de una muestra al azar de 100 profesionistas (ingenieros y abogados). En una de las condiciones experimentales se les dijo que las descripciones habían sido tomadas en un 70% de ingenieros y un 30% de abogados. En la otra condición se invirtieron los porcentajes en las profesiones: 30% de ingenieros y 70% de abogados.

Las probabilidades de ventaja para cada profesión deberían estar dados según la condición experimental, en la primera una mayor probabilidad para los ingenieros y en la segunda una mayor probabilidad para los abogados.

Los resultados de la primera fase, la cual se llevaba a cabo en ausencia de las descripciones breves de personalidad, se les preguntaba sobre la probabilidad de que al sacar una de las descripciones perteneciera ya fuera a los ingenieros o a los abogados. Los resultados indican que ambos grupos usaron correctamente las probabilidades anteriores; es decir en el primer grupo consideraron un 70% para ingenieros y un 30% para abogados y en el segundo grupo la proporción fue calculada inversamente.

En la segunda fase, se les mostró una descripción de la personalidad creada para no llevar información relevante sobre la profesión. Luego se les pidió que indicaran la probabilidad de que el sujeto de la descripción fuera de profesión abogado o ingeniero. El impacto de la descripción fue tal, que las probabilidades anteriores fueron ignoradas, así, la probabilidad declarada en ambas condiciones experimentales para la profesión del sujeto al que pertenecía la descripción fue un .5 abogado o en un .5 de ingeniero, cuando la probabilidad inicial debería haberse mantenido.

Kahneman y Tversky (op. cit.) concluyeron que aparentemente los sujetos evaluaron la probabilidad de que la descripción perteneciera a un abogado o a un ingeniero por el grado en el cual la descripción fue representativa de los 2 estereotipos y que la gente responde diferente cuando no existe información y cuando existe información sin valor (Nisbett, Borgida, Crandall y Reed, 1982).

Muy probablemente este tipo de sesgo esté presente cuando se le pide al sujeto estimar el propio riesgo de desarrollar SIDA y el riesgo de desarrollar SIDA en aquellos grupos con el mismo patrón sexual. Si los sujetos no tuvieran información distractora o bien manejaran información actualizada estimarían igual riesgo para ellos y sus pares. Seguramente, la información proporcionada al inicio de la pandemia causó gran impacto entre la población, la cual no ha sido olvidada. Las primeras noticias sobre el SIDA en el Continente Americano, datan de 1979 resaltan la aparición casos de una rara enfermedad, para 1981, en Estados Unidos se detectan los primeros casos y para 1983 en México en ambas informaciones se menciona que una de las principales características de los sujetos enfermos es que tienen una orientación sexual homosexual.

b. Insensibilidad para predecir

El sesgo llamado Insensibilidad para predecir indica que la gente hace predicciones numéricas ya sea acerca del futuro campeón de tenis, la futura demanda de una mercancía o el posible contagio de una enfermedad mediante la representatividad. La gente predice basados en lo favorable de la descripción. Por ejemplo: Kahneman y Tversky (1982) presentaron a un grupo de sujetos varios párrafos en los cuales se describía la ejecución de estudiantes de profesor durante una lección específica. A los sujetos se les pidió evaluar la calidad de la lección descrita en percentiles; posteriormente se le pidió predecir la posición de cada uno de los estudiantes para profesor 5 años antes de la lección descrita. El juicio hecho bajo estas 2 condiciones fue idéntico; es decir, la predicción de un criterio remoto (éxito 5 años atrás) fue idéntico a la evaluación de la información en la cual se basó (la calidad de la lección práctica).

Esto estaría vinculado con el refrán mexicano que dice "haz fama y échate a dormir" o bien "desde una vez que mató... ya le decían el matón". Este sesgo indica que la gente basa sus predicciones en la representatividad o estereotipos de que dispone, las noticias al inicio de la epidemia ponían el foco de infección principalmente en el grupo de homosexuales, luego ¿quienes serán los más afectados por la enfermedad?: los homosexuales.

c. Ilusión de validez

Lo mismo sucede con el sesgo denominado Ilusión de validez, se dice que la gente frecuentemente predice mediante la selección de resultados, (p. e. una ocupación o la preferencia sexual) esto es mucho más representativo de la información de entrada (p.e. la descripción de las características de una persona: es homosexual). La confianza que los sujetos tienen al predecir depende del grado de representatividad (esto es sobre la calidad del apareamiento ante los resultados seleccionados y la información de entrada, con poca o ninguna consideración de los factores que limitan la exactitud predictiva). Por ejemplo, la gente expresa gran confianza al predecir la ocupación de una persona cuando la descripción de la personalidad que se le da de ella se aparea a los estereotipos de un bibliotecario, aunque la descripción sea breve, escasa, inconfiable o sin actualizar. La confianza entre los resultados predichos y la información de entrada pueden ser llamados ilusión de validez. Esta ilusión persiste aún cuando el juez conozca los factores que limitan la exactitud de las predicciones. Una de las limitantes para predecir que el contagio de SIDA, debería darse en función de las otras formas de contagio (transfusiones sanguíneas, de madre a hijo) o bien, que no sólo los homosexuales tienen conductas de riesgo, tales como las relaciones sexuales anales.

La consistencia interna de un patrón de entrada es un mayor determinante de la confianza en las predicciones. Por ejemplo, la gente expresa más confianza en la predicción del contagio de VIH en grupos homosexuales de quienes se sabe que fueron los grupos

más afectados (Villagrán y Díaz, 1992), sin embargo no han considerado la nueva información acerca más bien de las prácticas de riesgo que de los nuevos grupos afectados.

Los patrones considerados altamente consistentes, presentan información de entrada frecuentemente redundante, por lo cual la gente tiende a mostrar confianza en las predicciones basadas en estas variables. Sin embargo, un resultado elemental en las estadísticas de correlaciones asegura que, una mejor predicción se hará basada en varias informaciones de entrada que cuando las informaciones son redundantes o correlacionadas (Kahneman y Tversky, 1982).

2. Heurístico de la Disponibilidad

Hay situaciones en las cuales la gente evalúa la frecuencia de un evento mediante la facilidad con la cual los ejemplos u ocurrencias pueden ser traídos a la mente, es decir, mediante la **disponibilidad**. Por ejemplo, uno puede evaluar el riesgo de ataque al corazón entre la gente de media edad mediante el recuerdo de sus ocurrencias entre los conocidos. Similarmente uno puede evaluar la probabilidad de que una aventura de negocios falle mediante la imaginación de varias dificultades que podría encontrar. Este juicio heurístico es una clave útil para evaluar la frecuencia o la probabilidad, porque por ejemplo, las clases (de frecuencias) más largas usualmente se recuerdan mucho mejor y mucho más rápido que los ejemplos o casos de menos frecuencia de clases. El uso de este proceso heurístico conduce a sesgos predecibles. Disponibilidad de ejemplos o escenarios, lo cual es frecuentemente usado cuando se le pide a la gente evaluar la frecuencia de una clase o la posibilidad de un desarrollo particular; este tipo de procesos también tiene sesgos: sesgo debido a la recuperación de casos, sesgo debido a la efectividad de la búsqueda, sesgo de imaginabilidad y la correlación ilusoria.

a. Recuperación de casos

Sesgo debido a la recuperación de casos. Cuando el tamaño de una clase se juzga por la disponibilidad de sus casos, una clase cuyos casos son fácilmente recuperados parecerán más numerosas que una clase de igual frecuencia que aquellos casos que son menos recuperables. En una demostración de este efecto Tversky y Kahneman (1982) presentaron diferentes listas de hombres y mujeres famosos a diferentes grupos de sujetos. En algunas listas los hombres fueron relativamente más famosos que las mujeres y en otras a la inversa. Se les pidió que juzgaran si en las listas había más nombres de hombres que de mujeres. En cada una de las listas los sujetos juzgaron erróneamente que la clase (sexo) que tuvo más personalidades famosas fue la más numerosa. Los factores más sobresalientes afectan la recuperación de casos.

b. Efectividad de la búsqueda

Tversky y Kahneman (1982) ejemplifican el **Sesgo debido a la efectividad de una búsqueda** mediante un ejercicio en el cual se

le pide a la gente el muestreo de una letra (de 3 ó más) al azar en un texto en inglés. ¿Qué es más probable: que la palabra inicie con r o que sea la tercera letra?. La gente aborda el problema mediante el recorda: palabras que empiecen con r (road) y las palabras que tengan r en la tercera posición (car) y evalúan la relativa frecuencia mediante la facilidad con la cual las palabras de los 2 tipos vienen a la mente. Porque es mucho más fácil buscar palabras mediante su primera letra que mediante su tercera letra. Mucha gente juzga palabras que empiecen con una consonante dada para que sean más numerosas que las palabras en las cuales la misma consonante aparezca en la tercera posición.

La búsqueda de información depende también de las diferentes tareas. Galbraith y Underwood (cit. en Tversky y Khaneman, 1982) mostraron que un grupo de sujetos ante diferentes contextos, juzgaron la frecuencia de palabras abstractas mayor que la de las concretas que aparecían en igual frecuencia objetiva. Al parecer una forma natural para responder a la pregunta ¿cuáles palabras aparecen con mayor frecuencia? fue la de buscar contextos en los cuales un concepto abstracto es mencionado más que la de buscar contextos en los cuales las palabras concretas fueran mencionadas, con esto demostraron que la búsqueda de información se realizó mediante la disponibilidad del contexto en el cual las palabras aparecen.

c. La imaginación

La imaginación juega un rol importante en la evaluación de las probabilidades en situaciones de la vida real. Los riesgos involucrados en una acción se evalúan mediante las contingencias en las cuales se pueda obstaculizar la acción. Si toda esta serie de obstáculos son vívidamente representados, la acción parecerá exageradamente difícil o peligrosa de realizar, aunque la facilidad con la cual los desastres son imaginados no necesariamente reflejan la probabilidad actual. Inversamente el riesgo involucrado en una decisión puede ser ampliamente subestimado si algún posible peligro, ya sea que es difícil de concebir o simplemente no viene a la mente.

Algunas veces se tiene que evaluar la frecuencia de una clase de aquellos casos que no son almacenados en la memoria pero que pueden ser generados de acuerdo a una regla dada. En estas situaciones típicamente se generan varios ejemplos y se evalúa la frecuencia o probabilidad mediante la facilidad con la cual los casos relevantes pueden ser contruidos. Sin embargo, lo fácil de construir casos no siempre refleja su frecuencia actual y, este modo de evaluar es propenso a sesgo denominado de imaginabilidad.

d. Correlación Ilusoria

Chapman y Chapman (cit. en Tversky y Khaneman, 1982a) han descrito el sesgo de correlación ilusoria al presentar a un grupo de sujetos ingenuos información tocante a varios pacientes mentales hipotéticos. Los datos de cada paciente consistieron en un diagnóstico clínico y un dibujo de una persona hecha por los pacientes. Los sujetos debían estimar la frecuencia con la cual cada uno de los diagnósticos (tal como la parancia o sospecha) ha

sido acompañada por varios rasgos del dibujo (tal como la peculiaridad de los ojos). Los sujetos marcadamente sobreestimaron la frecuencia de la co-ocurrencia de asociación natural tal como la sospecha y peculiaridad de los ojos. Los sujetos redescubrieron mucho de lo común, pero infundadamente. La clínica tradicional dió cuenta de la interpretación de una prueba de dibujo a una persona. El efecto de Correlación Ilusoria fue extremadamente resistente a los datos contradictorios. Persistió aún cuando la correlación entre síntomas y diagnóstico fue negativo. De acuerdo a este punto de vista, la Correlación Ilusoria entre la sospecha y el dibujo peculiar de los ojos, por ejemplo, es debido al hecho de que la sospecha es más rápidamente asociada con los ojos que con cualquier otra parte del cuerpo.

En resumen, los casos con frecuencias altas se recuerdan mucho mejor y más rápido que los casos de clases menos frecuentes, asimismo estas probabilidades de ocurrencia son más factibles de imaginar que las otras improbables y las conexiones entre eventos se fortalecen cuando los eventos frecuentemente co-ocurren. Como un resultado, los hombres tienen a su disposición un procedimiento (Disponibilidad heurística) para la estimación de numerosas clases, la probabilidad de un evento o la frecuencia de co-ocurrencia, mediante la facilidad con la cual las operaciones mentales relevantes de recuperación, construcción o asociación pueden ser ejecutadas. Sin embargo, como los ejemplos anteriores han demostrado, este valioso procedimiento de estimación resulta en errores sistemáticos.

3. Heurístico Ajuste y Anclaje

Un tercer heurístico mencionado por Tversky y Khaneman (1982) es el de Ajuste y Anclaje. En muchas situaciones la gente hace estimaciones mediante el principio de un valor inicial que se ajusta a la producción de la respuesta final. El valor inicial o el punto inicial puede ser sugerido mediante la formulación de un problema o puede ser el resultado de un cómputo parcial. En cualquier caso, los ajustes son típicamente insuficientes (Slovic y Lichtenstein, 1982). Es decir, diferentes puntos iniciales producen diferentes estimaciones, los cuales son sesgados hacia los valores iniciales. Este fenómeno se denomina Anclaje.

a. Ajuste insuficiente

Al igual que los anteriores heurísticos el ajuste y anclaje también presentan sesgos. **Sesgo de Ajuste insuficiente.**

El anclaje no solamente ocurre cuando el punto inicial es conocido por los sujetos sino también cuando los sujetos basaron sus estimaciones en algún cómputo incompleto.

Un estudio de estimación numérica intuitiva ilustra este efecto. A dos grupos de preparatoria se les pidió estimar en 5 segundos una expresión numérica en el pizarrón.

Un grupo estimó el producto $8 \times 7 \times 6 \times 5 \times 4 \times 3 \times 2 \times 1$ con una $x=2$ 250 y el otro estimó el producto de manera inversa, con una $x=5$ 12.

En una rápida respuesta a tal pregunta, la gente puede ejecutar en pocas etapas el cómputo y estimar el producto

mediante la extrapolación o ajuste. Porque los ajustes son típicamente insuficientes, este procedimiento debería conducir a la subestimación. Más aún, porque el resultado de las primeras etapas de multiplicación (ejecutadas de izquierda a derecha) es más alta en la secuencia descendente que en la secuencia ascendente. La primera expresión debería ser juzgada más grande que la segunda. Ambas predicciones fueron confirmadas. La estimación media para la secuencia ascendente fue de 512 mientras que la estimación media para la secuencia descendente fue de 2250; la respuesta correcta es 40320.

b. Eventos conjuntivos y disyuntivos

Sesgo en la evaluación de eventos conjuntivos y disyuntivos. Para ilustrar este sesgo, Bar-Hillel (cit. por Kahneman y Tversky, 1982) diseñó un estudio en el que se les dió a un grupo de sujetos la oportunidad de apostar en uno de dos eventos. Se usaron tres tipos de eventos: a. un evento simple, que consistía en sacar una canica roja de una bolsa que contenía 50% rojas y 50% blancas; muy parecido a la posibilidad que se tendría de contagio de SIDA si solo se considerara el tener vida sexual y no tener, o bien el tener relaciones sexuales usando y no usando el condón; b. un evento conjuntivo, que consistía en sacar una canica roja 7 veces sucesivamente con reemplazo en la bolsa, la cual contiene 90% de canicas rojas y 10% de canicas blancas ($p=.48$) y c. un evento disyuntivo, sacar una canica roja al menos una vez en 7 veces sucesivas, con reemplazo en la bolsa, que contiene 10% de canicas rojas y 90% de canicas blancas ($p=.52$).

Los resultados indican que una significante mayoría de sujetos prefiere apostar al evento conjuntivo (en la cual la probabilidad es de .48) más que al evento simple ($p=.5$), que los sujetos también prefirieron apostar al evento simple (.5) más que al evento disyuntivo (.52). Así, muchos apuestan a eventos menos probables en ambas comparaciones.

Este patrón de elección ilustra un hallazgo general. Los estudios de elección entre jugadores y de juicios de elección indican que la gente tiende a sobre-estimar eventos conjuntivos (Cohen, Clesnick y Haron (1982) y a sub-estimar la probabilidad de eventos disyuntivos.

Estos sesgos son explicados como efectos de anclaje. La probabilidad declarada de eventos elementales (existe en cualquier etapa) provee un punto natural de inicio para la estimación de probabilidades de eventos conjuntivos y eventos disyuntivos. El ajuste a partir del punto inicial es típicamente insuficiente, la estimación final permanece también cercana a las probabilidades de los eventos elementales en ambos casos. Es de notar que la probabilidad total de un evento conjuntivo es el más bajo que el de la probabilidad de cada uno de los otros eventos, mientras la probabilidad total de un evento disyuntivo es más alto que la probabilidad de cada uno de los otros eventos. Como una consecuencia del anclaje la probabilidad total será sobre-estimada en los problemas conjuntivos y sub-estimada en los problemas disyuntivos.

Como en el ejemplo de un sistema complejo, como un reactor nuclear o un cuerpo humano, malfunctionará si cualquiera de sus

componentes esenciales falla aún cuando la probabilidad de falla de cada uno de los componentes sea leve, la probabilidad de una falla total puede ser alta si cualquiera de sus componentes están involucrados.

Cada uno de los sesgos mencionados anterioridad, podrían dar un poco de luz al porqué la gente sigue colocándose en situaciones de riesgo de contagio de SIDA. Es probable que la información proporcionada al inicio de la epidemia causara un impacto tan desproporcionado que actualmente resulta difícil corregir el rumbo, por ejemplo, el sesgo denominado insensibilidad a la probabilidad anterior de resultados, nos remonta a los primeros años de la enfermedad, cuando la información diseminada fue dirigida más hacia el SIDA como una enfermedad de homosexuales que como una enfermedad del género humano; al mencionar el dato acerca de las orientaciones sexuales de los enfermos, la información fue más desinformativa, ya que la gente mediante su capacidad para formar estereotipos, adjudicó como una de las características de la homosexualidad el SIDA.

Es verdad que una de las características de los enfermos de SIDA fue su orientación homosexual, pero podría haberse generalizado también la edad de los sujetos o, en un caso exagerado su calidad de migrantes, pero el dato que se presentó con mayor regularidad fue la homosexualidad, así que ésto creó una ilusión de validez que permite a mucha gente, predecir con poca exactitud posibles casos de SIDA. Sin lugar a dudas, la disponibilidad de información es perturbadora para predecir la futura aparición de un evento; existe en el humano formas naturales de almacenar grandes cantidades de información, así, de un conjunto de características que presentan una serie de eventos de la misma naturaleza (enfermos de SIDA) como por ejemplo: el género, la edad, el color de la piel, la estatura o si fuman por mencionar algunas características, algunas presentaron mayores frecuencias que, para este particular problema fue la homosexualidad, esta frecuencia con que se presentó la característica de homosexualidad, entorpece a futuro las buenas predicciones. La correlación entre enfermos de SIDA y homosexualidad fue alta, pero, muy pronto esta correlación ha sido ilusoria.

Por otra parte, si el contagio fuera solo a través del contacto sexual y se colocara a los sujetos en una situación en donde se les pidiera estimar el probable contagio tomando en consideración sólo si ha tenido contacto sexual o no, la estimación debería hacerse a un .5 para el posible contagio y un cuenta que las posibilidades de contagio aumentan mientras más contactos sexuales se tienen, la estimación del posible contagio deberían aumentar. De tal manera, que los individuos al estimar la probabilidad de un evento, lo hacen considerando una situación a a la vez, por ejemplo: un solo contacto sexual.

Mediante los sesgos es posible explicar o entender algunos de los procesos cognoscitivos que llevan a la gente a predecir erróneamente un posible suceso, ya sea sólo para estimar el probable contagio de SIDA, o bien a para tomar decisiones que comprometen su integridad física, como el tener relaciones sexuales sin tomar medidas preventivas.

Después de toda una serie de procesos, se llega a un punto

en donde es necesario tomar una decisión, ya sea a nivel verbal o bien a nivel de ejecución, se llega a la segunda fase en la toma de decisión:

B. EL ACTO DE LA DECISION (León, 1987)

Janis (cit. en Mann, 1990) dice que una decisión es "toda acción verbal manifiesta (respuesta) socialmente definida por un compromiso a llevar a una tarea específica o a adoptar una línea de conducta determinada en el futuro. En esta etapa el sujeto anuncia la elección que ha satisfecho sus necesidades.

Mann (1990) opina que la base más probable de selección es la utilitaria, esto es, aquella que tendrá las máximas ganancias o bien, lo que Simon (cit. en Mann, 1990) denominó como una fórmula "conveniente" o "suficientemente buena".

IV. MODELOS TEORICOS PROPUESTOS PARA LA PREDICCION DE LA PERCEPCION DE RIESGO DE DESARROLLAR SIDA Y PARA PREDECIR EL USO DEL CONDÓN.

En el presente trabajo se pretende conocer algunas de las variables que podrían arrojar luz al fenómeno de la percepción de riesgo, como un factor determinante en la exposición a situaciones de riesgo y por otra parte, dar cuenta del uso del condón, como uno de las recomendaciones profilácticas para disminuir las probabilidades de contagio y así evitar que el VIH se continúe diseminando. De tal manera, que se reunieron una serie de variables descritas en los informes epidemiológicos sobre las características de los enfermos de SIDA y seropositivos:

1. Factores Sociodemográficos:
 - a. Género
 - b. Semestre
 - c. Carrera

Otras consideradas directamente relacionadas y que aumentan la probabilidad de contagio de VIH por vía sexual:

2. Patrón Sexual, que incluye:
 - a. Inicio a la vida sexual
 - b. edad de inicio a la vida sexual
 - c. Orientación sexual
 - d. Número de parejas sexuales tenidas en toda la vida
3. Frecuencia de uso del condón
 - a. Con pareja sexual regular
 - b. Con pareja sexual ocasional

y Factores Psicosociales que se asocian a las conductas de riesgo:

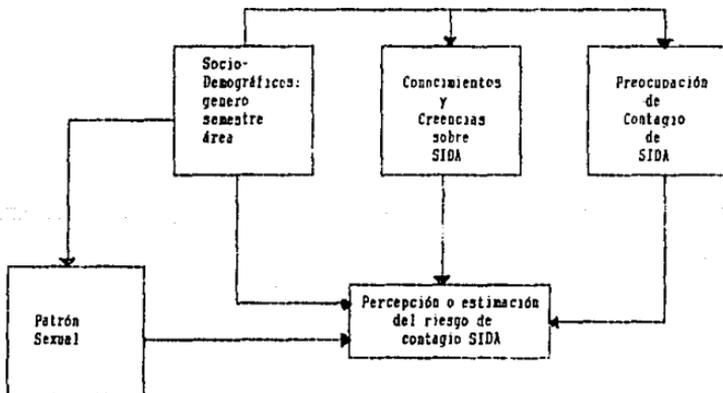
4. Conocimientos y Creencias sobre el SIDA
5. Actitudes y creencias hacia el condón

6. Auto percepción de riesgo
7. Preocupación de contagio

Con este conjunto de variables se pretende integrar tres modelos explicativos:

1) El Modelo de Percepción de Riesgo (Fig. 1). Para la organización y dirección de las variables se parte de los conocimientos sobre SIDA; el conocimiento basado en lo que dice Bayés (1989): los conocimientos son necesarios pero no indispensables para el cambio de conducta, se considera como un factor importante para preocuparse del contagio y para percibirse en riesgo, ("quién nada conoce nada teme"), pero también en cierta medida el conocimiento está supeditado al grado escolar y al área en que se ubican (variables sociodemográficas), ya que es más probable que según el semestre o el área, se tengan mas o menos conocimientos sobre el SIDA. Por su parte el Patrón sexual dependerá en gran medida, especialmente en la población estudiada (Díaz-Guerrero, 1982; Pick, Díaz-Loving y Andrade Palos, 1988 y Villagrán-Vázquez, 1990) de las variables sociodemográficas; pero, dependiendo del patrón sexual, también dependerá la percepción de riesgo de desarrollar SIDA, que dependerá también de los conocimientos sobre el tema.

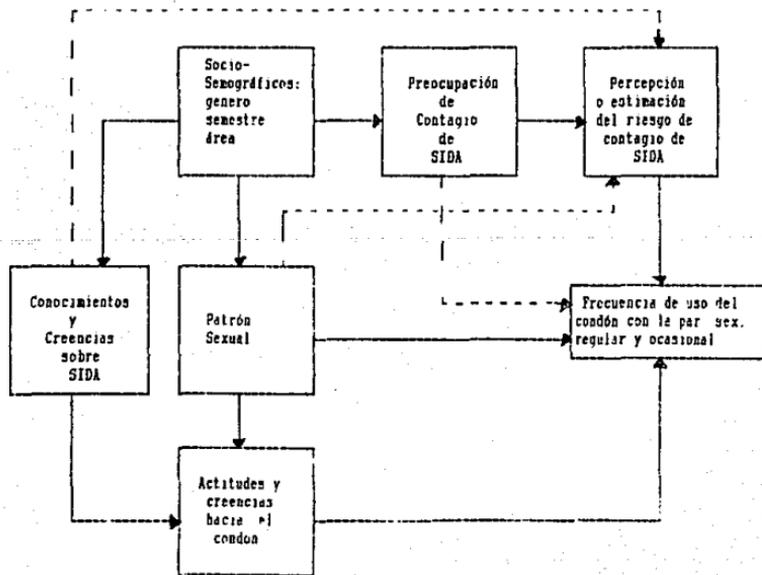
Figura 1. Modelo Predictivo de la Percepción de Riesgo de contagio de SIDA.



Se consideran también dos modelos sobre: 2) El Modelo de Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular y. 3) El Modelo de Frecuencia de uso del condón con la pareja ocasional, probados para la población sexualmente activa (Fig. 2).

En estos Modelos se considera las variables sociodemográficas como factores de gran influencia sobre el conocimiento y el patrón sexual; retomando nuevamente a Bayes sobre el conocimiento como importante, pero no indispensable, pero también a Fishbein, quien considera que el conocimiento es un punto inicial para las actitudes hacia un objeto psicológico, que en este caso es el condón; la percepción de riesgo y la preocupación de contagio como puntos importantes para la emisión de la conducta (frecuencia de uso de condón con la pareja sexual regular y la ocasional). Si los sujetos conocen del SIDA, han iniciado su vida sexual, es probable que se sientan preocupados por contagio de SIDA y se perciban en riesgo, especialmente si no han usado el condón para reducir las posibilidades de contagio; si sus creencias y actitudes hacia el condón son adecuadas y se encaminan positivamente, es más probable que lo usen.

Figura 2. Modelo Explicativo de la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular y ocasional.



S E G U N D A P A R T E

Objetivo General

Analizar una serie de variables epidemiológicas y psicológicas en relación a la autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA, así como obtener información que conduzca a la determinación de cuales variables conducen a la realización de conductas preventivas asociadas al contagio de VIH por vía sexual tales como el uso del condón.

Objetivos Especificos

1. Probar la magnitud de influencia de variables de clasificación y psicosociales sobre la autopercepción de riesgo a partir del modelo teórico planteado.

2. Probar la magnitud de influencia de variables de clasificación y psicosociales sobre la frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular.

3. Probar la magnitud de influencia de variables de clasificación y psicosociales sobre la frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional.

Definición conceptual y Operacional de las variables

Variables de Clasificación

I. Factores sociodemográficos

A. Género. Variable atributiva, con dos niveles:.

- Hombre
- Mujer

B. Semestre. Grado escolar que cursa al momento de la entrevista. Variable atributiva, con tres niveles:

- 2o.
- 6o.
- 8o.

C. Carrera. Area de estudios profesionales que cursa al momento de la entrevista. Se agruparon las 25 profesiones en 6 áreas. Variable atributiva, con 6 niveles:

- Económico-Administrativa
- Ciencias
- Humanística
- Médica
- De la construcción
- Ciencias Sociales

II. Patrón sexual, que comprende:

- A. Su estatus sexual, variable atributiva, con dos niveles:
 - No ha tenido coito.
 - Si ha tenido coito.
- B. Edad al Debut Sexual: Se refiere a la edad en años al momento de tener su primer coito. Variable categórica.
- C. Orientación sexual: se refiere a la preferencia de género para tener coito. Variable dicotómica (nominal) con dos niveles:
 - Heterosexual.
 - Homo-bisexual.
- D. Número de parejas sexuales tenidas en toda la vida, se refiere al número de personas con las que ha tenido coito en toda su vida. Es una variable categórica.

Variables Predictoras

- III. Creencias y Conocimientos sobre SIDA: Se refiere a la información tanto documentada como la surgida de los grupos a los que pertenece; que el sujeto maneja sobre el SIDA, medida mediante la respuesta dada a preguntas abiertas (concepto y formas de transmisión) y a preguntas cerradas en cuanto al grado de acuerdo y desacuerdo con premisas planteadas (escala de 1 a 3), este tipo de evaluación se llevó a cabo con las preguntas sobre diversas situaciones de contagio de SIDA.
- IV. Preocupación de contagio de SIDA, será la estimación de su preocupación de contagio personal medida a partir de la respuesta dada a su grado de preocupación en una escala de (de 1 a 3) que va de nada de riesgo hasta mucho riesgo.
- V. Actitudes y creencias hacia el Condón. Predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable el condón. Creencias se refiere a la información que el sujeto maneja a partir de su experiencia directa con el objeto psicológico, a partir de inferencias o bien a partir de la proporcionada por otros miembros de su grupo. Ambas serán evaluadas a partir de la respuesta dada a una serie de afirmaciones en donde el sujeto deberá manifestar su acuerdo (1) o desacuerdo (2).

Variables Dependientes

- A. Autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA: será la estimación del riesgo de contagio de VIH, que será medida a

partir de la respuesta dada al grado de percepción de riesgo en una escala de (de 1 a 3) que va de nada de riesgo hasta mucho riesgo. Es una variable categórica. Esta variable será dependiente o independiente dependiendo del modelo a probar.

- B. Percepción de riesgo de desarrollar SIDA en otros grupos.** Será la estimación del riesgo de contagio de VIH de grupos con prácticas sexuales diversas que será medida a partir de la respuesta dada al grado de percepción de riesgo en una escala de (de 1 a 3) que va de nada de riesgo hasta mucho riesgo. Esta variable será dependiente o independiente.
- C. Frecuencia de uso del condón:** Se refiere a la continuidad en el uso del condón durante el coito, tanto con la pareja sexual regular como con la ocasional. Es una variable categórica que se medirá mediante la respuesta dada al grado de uso en una escala que va de 1 siempre a 3 nunca.

METODO

Tipo de Estudio.

Descriptivo Epidemiológico, porque nos permitirá tener un mayor conocimiento sobre los patrones de conducta sexual asociados con el riesgo de contagio de SIDA por vía sexual en estudiantes universitarios.

Correlacional-Expostfacto ya que se busca la interrelación entre una serie de variables que ya sucedieron.

Sujetos

Se encuestaron 3064 estudiantes de licenciatura de la U.N.A.M., son una muestra representativa con una probabilidad de error $<.05$. Se establecieron cuotas por sexo, semestre y carrera. La selección dentro de sexo, semestre y carrera fue aleatoria.

Escenario

Las aulas de 25 Carreras ofrecidas dentro del Campus Universitario. U.N.A.M.

Instrumento

El cuestionario para este estudio, se elaboró a partir de un marco teórico que concibe al SIDA desde una perspectiva multicausal, se usaron también los indicadores utilizados por la Organización Mundial de la Salud y el CONASIDA para la investigación sobre SIDA y sexualidad. El instrumento general lo constituyen 113 reactivos, los cuales estaban divididos en las siguientes áreas: a. Datos generales, b. Vida sexual, c. Anticoncepción y uso del condón, d. Creencias y actitudes hacia el condón, e. Información y actitudes hacia el SIDA, f. Enfermedades sexualmente transmisibles, g. Inyecciones y h. Drogas. Para el presente informe, se seleccionaron solo algunos de los reactivos relacionados con: a. Datos sociodemográficos (3 reactivos), b. Vida sexual o prácticas sexuales (4 reactivos), c. Conocimientos y creencias sobre SIDA (23 reactivos), d. Autopercepción de riesgo de contraer SIDA (1 reactivo), e. Percepción de riesgo de desarrollar SIDA en grupos con prácticas sexuales diversas (9 reactivos), f. Preocupación de contagio (1 reactivo), g. Actitudes y creencias hacia el condón (3 reactivos sobre creencias y 8 sobre actitudes), h. Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular (2 reactivos), i. Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional (2 reactivos) (Anexo 2).

La encuesta se autoadministró, las respuestas de los sujetos fueron anónimas y confidenciales. La duración aproximada de aplicación fue de 45 minutos.

Procedimiento

La aplicación del instrumento a los grupos se hizo en forma grupal y aleatoria. Al momento de entregar el cuestionario se les proporcionó la siguiente información:

"Las respuestas a este cuestionario son anónimas y confidenciales, ya que se plantean preguntas personales e íntimas. Les suplicamos lo contesten de manera individual".

Análisis de datos

A. Descriptivos. Se aplicaron χ^2 y ANOVAS para dar cuenta de las variaciones y asociaciones existentes entre las variables de: el Patrón sexual y las variables sociodemográficas.

B. Construcción de Escalas.

1. Escala de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA.

- Se obtuvo la distribución de frecuencias de los reactivos para llevar a cabo la discriminación.
- Se formaron 4 subescalas con una base conceptual, luego se calculó nuevamente un Alfa de Cronbach para conocer la consistencia interna de la escala total.
- Correlación de Pearson entre cada una de las subescalas y la escala total. Se creó un índice total de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA.

C. Escala de Actitudes y creencias hacia el condón

- Clasificación de los reactivos en dos subescalas con una base conceptual: de actitudes y de creencias.
- Análisis Factorial (rotación varimax) para cada una de las subescalas, para establecer validez de constructo y, obtener las dimensiones que conforman a cada una de las subescalas una vez obtenidos las dimensiones, se calculó Alfa de Cronbach para conocer la consistencia interna de la escala total.
- Debido a la baja consistencia interna de la escala, se decidió trabajar con cada uno de los reactivos de manera independiente.

D. Para apoyar los resultados de las regresiones, se calcularon Análisis de clasificación múltiple para dar cuenta de las variaciones existentes en las variables psicosociales (Autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA, Preocupación del contagio de SIDA, Escala de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA en relación con las variables de clasificación: el Patrón sexual y sociodemográficas. Se comparan los resultados entre los iniciados y no sexualmente.

- En los casos en los que la F de los ANOVAS fue significativa, se aplicaron pruebas post-hoc (Scheffé).

Para los reactivos de sobre Actitudes y Creencias hacia el condón, se decidió calcular X^2 para cada uno de los reactivos, para conocer la asociación entre cada uno de los reactivos de las actitudes y creencias hacia el condón y las variables sociodemográficas y las del patrón sexual, específicamente la del Estatus sexual y las variables sociodemográficas.

E. Correlaciones

- Correlación de Pearson entre la variable criterio: Autopercepción de Riesgo y las variables: Preocupación del contagio de SIDA, Escala de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA.
- Correlación de Pearson entre la variable criterio: Frecuencia de uso del condón y las variables predictoras: Autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA, Preocupación del contagio de SIDA, Escala de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA y la Escala de Actitudes y Creencias hacia el condón. Para llevar a cabo esta correlación, solo se trabajó con la población sexualmente activa.
- Correlación entre las variables psicosociales para conocer su relación.

F. Análisis de Regresión.

1. A fin de probar el modelo teórico sobre la Autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA (variable criterio), se corrió un Análisis de Regresión Múltiple de trayectoria paso a paso, para el total de la población, teniendo como variables predictoras aquellas psicosociales que obtuvieron una correlación significativa con la variable criterio y los factores sociodemográficos: género, semestre y área y las correspondientes al patrón sexual: estatus sexual, edad al debut sexual, número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y preferencia sexual. Para el análisis de regresión, las variables sociodemográficas, estatus sexual y preferencia sexual fueron recodificadas por contraste (1,-1) (Keppel y Zedeck, 1990).

2. A fin de probar el modelo teórico sobre la Frecuencia de uso de condón tanto con la pareja sexual regular como con la ocasional (variables criterio), se corrieron un par de análisis de regresión múltiple de trayectoria paso a paso (stepwise), teniendo como variables predictoras las variables psicosociales que obtuvieron una correlación estadísticamente significativa con las variables criterio, se introdujeron también las variables del patrón sexual (edad de inicio a las relaciones sexuales, número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y orientación sexual), las variables sociodemográficas y la correspondiente a la preferencia sexual se recodificaron por contraste para el análisis (Keppel y Zedeck, 1990).

T E R C E R A P A R T E

RESULTADOS

I. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Los 3064 estudiantes entrevistados son una muestra representativa a nivel licenciatura del Campus Universitario de la U.N.A.M., 1513 (49.4%) hombres y 1551 (50.6%) mujeres; de los semestres 2o. 1054 (34.4%), 6o. 1011 (33%) y 8o. 999 (32.6%); de 25 carreras, que fueron divididas en 6 áreas para su estudio:

1) Económico-Administrativas, dentro de ésta, se asignaron a las carreras de: Economía, Administración y Contaduría: 523 (17.1%).

2) Ciencias, en ésta se agruparon: Biología, Matemáticas, Física y Químicas: 505 (16.5%).

3) Humanidades, que incluye: Derecho, Letras, Filosofía y Pedagogía: 537 (17.5%).

4) Médicas, que incluye: Enfermería, Medicina, Veterinaria y Odontología: 505 (16.5%).

5) De la construcción, la cual agrupa: Arquitectura, Ingeniería Mecánica, Ingeniería Civil y Artes Plásticas: 504 (16.4%).

6) Ciencias Sociales, la cual incluye: Psicología, Sociología, Ciencias Políticas, Relaciones Internacionales, Comunicación y Trabajo Social: 490 (16%).

II. DESCRIPCION DEL PATRON SEXUAL.

A. Inicio Sexual.

Se analizaron los datos del debut sexual por género, semestre y área de estudio.

De los 3064 estudiantes entrevistados, se encontró que 1628 (53.2%) han tenido al menos un coito; en la Tabla 1 se puede observar que más hombres (67.3%) que mujeres (32.7%) se han iniciado sexualmente y que estas diferentes proporciones son estadísticamente significativas ($X^2=8.49$ y $p<.01$); también se puede observar que el género y el semestre se encuentran asociados ($X^2=9.26$ y una $p=.009$), la proporción de iniciados sexualmente aumenta a lo largo de los semestres; en cuanto a género y semestre, no se encontró asociación significativa.

Tabla 1. Inicio sexual por género y semestre.

SEMESTRE	2o.		6o.		8o.		TOTAL	
	No.	I	No.	I	No.	I	No.	I
HOMBRES	320	70.8	379	69.5	352	63.0	1097	67.4
MUJERES	132	29.2	166	30.5	233	37.1	531	32.6
TOTAL	452	100.0	545	100.0	631	100.0	1628	100.0

Género: $\chi^2=5.49$ y $p=5.01$.
Semestre y Género: $\chi^2=9.26$ y $p=.009$

En la Tabla 2, se puede observar que el inicio sexual por semestre y área presenta una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=26.94$ y $p=.002$); una proporción mayor de estudiantes del 2o. semestre del área Médica y más estudiantes de 6o. y 8o. semestres del área de Ciencias Sociales se iniciaron sexualmente en comparación con semestres similares del resto de las áreas.

Tabla 2. Inicio sexual por área y semestre.

SEMESTRE	2o.		6o.		8o.		TOTAL	
	No.	I	No.	I	No.	I	No.	I
ECON-ADVA.	72	4.4	91	5.0	106	6.5	259	15.9
CIENCIAS	58	3.6	74	4.5	101	6.2	233	14.3
HUMANIST.	76	4.7	101	6.1	109	6.7	286	17.5
MEDICAS	105	6.5	85	5.2	79	4.9	269	16.5
CONSTRUCC.	70	4.3	93	5.7	102	6.3	265	16.3
C.SOCIALES	71	4.4	111	6.8	134	8.2	316	19.4
TOTAL	452	27.8	545	33.4	631	38.8	1628	100.0

Área y Semestre: $\chi^2=26.94$ y $p=.002$

B. Edad al Debut Sexual.

Se corrió un análisis de clasificación múltiple de tres vías para dar cuenta de la Edad al Debut sexual, es decir edad en la que tuvieron su primer coito (variable dependiente) dentro de los factores sociodemográficos: género, semestre y área (variables de clasificación).

El análisis de efectos principales indica, como se puede observar en la Tabla 3 que la Edad al Debut sexual presenta por género diferencias estadísticamente significativas ($F_{1,1572}=269.29$ y $p<.001$), los hombres ($\bar{X}=17$ años) se inician a más temprana edad que las mujeres ($\bar{X}=19$ años), asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por semestre ($F_{2,1572}=30.87$ y $p<.001$), con promedios de edad al debut sexual para 2o, 6o. y 8o. semestres: 17, 18 y 19 años respectivamente.

Tabla 3. Análisis de clasificación múltiple por edad al debut sexual y las variables socio-demográficas.

FUENTE DE VARIANZA	S.C	gl	M.C.	F	p
GENERO	1549.7	1	1549.7	269.29	.001
SEMESTRE	355.3	2	177.6	30.87	.001
TOTAL	11135.1	1572	7.0	---	---

Para conocer la magnitud de las diferencias por semestre en cuanto a la edad del inicio sexual, se corrieron pruebas post-hoc (Scheffé), las cuales indicaron diferencias significativas ($F_{2,1572}=36.34$ y $p<.001$), la edad de inicio sexual entre los estudiantes de 2o semestre es menor que la de los de 6o. y 8o. y la edad de inicio sexual de los de 6o. semestre es significativamente menor que las de 8o. semestre.

C. Número de parejas sexuales tenidas en toda la vida.

Otro punto a destacar en la transmisión de VIH mencionado por la literatura como un factor importante que aumenta las probabilidades de contagio se refiere al número de parejas que se han tenido en toda la vida, ya que mientras más parejas sexuales se tengan, mayor es la probabilidad de contagio.

Para conocer si existen diferencias en cuanto al número de parejas tenidas en toda la vida (variable dependiente), se corrió un Análisis de clasificación Múltiple de 3 vías, en las que se consideró el género, el semestre y el área como variables de clasificación. Los resultados del análisis se muestran en la Tabla 4, en ella se pueden observar que existen diferencias estadísticamente significativas por género, ($F_{1,1587}=137.154$, $p<.001$); los hombres ($\bar{X}=3.7$) tienen más parejas sexuales que las mujeres ($\bar{X}=1.9$), también se encontró una diferencia marginal ($F_{2,1587}=4.075$, $p=.06$) entre los semestres, con medias para el 2o., 6o. y 8o. semestres de: 2.73, 2.86 y 2.95 parejas tenidas sexuales tenidas en toda la vida.

Tabla 4. Análisis de clasificación múltiple por el número de parejas sexuales tenidas en toda la vida.

FUENTE DE VARIANZA	S.C	qi	M.C.	F	p
GENERO	721.443	1	721.443	137.154	.001
TOTAL	9093.97	1587	5.730	---	---

D. Preferencia Sexual.

Las preferencias sexuales fueron señaladas por 1500 estudiantes sexualmente activos. En la Tabla 5 se muestran las frecuencias de las preferencias sexuales por género, las cuales presentan una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=8.25$ y $p=.004$). La población es mayoritariamente heterosexual los hombres en un 94.1% y un 97.4% de mujeres; sin embargo, un 4% de la población masculina indican una preferencia bisexual (4%) que proporcionalmente es el doble de la homosexual (2%).

Tabla 5. Análisis de las preferencias sexuales por género.

PREFERENCIA SEXUAL GENERO	ETEROSEXUAL No. %	BISEXUAL No. %	HOMOSEXUAL No. %
HOMBRES	94.1 1000 57.9	4 2.7	2 1.3
MUJERES	97.4 489 31.3	7 4	5 1.4
SUBTOTAL	-	49	28
TOTAL	95.1 1489 100.0	HOMO-BIS 77	

$$\chi^2=8.25 \quad p = .004$$

En la misma tabla se observan las preferencias sexuales del género femenino: 1.4% de las cuales indican una preferencia bisexual, muy cercana a la proporción de las que indican preferencia homosexual (1.2%).

Para posteriores análisis los grupos con orientación homosexual y bisexual se agruparon en uno solo denominado homo-bisexual, esto debido al bajo número que se presentaron en las casillas correspondientes.

El análisis de la orientación sexual por semestre, que se muestra en la Tabla 6, arroja una asociación marginal ($\chi^2=5.13$ y

$p=.07$) en ella se puede observar que la población homo-bisexual va en aumento mientras más se avanza en los semestres.

Tabla 6. Análisis de las preferencias sexuales por semestre.

PREFERENCIA SEXUAL SEMESTRE	HETEROSEXUAL		HOMO-BISEX		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
2o.	418	97.0	13	3.0	431	100.0
6o.	499	94.9	27	5.1	526	100.0
8o.	572	94.1	37	5.9	609	100.0

$$\chi^2 = 5.13 \quad p = .07$$

En el análisis de preferencia sexual por área que se muestra en la Tabla 7, encontramos una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=16.67$, $p=.005$): en ella se puede observar que 7.8 % de estudiantes del Área de Ciencias Sociales y 7.4% de estudiantes del Área de Humanidades indicaron una orientación homo-bisexual; ambas son proporcionalmente mayores que las mostradas por el resto de las áreas; es posible también agrupar a las áreas Económico-Administrativas y de la Construcción en un grupo intermedio, cuyas proporciones de orientación homo-bisexual se encuentran en un porcentaje no mayor de 4.5% aproximadamente y un tercer grupo, cuyas proporciones de preferencias homo-bisexuales son las más bajas: Médicas y Ciencias con una proporción no mayor del 2.3%.

Tabla 7. Análisis de las preferencias sexuales por área.

OR. SEXUAL	HETEROSEXUAL		HOMO-BISEX	
AREA	No.	%	No.	%
C. SOCIALES	283	92.2	24	7.8
HUMANIST.	251	92.6	20	7.4
ECON-ADVA.	235	95.5	11	4.5
CONSTRUCC.	245	95.7	11	4.3
MEDICAS	254	97.7	6	2.3
CIENCIAS	221	97.6	5	2.2

$$\chi^2 = 16.67 \quad p = .005$$

III. CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS.

Construcción y análisis de la Escala de Creencias y Conocimientos sobre el SIDA.

A. Escala de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA.

De los 23 reactivos de la Escala, se eliminaron 8, que no discriminaron mediante X^2 calculada por género, semestre, área y estatus sexual.

Una de las preguntas que inicialmente constituyeron el cuestionario y que se mantuvieron fuera de la Escala total por no discriminar se referían a: ¿Qué es el SIDA?; a esta pregunta respondieron en un 11% que se trataba de una enfermedad que se daba en algunas personas por algunas prácticas; un 74.7% señalaron que era una enfermedad venérea mortal, contagiosa, infecciosa o bien que se trataba de un virus que debilita las defensas y un 14.4% indicaron que era un Síndrome producido por un virus que debilita las defensas y hace más vulnerable a las enfermedades. Otra de las preguntas se refería al conocimiento de las formas de transmisión; un 95.6% sabían de la transmisión por vía sexual, 83.9% sabían de la transmisión por agujas contaminadas o bien por transfusión de sangre y hemoderivados y sólo un 18.6% sabían de la transmisión por vía placentaria.

La Tabla B muestra la Escala final de Conocimientos y Creencias sobre SIDA, la cual fue organizada con una base conceptual en tres subescalas: 1) conocimientos sobre la transmisión bajo situación sexuales de riesgo, 2) la relacionada con formas de transmisión no documentadas, 3) la relacionada con sintomatología y transmisión y dos índices relacionados con la donación y transfusión sanguíneas. Se muestra la correlación de cada subescala con la escala total, las cuales estuvieron arriba de .30, con una $p < .001$.

La consistencia interna de la Escala total fue de $\text{Alfa} = .67$.

Con base en la anterior información se creó un calificación total de conocimientos y creencias sobre el SIDA, en el que a mayor calificación corresponde más conocimientos y creencias correctas sobre SIDA.

Construcción y análisis de la Escala de Actitudes y Creencias hacia el condón.

B. Escala de Actitudes y Creencias hacia el condón.

La escala está compuesta por una subescala de actitudes y una subescala de creencias. Se llevaron a cabo de manera independiente análisis para cada una de ellas. Con la finalidad de conocer la estructura y consistencia interna, se corrió un análisis factorial varimax y Alfa de Cronbach. Tanto los análisis factoriales como los de consistencia interna muestran índices bajos, por lo que se decidió tomar cada reactivo como un indicador para la realización de posteriores, los reactivos considerados para los análisis se pueden observar en el Cuadro 1.

Tabla 6. Subescalas del Instrumento de Conocimientos, consistencia interna y su correlación.

<p>1) SUBESCALA SOBRE PRACTICAS DE RIESGO $\bar{X}=14$ rango 5-15</p> <p>1. Tener relaciones sexuales anales sin usar preservativo o condón. 2. Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo (condón). 3. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo o condón. 4. Tener relaciones sexuales con muchas personas. 5. Usar agujas o jeringas usadas sin esterilizarlas previamente.</p>
<p>2) SUBESCALA SOBRE LAS FORMAS DE TRANSMISION NO DOCUMENTADAS $\bar{X}=13$ rango 5-15</p> <p>1. Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA. 2. Jugar con un niño que tiene SIDA. 3. Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA. 4. Usar baños públicos. 5. Nadar en albercas publicas.</p>
<p>3) SUBESCALA SOBRE SINTOMAS Y TRANSMISION $\bar{X}= 7$ rango 3-8</p> <p>1. Uso de agujas contaminadas. 2. Es posible que una persona contagiada por el virus que causa el SIDA no muestre los síntomas de la enfermedad? 3. Una persona que no presenta los síntomas de la enfermedad y tiene el virus que causa el SIDA, puede contagiar a otra persona?</p>
<p>4) INDICES SOBRE TRANSMISION $\bar{X}= 3$ rango 2-4</p> <p>1. Donar sangre. 2. Recibir una transfusion sanguinea en el hospital</p>

Cuadro 1. Escala de Actitudes y Creencias hacia el condón.

Actitudes. Desventajas usarlo y motivación por complacer.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Los preservativos o condones van en contra de mi religión. 2. El precio de los preservativos o condones es muy alto para usarlos con frecuencia. 3. Los preservativos o condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales. 4. Yo aceptaría el uso de preservativo o condón si mi pareja se lo pidiera.
Creencias. Utilidad y facilidad del uso.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Los preservativos o condones son útiles para prevenir el embarazo si se utilizan correctamente. 2. Los preservativos o condones son fáciles de usar. 3. Los preservativos o condones hacen que el hombre pierda erección.

IV. ANALISIS DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES.

A. Autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA.

Con la finalidad de conocer la autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA (rango 1-3) que tienen los estudiantes en relación con las variables sociodemográficas: género, semestre y área y la variable del patrón sexual: estatus sexual (variables independientes), se corrió un análisis de clasificación múltiple de cuatro vías. Los resultados que se muestran en la Tabla 9, indica en los efectos principales diferencias estadísticamente significativas por género ($F_{1,2936}=4.88$ y $p=.0001$) es decir, los hombres ($\bar{X}=1.35$) se perciben con mayor riesgo que las mujeres ($\bar{X}=1.26$); por área ($F_{5,2936}=3.28$ y $p=.006$) y por Estatus sexual ($F_{1,2936}=9.55$ y $p=.002$), en donde los iniciados sexualmente ($\bar{X}=1.35$) se perciben con mayor riesgo que los que no se han iniciado sexualmente ($\bar{X}=1.26$). En la misma Tabla, también se pueden observar efectos en la interacciones de género y Estatus sexual ($F_{1,2936}=3.62$ y $p=.05$) e interacción entre semestre y Estatus sexual ($F_{1,2936}=2.97$ y $p=.05$). Los grupos de 2o., 6o. y 8o. semestres presentan en autopercepción de riesgo, las siguientes medias: 1.28, 1.32 y 1.34 respectivamente.

Posteriormente para conocer cuales áreas son las que provocan las diferencias en la Autopercepción de riesgo, se aplicó una prueba post-hoc (Scheffé), la cual indica que existen diferencias estadísticamente significativas ($F_{5,2936}=3.56$ y $p=.003$) entre los estudiantes del área Médica ($\bar{X}=1.24$) quienes se perciben con menos riesgo que los del área de Ciencias Sociales ($\bar{X}=1.36$).

Tabla 9. Análisis de clasificación múltiple de la autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA.

FUENTE DE VARIANZA	S.C	gl	M.C.	F	p
GENERO	1.138	1	1.138	4.00	.04
AREA	4.677	5	.935	3.28	.006
ESTATUS SEXUAL	2.718	1	2.718	9.55	.002
GENERO Y EST. SEX.	1.032	5	1.032	3.62	.05
SEMESTRE Y EST. SEX.	1.69	2	.845	2.97	.05
T O T A L	846.691	2936	.288	---	---

Tomando en cuenta que el Estatus sexual es una variable del patrón sexual que presenta variación estadísticamente significativa en la Autopercepción de riesgo, a continuación se presenta un análisis más detallado de la Autopercepción de riesgo en la población sexualmente activa relacionada con: 1. el patrón sexual: edad al debut sexual, número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y orientación sexual y, 2. una comparación entre la Autopercepción de riesgo y la percepción de riesgo del grupo al que pertenece el sujeto por su patrón sexual.

1. Autopercepción de riesgo y patrón sexual (población sexualmente activa: 1628 estudiantes).

Se formaron grupos en las variables: a. Edad al debut sexual: de 10 a 16 años (31.2%), de 17 a 18 años (34.1%) y de 19 a 27 años (34.7%) y, b. Número de parejas sexuales tenidas en toda la vida: 1 pareja (41.2%), de 2 y 3 pareja (31.4%) y de 4 o más parejas (27.4%).

Con la finalidad de conocer la autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA que tienen los estudiantes en relación con las variables del patrón sexual: edad al debut sexual y número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y orientación sexual (variables independientes), se corrió un Anova de clasificación múltiple de tres vías. Los resultados que se muestran en la Tabla 10, indican en los efectos principales variaciones estadísticamente significativas en la autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA por el número de parejas sexuales tenidas en toda la vida ($F_{2,1438}=7.714$ y $p=.0001$), se encontraron también variaciones en las interacciones entre la Edad al debut sexual y el número de parejas sexuales tenidas en toda la vida ($F_{4,1438}=4.275$ y $p=.002$) y variaciones en la interacción de la edad al debut sexual y la orientación sexual ($F_{2,1438}=3.194$ y $p=.04$).

Tabla 10. Análisis de clasificación múltiple de la autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA en la población sexualmente activa.

FUENTE DE VARIANZA	S.C	gl	M.C.	F	p
NUM. PAR. SEX.	4.49	2	2.249	7.71	.0001
DEB. SEX Y NUM.PAR	4.98	4	1.246	4.27	.002
DEB. SEX Y DR. SEX	1.86	2	.931	3.19	.041
T O T A L	430.07	1438	.299	- - -	- - -

Para conocer la magnitud de las diferencias entre los grupos formados por el número de parejas sexuales tenidas en toda la vida, se corrió una prueba post-hoc (Scheffé), la cual indica diferencias estadísticamente significativas ($F_{2,1523}=9.63$ y $p=.0001$) entre el grupo de cuatro y más parejas ($\bar{X}=1.44$) que se autopercebe con mayor riesgo de desarrollar SIDA que los grupos de una pareja ($\bar{X}=1.29$) y de 2 y 3 parejas ($\bar{X}=1.33$)

2. Comparación entre la Autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA y la percepción de riesgo del grupo con patrón sexual similar.

Para dar cuenta de las diferencias en la estimación de la autopercepción de riesgo y la percepción de riesgo del grupo en el que se ubican por el patrón sexual, se aplicó una prueba t (student) para muestras relacionadas. Los resultados, que se muestran en la Tabla 11 indican que existe una marcada diferencia en la percepción de riesgo entre el yo y los otros con patrón sexual similar, todos con una $p > .001$; a excepción del grupo de mujeres homosexuales ($p=.09$), que probablemente resultó debido al número tan pequeño de sujetos en esta casilla.

B. Preocupación individual de contagio de SIDA.

Con la finalidad de conocer la variación sobre la Preocupación individual de contagio de SIDA (variable dependiente) relacionada con las variables sociodemográficas: genero, área y semestre y con el patrón sexual: estatus sexual (variables de clasificación), se corrió un Análisis de clasificación múltiple de 4 vías.

Tabla 11. Comparación del riesgo percibido entre el grupo con similar patrón sexual y la autopercepción de riesgo

CLASIFICACION DE GRUPOS	PERCEP. DE R. DE SU GPO.	AUTOPERC. DE RIESGO	t	p
	\bar{x}	\bar{x}		
HOMBRES Y MUJERES HETEROS CON 1 PAR.	1.8969	1.2697	15.71	.001
HOMBRES Y MUJERES HETER. CON + 1 PAR	2.6588	1.3745	50.76	.001
HOMBRES HOMOSEXUALES	2.2381	1.4762	5.26	.001
HOMBRES Y MUJERES BISEXUALES	2.2381	1.4762	8.98	.001
MUJERES HOMOSEXUALES	2.3300	1.5000	6.98	.09

En la Tabla 12, se puede observar dentro de los efectos principales variaciones estadísticamente significativas por semestre ($F_{2,3028}=6.18$ y $p=.002$) y por área ($F_{5,3028}=6.36$ y $p=.0001$); se presentan también diferencias estadísticamente significativas en la interacción género y área ($F_{5,3028}=2.19$ y $p=.05$). Las medias por género en la Preocupación de contagio son: 2.45 para los hombres ligeramente más alta que la de las mujeres: 2.44.

Tabla 12. Análisis de clasificación múltiple de la Preocupación individual de contagio de SIDA.

FUENTE DE VARIANZA	S.C	gl	M.C.	F	p
SEMESTRE	6.33	2	3.168	6.182	.002
AREA	16.322	5	3.264	6.369	.001
GENERO Y AREA	5.632	5	1.126	2.198	.05
T O T A L	1572	3026	.519	---	---

Posteriormente, para conocer la magnitud de las diferencias por semestre y área, se aplicó una prueba post-hoc (Scheffé), para la cual se usaron las medias que se presentan en la Tabla 13.

Tabla 13. Medias de la preocupación individual de contagio de SIDA por área y semestre.

SEMESTRE	2o.	6o.	8o.	TOT.
AREA	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
ECON-ADM.	2.61	2.52	2.54	2.56
CIENCIAS	2.42	2.53	2.37	2.34
C.SOCIAL	2.56	2.28	2.45	2.44
MEDICAS	2.44	2.39	2.26	2.37
CONSTRUC.	2.47	2.51	2.53	2.50
HUMAN.	2.47	2.44	2.42	2.43
TOTAL	2.49	2.39	2.43	---

Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas ($F_{2,3031}=5.28$ y $p=.005$) entre el 6o. semestre ($\bar{X}=2.39$) que presenta menor preocupación individual de contagio de SIDA que los de 2o. semestre ($\bar{X}=2.49$). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F_{5,3031}=6.24$ y $p=.0001$) entre el área de Ciencias ($\bar{X}=2.34$) que tiene menor preocupación de contagio en comparación con las áreas de la Construcción ($\bar{X}=2.50$) y Económico-Administrativa ($\bar{X}=2.56$) y, diferencias entre el área Médica ($\bar{X}=2.37$) que presenta menor preocupación de contagio que los del área Económico-Administrativa.

C. Escala de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA.

Usando la Escala de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA (variable independiente) construida con anterioridad, se corrió un Análisis de clasificación múltiple de cuatro vías, para dar cuenta de las diferencias existentes entre las variables sociodemográficas: género, área y semestre y la del patrón sexual: Estatus sexual (variables de clasificación).

Los resultados que se muestran en la Tabla 14 indican en sus efectos principales diferencias estadísticamente significativas por área ($F_{5,2584}=10.54$ y $p=.0001$) y diferencias marginales ($F_{1,2584}=3.313$ y $p=.06$) por género, en donde los hombres ($\bar{X}=38.11$) obtuvieron puntajes menores en la Escala que las mujeres ($\bar{X}=38.26$); también se encontraron diferencias marginales ($F_{5,2584}=2.002$ y $p=.07$) en la interacción de área y Estatus sexual.

Tabla 14. Análisis de clasificación aditiva de la Escala de Conocimientos y Creencias sobre SIDA.

FUENTE DE VARIANZA	S.C	gl	M.C.	F	p
AREA	440.4	5	88.0768	10.46	.001
TOTAL	21970.6	2584	8.503	---	---

Para conocer la magnitud de las diferencias entre las áreas, se aplicó una prueba post-hoc (Scheffé), para la cual se usaron las medias que se presentan en la Tabla 15.

Tabla 15. Medias por área en la Escala de Conocimientos

AREA	\bar{X}
C.SOCIALES	38.35
HUMANIDADES	37.85
ECON-ADVA.	37.52
CONSTRUCC.	38.10
MEDICAS	38.70
CIENCIAS	38.58

Los resultados de la prueba post-hoc (Scheffé) señalan diferencias significativas ($F_{5,2584}=10.53$ y $p<.0001$) en cuanto al puntaje en la Escala de Conocimientos y Creencias sobre SIDA entre las áreas Económico-Administrativa (con el menor promedio de todas las áreas: $X=37.52$) y las áreas de C. Sociales ($X=38.35$), Ciencias ($X=38.58$) y Médicas ($X=38.70$); y diferencias significativas entre el área de Humanidades ($X=37.85$) con menor puntaje que las áreas de Ciencias y Médicas.

D. Actitudes y Creencias hacia el condón.

Tomando en consideración la baja consistencia interna demostrada por los reactivos de la Escala mostrada en la sección de construcción de instrumentos, se decidió analizar los reactivos mediante el estadístico Chi Cuadrado, en asociación con la variables sociodemográficas: género y la del patrón sexual: Estatus sexual.

En la Tabla 16 se pueden observar los reactivos que resultaron con una asociación estadísticamente significativa con género; en ella se destaca que la mayoría de la población tiene actitudes positivas hacia el condón, están de acuerdo en que el

precio de los condones no es muy alto para usarlo con frecuencia, no son ofensivos para las esposas o parejas habituales, aceptarían el uso si su pareja se lo pidiera y que son fáciles de usar; sin embargo, una proporción mayor de hombres (70.4%) que de mujeres (29.6%) considera que el precio de los condones es alto para usarlo con frecuencia; una proporción mayor de hombres (64.7%) que de mujeres (35.3%) considera que son ofensivos para las esposas o parejas habituales; una proporción mayor de mujeres (58.5%) que de hombres (41.5%) no aceptaría el uso del condón si su pareja se lo pidiera y una proporción mayor de mujeres (58%) que de hombres (42%) consideran que los condones no son fáciles de usar.

Tabla 16. Análisis de los reactivos de Actitudes y Creencias hacia el condón por género.

VARIABLES	GENERO								X	p
	HOMBRES				MUJERES					
	SI		NO		SI		NO			
INDICADORES	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
1. El precio de los condones es muy alto para usarlos con frecuencia.	133	70.4	1269	49.6	56	29.6	1298	50.2	29.7	.001
2. Los condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales.	231	64.7	1189	48.7	126	35.3	1251	51.3	31.8	.001
3. Los condones son fáciles de usar.	1384	51.9	55	42.0	1284	48.1	76	58.0	4.8	.02
4. Yo aceptaría el uso de condones si pareja me lo pidiera.	1330	53.1	108	41.5	1174	46.9	152	58.5	12.6	.003

En la Tabla 17 se muestran los resultados del análisis de los reactivos de Actitudes y Creencias hacia el condón en asociación con el Estatus Sexual; en ella se puede observar que la mayor parte de la población tiene actitudes y creencias favorables hacia el condón, la mayor parte de la población considera sobre los condones que no van en contra de su religión (84.3%); que no son caros para usarlos con frecuencia (93.2%); que no son ofensivos para usarlos con la esposa o pareja habitual (87.7%); que aceptarían su uso si su pareja se lo pidiera (90.6%) y que el condón no hace que el hombre pierda erección (94.4%). Sin embargo, se encontró asociación estadísticamente significativa entre los reactivos de Actitudes y Creencias hacia el condón y el Estatus sexual; un porcentaje mayor de no iniciados sexualmente (52.6%) consideran que el uso del condón va en contra de su religión y que no aceptarían su uso si su pareja se lo pidiera (50.8%) y, por otra parte, una proporción mayor de iniciados sexualmente consideran que el precio de los condones es alto para usarlos con frecuencia (70.4%); que son ofensivos para las esposas o parejas habituales (59.7%) y que hacen que el hombre pierda erección (66.5%)

Tabla 17. Análisis de los reactivos de Actitudes y Creencias hacia el condón por Estatus sexual.

VARIABLES	ESTATUS SEXUAL								I	p
	INICIADOS				NO INICIADOS					
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
No.	I	No.	I	No.	I	No.	I			
1. El uso de los preservativos o condones va en contra de mi religión	209	47.4	1005	55.2	232	52.6	1061	44.8	9.0	.002
2. El precio de los condones es muy alto para usuarios con frecuencia.	133	70.4	1414	54.7	56	29.6	1170	45.3	17.4	.003
3. Los condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales.	213	59.7	1323	54.3	144	40.3	1114	45.7	3.6	.056
4. Yo aceptaría el uso de condones si pareja se lo pidiera.	1402	56.0	128	49.2	1100	44.0	132	50.8	4.4	.035
5. Los condones pueden hacer que el hombre pierda erección.	103	59.7	1422	54.7	52	33.5	1179	45.3	8.2	.004

Tomando en consideración que existen reactivos de Actitudes y Creencias hacia el condón que presentan asociación estadísticamente significativa por Estatus sexual, se procedió a conocer la asociación de estos reactivos en relación con las variables del patrón sexual: edad al debut sexual, número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y orientación sexual.

Los análisis (Chi cuadrado) indican que la edad al debut sexual se asocia significativamente ($X^2=12.28$ y $p=.002$) solo con el reactivo: Los preservativos o condones son ofensivos para la esposa o pareja habitual; aunque la mayoría consideran que no es ofensivo (86.5%), un porcentaje mayor de debutantes del grupo de 10 a 16 años lo consideran ofensivo (39%), seguido del grupo de 17 y 18 años (37%) y finalmente el porcentaje menor se presenta en el grupo de debutantes de entre 19 a 27 años (24%).

En cuanto al análisis por número de parejas y preferencia sexual, no se presentaron asociaciones estadísticamente significativas.

V. FRECUENCIA DE USO DEL CONDÓN. POBLACION SEXUALMENTE ACTIVA.

A. Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular.

Para dar cuenta de las variaciones en la frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular (variable dependiente), se corrió un Análisis de clasificación múltiple de 3 vías, tomando las variables sociodemográficas: género, área y semestre

como variables independientes.

Los resultados del primer ANOVA se muestran en la Tabla 18, en ella se puede observar que existen en los efectos principales variaciones estadísticamente significativas ($F_{1,706}=16.75$ y $p=.0001$) por género, en donde los hombres ($X=2.08$) usan con mayor frecuencia el condón durante las relaciones sexuales que las mujeres ($X=1.88$).

Tabla 18. Análisis de clasificación múltiple de Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular por género, área y semestre.

FUENTE DE VARIANZA	S.C	gl	M.C.	F	p
GENERO	6.75	1	6.75	16.752	.0001
TOTAL	290.96	706	.412	---	---

Se corrió un segundo Análisis de clasificación múltiple de 3 vías para dar cuenta de las variaciones en la frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular (variable dependiente) provocadas por las variables del patrón sexual: edad al debut sexual, número de parejas tenidas en toda la vida y preferencia sexual; para la realización de este análisis se tomaron en consideración los grupos anteriormente clasificados para edad al debut sexual y el número de parejas sexuales tenidas en toda la vida. Los resultados del Análisis indican variaciones marginales en la interacción del número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y la preferencia sexual ($F_{2,668}=2.69$ y $p=.06$).

B. Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional.

Para dar cuenta de las variaciones en la frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional (variable dependiente), se corrió un Análisis de clasificación múltiple de 3 vías, tomando como variables independientes las variables sociodemográficas: género, área y semestre.

Los resultados indican que no existen variaciones estadísticamente significativas debidas a las variables sociodemográficas.

Un segundo Análisis de clasificación múltiple de 3 vías se corrió para dar cuenta de las variaciones del uso del condón (variable dependiente) por las variables del patrón sexual: edad al debut sexual y número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y preferencia sexual (variables clasificación).

La Tabla 19 muestra los resultados obtenidos del ANOVA de la frecuencia del uso del condón con la pareja sexual ocasional y las variables del patrón sexual, en ella se indica una variación estadísticamente significativa ($F_{1,590}=3.25$ y $p=.01$) en la interacción de edad al debut sexual y el número de parejas sexuales tenidas en toda la vida.

Tabla 19. Análisis de clasificación múltiple de Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional por las variables de clasificación.

FUENTE DE VARIANZA	S.C	gl	M.C.	F	p
ED. AL DEB. SEXUAL Y NUM. PAR. SEX.	.8.25	4	2.064	3.25	.01
TOTAL	380.40	590	.645	---	---

En la Tabla 20 se muestran las medias de la frecuencia del uso del condón con la pareja sexual ocasional por edad al debut sexual y por el número de parejas sexuales tenidas en toda la vida. Se destaca como el grupo que usa con mayor frecuencia el condón los iniciados sexualmente entre los 17 y 18 años y que solamente han tenido una pareja sexual; mientras que aquellos que se han iniciado más tardíamente (19 a 27 años) y que además tienen múltiples parejas usan con menor frecuencia el condón con la pareja sexual ocasional.

Tabla 20. Medias de la Frecuencia del uso del condón con la pareja sexual ocasional por edad al debut sexual y número de parejas sexuales tenidas en toda la vida.

MUN. PAR. SEX.	1 PAREJA	2 Y 3 PAR.	4 Y MAS PAR.
ED. DEBUT SEX.	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
10 A 16 AÑOS	1.89	1.70	1.92
17 Y 18 AÑOS	2.11	1.85	1.73
19 A 27 AÑOS	1.74	1.87	1.39

VI. CORRELACIONES

Para considerar la posibilidad de explicar 1) la Percepción de Riesgo de Desarrollar SIDA, 2) la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular y 3) la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional, se llevaron a cabo una serie de correlaciones entre toda una serie de variables y las variables criterio.

A. Autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA.

En la Tabla 21 se pueden observar las correlaciones entre la

Auto percepción de riesgo de desarrollar SIDA (variable criterio) y las otras variables. Con la Preocupación de contagio de SIDA, se presenta una correlación positiva ($r = .13$ y $p = .001$).

Tabla II. Correlaciones entre la Auto percepción de riesgo de desarrollar SIDA, Frecuencia de uso del condón (variables criterio) con las variables Psicosociales (variables predictoras).

VARIABLES A CORRELACIONAR	AUTOPERCEPCION DE RIESGO		FREC. USO CONDON PAR. SEX. RES.		FREC. USO CONDON PAR. SEX. GCAS.	
	r	p	r	p	r	p
AUTOPERCEPCION DE RIESGO DE CONTAGIO DE SIDA	-	-	-.04	.24	-.02	.51
PREOCUPACION INDIVIDUAL DE CONTAGIO DE SIDA	.13	.001	.02	.51	.08	.08
ESCALA DE CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE EL SIDA	-.002	.882	-.04	.24	-.02	.51
ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA EL CONDON						
1. Los preservativos o condones van en contra de mi religión.	-.01	.523	-.11	.007	.04	.33
2. El precio de los condones es muy alto para usarlos con frecuencia.	-.04	.03	-.01	.02	.01	.86
3. Los condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales.	-.01	.51	.06	.10	-.08	.05
4. Yo aceptaría el uso de condones si mi pareja me lo pidiera.	.03	.17	.14	.001	.11	.007
5. Los preservativos o condones son útiles para prevenir el embarazo si se utilizan correctamente.	.009	.671	.01	.075	.04	.32
6. Los condones son fáciles de usar.	.03	.17	.05	.17	.09	.03
7. Los condones pueden hacer que el hombre pierda erección.	-.03	.143	.05	.057	.05	.027

5. Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular.

En la Tabla II se pueden observar las correlaciones entre la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular y las variables predictoras: Auto percepción de riesgo de contraer SIDA, Preocupación del contagio de SIDA, la escala de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA y las Actitudes y Creencias hacia el condón. Se muestran correlaciones significativas, la más alta es la que se refiere a: "Los preservativos o condones van en contra de mi religión" con una $r = .11$ ($p = .007$).

C. Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional.

En la Tabla 21 se pueden observar las correlaciones para la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional: Autopercepción de riesgo de contraer SIDA, Preocupación del contagio de SIDA, la Escala de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA y las Actitudes y Creencias hacia el condón; a excepción de la Actitud: "Los condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales" con una $r=.08$ ($p=.05$); "Yo aceptaría el uso del preservativo o condón si mi pareja me lo pidiera" con una $r=.11$ ($p=.009$); "Los preservativos o condones son fáciles de usar" con una $r=.09$ ($p=.03$) y "Los preservativos o condones pueden hacer que el hombre pierda erección" con una $r=.05$ ($p=.027$).

Otras correlaciones.

Para conocer la relación entre las otras variables: Preocupación de contagio de SIDA, Escala de Conocimientos y Creencias sobre el SIDA y las Actitudes y Creencias hacia el condón, también se calcularon sus correlaciones. En la Tabla 22 se muestran los resultados de las correlaciones: Preocupación de contagio y Escala de Conocimientos presentan una correlación de $r=-.065$ ($p=.003$) y sólo una de las actitudes presentó correlación estadísticamente significativa con la Escala de Conocimientos: "Yo aceptaría el uso del preservativo o condón si mi pareja me lo pidiera" ($r=.12$ y una $p=.004$).

Tomando las variables que presentan correlaciones estadísticamente significativas con las variables criterio, se corrieron una serie de análisis de regresión.

VII. REGRESIONES

Para dar cuenta de la magnitud de la predicción de cada una de las variables predictoras sobre las variables criterio, se corrieron una serie de Análisis de Regresión Múltiple de Trayectoria paso a paso, en las cuales se incluyeron también las variables sociodemográficas: género, semestre y área y las variables del patrón sexual: estatus sexual, edad al debut sexual, número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y preferencia sexual.

A. AUTOPERCEPCION DE RIESGO.

1. Autopercepción de Riesgo de Desarrollar SIDA. Total de la muestra.

En la primera parte del análisis de regresión para el Modelo predictivo de la Autopercepción de Riesgo de desarrollar SIDA, se tomó en cuenta a toda la muestra (3064); se introdujeron como variables predictoras la Preocupación de contagio, las variables sociodemográficas y las del patrón sexual. Las tres variables

del patrón sexual, se recodificaron por contraste para su análisis (Keppel y Zedeck, 1990).

Tabla 22. Correlaciones entre las variables psicosociales.

VARIABLES	ESC. COND. Y CREEN S/SIDA	
	r	p
PREOCUPACION DE CONTAGIO DE SIDA	-.065	.003
ACTIT. Y CREEN. HACIA EL CONDON		
1. Los preservativos o condones van en contra de mi religión.	-.002	.94
2. El precio de los condones es muy alto para usarlos con frecuencia.	-.019	.64
3. Los condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales.	.001	.99
4. Yo aceptaría el uso de condones si mi pareja me lo pidiera.	.12	.004
5. Los preservativos o condones son útiles para prevenir el embarazo si se utilizan correctamente.	.029	.508
6. Los condones son fáciles de usar.	.066	.119
7. Los condones pueden hacer que el hombre pierda erección.	.037	.381

En el Esquema 1, se resumen los valores obtenidos para el Modelo Predictivo de la Autopercepción de Riesgo; en el anexo 2 se pueden observar los resultados con mayor detalle. En el primer paso, se encontraron como mejores predictores de la Autopercepción de riesgo: la Preocupación de contagio ($R_m = .11 *$), el Estatus sexual ($R_m = .04 *$), el área ($R_m = .01 *$) y el género ($R_m = .01 *$). El Modelo de la Autopercepción de Riesgo, hasta aquí presentado, queda explicado en un 2.4% por las variables incluidas en la regresión.

En conclusión, los varones iniciados sexualmente, estudiantes de las áreas de Humanidades y Ciencias Sociales y Económico-Administrativas que presenten mayores puntajes en la Preocupación de contagio, serán los que se autoperciban con mayor riesgo.

Considerando que el análisis de regresión múltiple propuesto es de trayectoria paso a paso, el siguiente análisis de regresión, estará encaminado a conocer los mejores predictores de la Preocupación de contagio de SIDA.

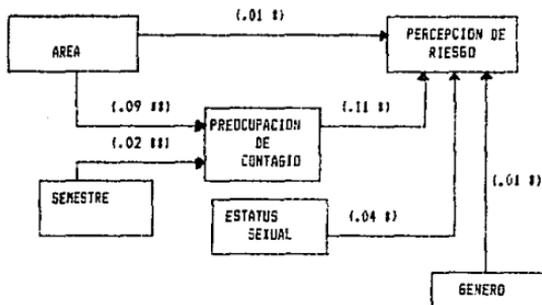
En el Esquema 1 se marcan con ** el resumen de los resultados obtenidos de la Regresión Múltiple para la Preocupación de contagio; en el anexo 2 se pueden observar con detalle tales resultados. Las variables que aparecen como mejores

predictoras son: área ($R_m=.09^{**}$) y semestre ($R_m=.02^{**}$).

El Modelo para la Preocupación del contagio de SIDA, queda explicado en un 1.2% por las variables incluídas en la regresión.

Los estudiantes que están más preocupados por el contagio de SIDA serán los que cursan el 2o. semestre de las áreas Económico-Administrativas y de la Construcción.

ESQUEMA 1. MODELO EXPLICATIVO DE LA AUTOPERCEPCION DE RIESGO DE DESARROLLAR SIDA EN LA MUESTRA TOTAL.



El hecho de que el Estatus sexual sea uno de los mejores predictores de la Auto percepción de riesgo de desarrollar SIDA, es motivo para conocer que otros factores del patrón sexual de la población sexualmente activa pueden ser predictores de esta.

2. Auto percepción de riesgo de desarrollar SIDA en la población sexualmente activa (1628).

Para el análisis de regresión múltiple de la Auto percepción de riesgo de desarrollar SIDA (variable criterio), se introdujeron como variables predictoras la Preocupación de contagio de SIDA, las variables sociodemográficas: género, semestre y área y las correspondientes al patrón sexual: edad al debut sexual, número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y preferencia sexual. Las variables sociodemográficas y la correspondiente a la preferencia sexual, se racodificaron por contraste para el análisis (Keppel y Zedeck, 1990).

En el Esquema 2 se resumen los valores obtenidos para el Modelo de la Auto percepción de riesgo de desarrollar SIDA en la población sexualmente activa, en el anexo 2 se pueden observar los resultados del análisis de regresión con mayor detalle.

Se encontraron como mejores predictores de la Auto percepción de riesgo de SIDA ($R_m=.12^{**}$), el número de parejas sexuales tenidas en toda la vida ($R_m=.04^{**}$), la Edad al debut sexual

($R_m = .01$ *) y el área ($R_m = .01$ *). En conclusión, los estudiantes de 6o. y 8o. semestre del área de Ciencias Sociales que se hayan iniciado sexualmente a más temprana edad, que hayan tenido un mayor número mayor de parejas sexuales y que se sientan más preocupados por el contagio de SIDA, se autoperibirán con mayor riesgo de contagio.

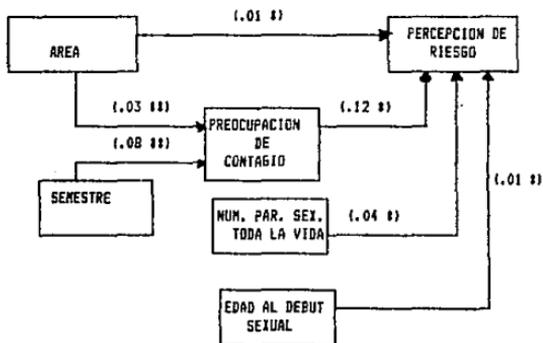
Considerando que el análisis de regresión múltiple propuesto es de trayectoria paso a paso, el siguiente análisis de regresión, estará encaminado a conocer los mejores predictores de la Preocupación de contagio de SIDA.

En el Esquema 2 se marcan con ** el resumen de los resultados obtenidos de la Regresión Múltiple para la Preocupación de contagio; en el anexo 2 se pueden observar con detalle tales resultados. Las variables que aparecen como mejores predictoras son: semestre ($R_m = .08$ **) y el área ($R_m = .03$ **).

El Modelo para la Preocupación del contagio de SIDA, queda explicado en un 1.1% por las variables incluidas en la regresión.

Los estudiantes que están más preocupados por el contagio de SIDA serán los que cursan el 2o. semestre de las áreas Económico-Administrativas y de la Construcción.

ESQUEMA 2. MODELO EXPLICATIVO DE LA AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO DE DESARROLLAR SIDA EN LA POBLACION SEXUALMENTE ACTIVA.



B. FRECUENCIA DE USO DEL CONDON. POBLACION SEXUALMENTE ACTIVA.

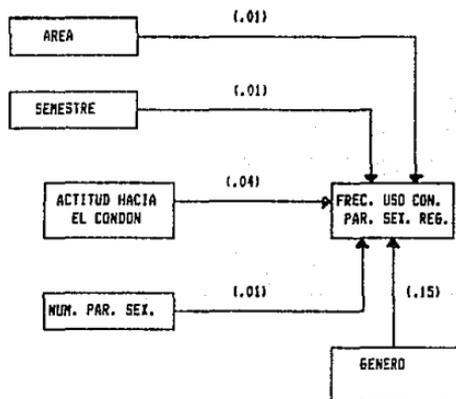
1. Para el Modelo de la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular (variable criterio) se introdujeron las variables psicosociales cuya correlación fue estadísticamente significativa, específicamente las actitudes: "Los preservativos o condones van en contra de mi religión", "El precio de los

condones es muy alto para usarlos con frecuencia", "Yo aceptaría el uso de condones si mi pareja me lo pidiera" y "Los condones pueden hacer que el hombre pierda erección"; se introdujeron además las variables sociodemográficas: género, semestre y área y las del patrón sexual: edad al debut sexual, número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y preferencia sexual. Las variables sociodemográficas y la correspondiente a la preferencia sexual se recodificaron por contraste para el análisis (Keppel y Zedeck, 1990).

En el Esquema 3 se resumen los valores obtenidos para el Modelo predictivo de la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular; en el anexo 2 se pueden observar los resultados del análisis con mayor detalle.

El Modelo para la Frecuencia de uso del Condón con la pareja sexual regular, queda explicado en un 4.7% por las variables incluidas en la regresión.

ESQUEMA 3. MODELO EXPLICATIVO DE LA FRECUENCIA DE USO DEL CONDON CON LA PAREJA SEXUAL REGULAR.

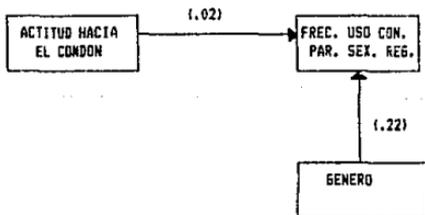


Se encontraron como mejores predictores de la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular: el género ($R_m=.15$) y la actitud "El uso del preservativo o condón hacen que el hombre pierda erección" ($R_m=.04$), área ($R_m=.01$), número de parejas sexuales tenidas en toda la vida ($R_m=.01$) y semestre ($R_m=.01$). En conclusión, usarán con mayor frecuencia el condón los varones que consideren que el uso del condón no hace que el hombre pierda erección, que cursen el 8o. semestre de Ciencias Sociales.

2. Para el Modelo de la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional (variable criterio) se introdujeron las variables psicosociales cuya correlación fue estadísticamente significativa, específicamente las actitudes: "Los preservativos o condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales", "Yo aceptaré el uso del condón o preservativo si mi pareja me lo pidiera", "Los preservativos o condones son fáciles de usar" y "Los preservativos o condones hacen que el hombre pierda erección"; se introdujeron además las variables sociodemográficas: género, semestre y área y las del patrón sexual: edad al debut sexual, número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y preferencia sexual. Las variables sociodemográficas y la correspondiente a la preferencia sexual se recodificaron por contraste para el análisis (Keppel y Zedeck, 1970).

Las variables que mejor predicen la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional son el género ($R_m = .22$) y la actitud: "Los preservativos o condones hacen que el hombre pierda erección" ($R_m = .02$), las cuales explican un 5.3% de la varianza. En el anexo 2 se pueden observar los resultados del análisis con mayor detalle. En conclusión, los estudiantes varones que con mayor frecuencia usarán el condón con la pareja sexual ocasional serán aquellos que consideren que al usarlos el hombre no pierde erección" (Esquema 4).

ESQUEMA 4 MODELO EXPLICATIVO DE LA FRECUENCIA DE USO DEL CONDON CON LA PAREJA SEXUAL OCASIONAL.



C U A R T A P A R T E

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La presente investigación intentó conocer algunas variables epidemiológicas relacionadas con el SIDA, especialmente aquellas que se refieren al patrón sexual; también se intentó conocer algunos de los determinantes de la autopercepción de riesgo y de los determinantes de una conducta preventiva como lo es la frecuencia de uso del condón.

Se discutirán los modelos teóricos, probados para cada uno de los grupos de interés (con y sin vida sexual) y para cada una de las situaciones de frecuencia de uso del condón (con la pareja sexual regular y con la pareja sexual ocasional).

I. DESCRIPCION EPIDEMIOLOGICA.

Los registros epidemiológicos refieren una serie de conductas o patrón sexual que se asocia directamente al contagio de VIH, Izazola (1989) a este respecto indica que si se han de señalar grupos en riesgo de contagio entonces la población humana en general es el primer grupo susceptible de contagio, posteriormente las probabilidades de contagio aumentan mientras más conductas de riesgo se realicen; tomando en consideración que en México el 83% de los casos registrados de SIDA son por contacto sexual, una de las conductas de riesgo a documentar es el contacto sexual, entonces, toda la población sexualmente activa es un foco de interés, fue por ello que nos interesamos en describir el patrón sexual predominante entre la población estudiantil universitaria. El patrón sexual dentro de la población universitaria indica que cerca del 50% de la población estudiantil a nivel profesional se ha iniciado sexualmente.

Encontramos conductas sexuales diferenciadas por género, los hombres se inician sexualmente a más temprana edad, tiene más parejas sexuales en la vida y tiene una mayor tendencia a la homo-bisexualidad, en comparación con la población femenina; este patrón sexual es muy similar a los mencionados por Simon (1989), Winslow y cols. (1989), Brooks-Gunn y cols. (1988) encontrados en otras poblaciones estudiantiles. El patrón conductual concuerda con los datos epidemiológicos que señalan que 85.9% de la población general infectada son hombres. El patrón sexual, específicamente el referido al inicio sexual a más temprana edad y el mayor número de parejas sexuales en la vida, corresponde a las expectativas culturales mexicanas, en donde es importante que el hombre tenga experiencia sexual, a diferencia de las mujeres, las cuales deben llegar vírgenes al matrimonio, como valor preponderante (Díaz-Guerrero, 1982). Por otra parte, como lo menciona González-Bazúa y cols. (1988) el hombre vive una doble moral, se acepta que los varones tengan múltiples parejas, pero no aceptan que las mujeres tengan la misma condición de sexualidad.

Este patrón de homo-bisexualidad ya ha sido mencionado con

anterioridad como un factor de riesgo documentado epidemiológicamente, Góngora-Biachi, Arcila-Herrera, González-Martínez, Franco-Monsreal, Puerto-Manzano, Martínez-Reynoso y Kuyoc-Castro (1990) y Valdespino, García e Izazola (1989) informan que el patrón bisexual masculino de transmisión del SIDA registrado en México y en otros países de América Latina es mayor que el reportado para otros países del mundo.

Es de notar que la orientación homo-bisexual se incrementa en la población al avanzar en los semestres, no hay que perder de vista que la edad y el semestre se encuentran muy correlacionados. Por otra parte es muy posible que algunas características de personalidad se asocien tanto al inicio de la actividad sexual como a la elección de carrera, ya que la población que al ingreso a la universidad presentó con mayor frecuencia debut sexual fueron los del área Médica y el área de Ciencias Sociales, ésta última además, presenta los más altos índices de homo-bisexualidad.

Por otra parte, los datos en general indican que los estudiantes se inician sexualmente aproximadamente al final de la educación media superior o al ingresar a la universidad. Lo que se traduce en una necesidad de crear programas de educación sexual que den inicio durante la educación media o antes, ya que como lo menciona Pick, Díaz-Loving y Andrade-Palos (1988), una vez que los adolescentes se han iniciado sexualmente resulta más difícil cambiar dichos patrones conductuales.

Desde la perspectiva epidemiológica, la población de estudiantes masculinos sería el grupo con mayor probabilidad de contagio, por las características del patrón sexual, especialmente por lo que respecta a los más altos índices de homo-bisexualidad, además, debido a la perspectiva que se tiene en México sobre el machismo; es probable que en este último punto se tenga un subregistro, ya que una creencia popular es los varones que participan en una relación homosexual como parte activa no pierden su estatus de heterosexualidad, es decir, se les permite jugar semánticamente con el rol del heterosexual.

Considerada al principio de la epidemia como una enfermedad de homosexuales, ahora se ha diseminado entre toda la población sexualmente activa, es posible como lo menciona González-Block, Liguozzi y Bazúa (1990) que los grupos bisexuales hayan funcionado como puente entre la población homosexual y la heterosexual. Es por esto, que los hombres que tienen relaciones homosexuales como parte activa, pero que no se consideran homosexuales, son cruciales no solo en términos de su propio contagio sino como piezas centrales en el proceso de propagación de la enfermedad.

Es necesario para posteriores estudios indagar más acerca de las creencias sobre el rol pasivo y/o activo dentro de las relaciones sexuales homosexuales, para así poder aproximar más a la población con prácticas bisexuales.

Es recomendable también, conocer el tipo de prácticas sexuales que se dan entre la población heterosexual, ya que éstos también pueden incurrir en conductas de riesgo, especialmente la penetración anal sin protección o las relaciones sexuales sin protección, especialmente en aquellos monógamos seriales.

Otra característica del patrón sexual (inicio sexual y con

el número de parejas sexuales) asociadas con las variables sociodemográficas, el área por ejemplo, encontramos que la muestra estudiada presenta, el mayor porcentaje de alumnos iniciados sexualmente en las áreas Médica y la de Ciencias Sociales y, un mayor porcentaje de bisexualidad en las áreas Humanísticas y C. Sociales; es probable que ciertos rasgos de personalidad o valores asociados a la elección de carrera en especial sean característicos de esta población, por ejemplo, Diaz-Loving (en prensa) señala que de la población estudiada aquellos que se han iniciado sexualmente a diferencia de los que no, indican darle mayor importancia al hedonismo-erótico, confrontan la relación de pareja de manera más abierta, comunicativa y asertiva; informa también que las mujeres dan mayor valor a la armonía-sabiduría y a la moderación, a diferencia de los hombres, que enfatizan la toma de riesgos y aventuras. Por otra parte, White y Johnson (1988) señalan que el tener un mayor número de relaciones sexuales con más parejas y con menor protección, refleja un perfil de personalidad alto en toma de riesgos, desinhibición e impulsividad.

Esta búsqueda de aventuras y riesgos se asocia al incremento de la edad (y al semestre cursado) ya que mientras más avanzan escolarmente, aumenta el número alumnos que experimentan con la homo-bisexualidad.

II. ESCALAS.

A. Escala de Actitudes y Creencias hacia el condón.

Un punto central que debe ser considerado, es que los reactivos de actitudes utilizados en el presente estudio evalúan el condón como concepto y no la actitud de los sujetos hacia la conducta de utilizarlo. De acuerdo al Modelo de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1980) las actitudes hacia los conceptos son más susceptibles a campañas publicitarias generales, pero no son muy efectivas para predecir el uso del producto evaluado. En el presente estudio se decidió primero evaluar la actitud hacia el condón y su uso en general; para estudios posteriores se requiere medir la actitud del sujeto hacia la conducta de usar el condón durante las relaciones sexuales, con parejas regulares por una parte y con parejas ocasionales por otra.

El instrumento total se integró de 11 reactivos, 3 de ellos se dejaron fuera por su baja contribución a la consistencia interna del instrumento total.

En general, la dimensión obtenida en la subescala de Actitudes hacia el condón involucra problemas morales, económicos y de relación de pareja, por otra parte, la subescala de Creencias hacia el condón involucra el fácil uso, la utilidad como anticonceptivo, pero además, el problema de la respuesta sexual masculina.

En general la población estudiada evaluó positivamente el condón; sin embargo, en el grupo masculino puede considerarse una barrera para su uso el que lo consideren de precio alto, además de ofensivos para las esposas o parejas habituales. En el grupo femenino, puede considerarse como barreras para su uso el que no

sean fáciles de usar, además de no tener la intención de complacer si se les pidiera usarlo.

Diversos factores pudieran estar interviniendo en la evaluación, por lo que se recomendaría para posteriores estudios evaluar por ejemplo lo que Rivera-Aragón y Díaz-Loving (1991) informan; que las actitudes positivas hacia el condón aumentan con el uso, es decir, mientras más se usa más positivamente se le evalúa, desde esta perspectiva, la conducta (iniciada por otras razones independientes a las actitudes o creencias o p.e. recomendado por el doctor familiar), puede desencadenar la formación de actitudes congruentes con la conducta. Estos datos darían una perspectiva distinta a la tradicionalmente expuesta por Fishbein y Ajzen (1989) quienes indican que anterior a la actitud existen las creencias que van en la dirección adecuada para contribuir a la intención de usarlo o bien a las actitudes positivas hacia él.

Se sabe que para usar el condón no sólo es necesario conocer las ventajas del uso del condón, se requieren de otras habilidades para obtenerlo, usarlo o bien pedir a la pareja el usarlo, es decir, se requirieron también una serie de características de personalidad como la asertividad o abnegación, como lo menciona Díaz-Loving (1992) es probable que aquellos que sean asertivos pedirán a sus parejas usarlo o, aquellos cuyo rasgo de personalidad sea la abnegación, será más fácil aceptar su uso, a pesar de no desearlo. El tipo de relación de pareja también influye Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving (1992), encontraron actitudes más complejas hacia el condón cuando se usaba con la pareja sexual regular (factores de interacción de pareja, hedonismo, económicos, morales, de género y de experiencia sexual) que cuando la situación se presentaba con la pareja sexual ocasional (sólo factores hedónicos o de respuesta sexual aparecían).

Para posteriores investigaciones sería recomendable estudiar las actitudes hacia la conducta de usar el condón bajo situaciones diversas (bajo influencia del alcohol o las drogas) y considerando algunos rasgos de personalidad como la asertividad, la abnegación y algunos valores como la aventura o el hedonismo.

B. Escala de Conocimientos y creencias sobre el SIDA.

Esta escala inicialmente contó con 23 reactivos, 8 de los cuales salieron por no cumplir algunos con el nivel escalar del resto, por ejemplo, a la pregunta sobre ¿Qué es el SIDA? se le dió un nivel intercalar; otros reactivos como ¿Cuáles son las formas de contagio del SIDA? en especial el que se refiere a la transmisión por vía sexual, no discriminó en el análisis inicial; algunos otros reactivos se eliminaron por contribuir de manera muy escasa a la consistencia interna total del instrumento; después de la depuración, quedaron 15 reactivos.

En general la población conoce someramente lo que es el SIDA; un alto porcentaje de alumnos sabe que mediante las relaciones sexuales es posible contagiarse de VIH, de tal manera que nos encontramos con una población que maneja información suficiente para afrontar los riesgos.

Las dimensiones para esta escala se encuentran bien

definidas conceptualmente, además de mostrar una alta consistencia interna. Las dimensiones están dirigidas al conocimiento de prácticas de riesgo, formas de transmisión no documentadas, síntomas y transmisión y un par de índices relacionados con la transmisión por sangre o hemoderivados.

La población estudiada muestra un buen promedio de conocimientos y creencias adecuadas sobre el SIDA, conocimientos y creencias asociados particularmente al área cursada, es de esperarse que aquellas áreas vinculadas con temas biológicos como el área Médica o el área de Ciencias se encuentren más informados al respecto del SIDA que aquellos que cursan el área Económico-Administrativa, aunque lo deseable sería que la información al respecto del SIDA fuera manejada por todas las áreas.

El conocimiento como indica Bayés (1989) es necesario pero no suficiente para producir cambios en la conducta, por ende, el conocimiento debe estar vinculado ya sea con otros factores psicosociales o con conductas efectivas para su mejor interpretación.

III. ANALISIS DE REGRESION MULTIPLE

Autopercepción de Riesgo de desarrollar SIDA en la muestra total.

En el Modelo de Autopercepción de Riesgo de desarrollar SIDA planteado en el Marco Teórico, consideramos que los conocimientos sobre el SIDA son importantes para predecir percepción de riesgo, al igual que la Vida Sexual.

Como se puede observar en el Esquema I, para la Autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA, tiene como variables predictoras en primer término la Preocupación del contagio (factor psicosocial), la Vida Sexual o Status sexual, el género y el área (variables sociodemográficas). Se puede observar que existe una relación estadísticamente significativa entre la preocupación del contagio y la percepción de riesgo ($r=.13$, $p=.001$). Es importante destacar que la percepción de riesgo es mayor cuanto más preocupados se encuentren y cuando se han iniciado sexualmente. La situación resulta lógica especialmente cuando se considera que el tener vida sexual aumenta las posibilidades de contagio, sin embargo, no todos los estudiantes iniciados sexualmente se perciben en riesgo, aparecieron por ejemplo diferencias por área. Los estudiantes iniciados sexualmente del área Médica, tienen los puntajes más altos en la Escala de Conocimientos y Creencias, pero se perciben con menor riesgo y menor preocupación que los estudiantes de Humanidades, C. Sociales y Económico-Administrativas, que tienen los puntajes más bajos en esta misma escala, pero que están más preocupados por el contagio y se perciben con mayor riesgo.

Esta situación parecería incongruente, puesto que si se sabe más acerca del SIDA y se saben que las relaciones sexuales aumentan la probabilidad de contagio, entonces deberían manifestar una mayor percepción de riesgo; éstos resultados indican por una parte, que los sujetos están errando acerca de las probabilidades de contagio, o bien como lo menciona Tedeshi (1985: cuando la información que se proporciona a los sujetos

produce miedo, entonces los sujetos se moverán para prevenir accidentes, sin embargo, se puede manejar la información de tal manera que llegue a producir un miedo tan desproporcional que les produzca ansiedad y para protegerse de este estado, lo que hacen es negar o dudar la veracidad de la información. En el caso de los varones estudiantes de Medicina, que constantemente se encuentran en situaciones de riesgo no solamente sexual, sino por la naturaleza de su trabajo, esta forma de autoperibirse ante la información los puede colocar en situaciones en donde por negar la magnitud del riesgo, no tomen las medidas adecuadas para prevenirla.

Los análisis de regresión de trayectoria para la determinación de las variables predictoras de la preocupación de contagio (dentro de un segundo paso para la explicación de la Autopercepción de riesgo) indican que se puede predecir en primer lugar a partir de la correlación positiva con la Percepción de riesgo, luego por el área que cursan y finalmente por el semestre que cursan. Los estudiantes que se encuentran más preocupados son los de 2o. semestre de las áreas Económico-Administrativas y de la Construcción.

En resumen, se percibirán en mayor riesgo los iniciados sexualmente, que estén más preocupados por el contagio, pero que además tengan un puntaje menor en la Escala de conocimientos. Resulta por demás interesante lo que sucede con el área Médica, son los que tienen un puntaje mayor en la escala de conocimientos, se inician a la sexualidad en mayor proporción que el resto de las áreas en el 2o. semestre, pero su percepción de riesgo es menor. Es posible que se niegue el riesgo o bien que se realicen conductas para prevenir el contagio, esto resultará interesante averiguarlo en posteriores estudios. Con un enfoque experimental, que permita modificar en diferentes niveles las variables intervinientes para acercarse más a la comprensión de los procesos involucrados en la percepción de riesgo de la población sexualmente activa.

Autopercepción de riesgo en la población sexualmente activa.

Tomando en consideración que el patrón sexual fue la segunda variable predictor de percepción de riesgo, se corrió un análisis de regresión, sólo con los estudiantes que se han iniciado sexualmente; se consideró la edad de inicio sexual, el número de parejas sexuales tenidas en la vida y la orientación sexual como variables predictoras.

Se encontró que a mayor número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y a menor edad al debut sexual, los estudiantes se percibirán con más riesgo, estos hallazgos pueden considerarse positivos si los estudiantes al percibirse en riesgo toman las medidas preventivas para evitar el contagio.

Valdespino y cols. (1989) mencionan a la población sexualmente activa como un segundo grupo de riesgo, además de los drogadictos intravenosos, los donadores y receptores de sangre. Con base en lo anterior, podría decirse que los estudiantes de la muestra que se han iniciado sexualmente, presentan una estimación adecuada del riesgo de contagio, ya que a más número de parejas en la vida y menor edad de inicio en la actividad sexual, mayor

percepción de riesgo. Sin embargo, cabe señalar que aún en éstos casos la varianza explicada es baja, señalando una vez más que hay otros mecanismos y procesos que además de los relacionados a conocimientos hacen que los sujetos no evalúen "correctamente" su nivel de riesgo. Aquí también, aparece un dato imortante, la orientación sexual no es un buen predictor de riesgo, es decir, la heterosexualidad ni la homo-bisexualidad son buenos predictores de riesgo. En cualquiera de los casos, los promedios de autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA ya sea por género, área y orientación sexual presentan un promedio de estimación más cercano a nada de riesgo.

En general, los estudiantes están llevando a cabo estimaciones del riesgo de contagio de SIDA, pero su autopercepción es tan baja, que no están haciendo uso de la información o bien la información es errónea para estimar adecuadamente. Desde cualquier punto de vista, para la autopercepción de riesgo se está incurriendo en sesgos, en un análisis más a fondo, sobre la autopercepción de riesgo y la percepción del grupo en el que se pudieran ubicar por orientación y número de parejas sexuales, los estudiantes estiman el riesgo de otros con su mismo patrón sexual cercano a la máxima puntuación (de mucho riesgo), pero al estimar el propio, en todos los grupos se estimó más abajo de la media teórica.

Datos similares fueron encontrados por Rivera-Aragón y Díaz-Loving (en prensa), cuando al entrevistar a un grupo de estudiantes para que estimaran la percepción de riesgo de otros grupos con diverso patrón sexual (homosexual, heterosexual con una o múltiples parejas) y el propio, los estudiantes estimaron en mayor riesgo a los homosexuales y heterosexuales con una o con múltiples parejas, pero al estimar el propio fue cercano a ningún riesgo, tal como si ellos practicaran la abstención de relaciones sexuales.

Pamplona (1989) quien al analizar el discurso periodístico alrededor del SIDA en los periódicos de mayor circulación en la Ciudad de México, resume que el mensaje que la población puede obtener mediante los medios de comunicación masiva, en especial del periódico, esquematiza la realidad de tal manera que los receptores obtienen una parte "magra" sobre la epidemia, no informan acerca de lo que el individuo debe hacer para que no le afecte, además de que las notas destacan las cifras y aspectos "amarillistas" de la enfermedad, pero por otra parte muy probablemente se encuentren involucradas en la autopercepción de riesgo otros factores como podrían ser los emocionales, atribuciones egocéntricas o mecanismos de defensa que impidieran una estimación adecuada según su orientación sexual.

Tversky y Khaneman (1992a) mencionan sesgos cognoscitivos al estimar riesgos, mencionan que muchas de las estimaciones que se realizan se basan en estereotipos, dentro de los cuales la gente no se ubica o no se autoclasifica. Desde este punto de vista, a partir del inicio sexual, las probabilidades de contagio por transmisión sexual se pueden calcular en una probabilidad de .5, las cuales aumentarán según el tipo de práctica sexual que se tenga, por ejemplo que tenga múltiples parejas y que su relación sexual se encuentre vinculada a una práctica de riesgo, es decir cualquier tipo de relación sexual que lo ponga en contacto

directo con semen, fluido vaginal o sangre. Al estimar este tipo de eventos (conjuntivos y disyuntivos), probablemente, los estudiantes estimen a partir de un evento conjuntivo; es decir, a partir de datos tales como el dato epidemiológico sobre la orientación homosexual de los diagnosticados con SIDA, cuando la primera información debería dirigirse a si ejercieron o no la sexualidad y posteriormente aumentar la probabilidad a partir del tipo de sexualidad que ejercieron; Kahneman y Tversky (1982) llaman a este tipo de sesgo al estimar sesgo en eventos conjuntivos y disyuntivos, en donde los sujetos estiman la aparición de eventos con menos probabilidad de suceder.

Por otra parte, si la población homo-bisexual hubiera tomado en consideración la información "amarillista" (Pamplona, op. cit.) sobre el SIDA como una enfermedad de homosexuales, entonces, los grupos homosexuales deberían autopercebirse con la mayor probabilidad de contagio, pero no fue así, Tversky y Kahneman (1982) considerarían este error de estimación como un sesgo denominado insensibilidad a la probabilidad anterior de resultados.

Se ha documentado también que el SIDA ahora está cobrando víctimas aparentemente heterosexuales (EPI/CONASIDA, 1992) que la proporción hombre mujer se dirige hacia la proporción 1:1, sin embargo, la autopercepción de riesgo de los heterosexuales está por debajo de la media teórica, Tversky y Kahneman (1982) mencionan que la gente selecciona resultados, de tal manera si poseyeran esta información, sus autoestimaciones estarían incurriendo en un sesgo de ilusión de validez, es decir, la información manejada al principio de la epidemia que causó gran impacto entre la población señalaba solo a los grupos homosexuales como los únicos posibles enfermos de tal enfermedad; o bien que la gente tiene sesgos al recuperar la información, elimina información acerca de los enfermos de SIDA heterosexuales, en este sentido, Ramos-Lira y cols. (en prensa) indican que los estudiantes universitarios perciben como el SIDA como de origen divino o bien un castigo colectivo por la "permissividad" sexual general y castigo individual por el ejercicio de una sexualidad irresponsable.

Sería interesante conocer el tipo de relación sexual que se presenta tanto en las parejas heterosexuales como homosexuales, con la finalidad de aproximar más sobre si las prácticas entre las parejas heterosexuales contribuyen a aumentar el riesgo de contagio y, para explicar más acerca de la diseminación de la epidemia hacia grupos originalmente no contaminados.

Es muy probable que otros factores además de los cognoscitivos se encuentren involucrados en la percepción de riesgo, como ya se mencionaba con anterioridad Tedeshi (1985) señala que si el miedo de la información percibida es muy alto, la gente reacciona negando la existencia del riesgo, que muy probablemente sea lo que está sucediendo en esta población. Los sesgos mencionados para explicar la autopercepción de riesgo, pueden enmarcarse dentro de las posibles explicaciones, ya que la investigación "per se" no fue diseñada para explicar los resultados mediante esta teoría. Por lo anterior, sería recomendable para futuras investigaciones un diseño mediante el cual pudiera abarcarse no solo aspectos cognoscitivos, sino

emocionales y motivacionales.

Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular.

Resulta de gran interés encontrar que de acuerdo a la Teoría de Fishbein y Ajzen (1989) atrás de la conducta efectiva se encuentran las creencias hacia el objeto psicológico; una de las variables que mejor predicen la frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular es la creencia: "El uso del preservativo o condón hace que el hombre pierda erección". Las otras variables encontradas en el modelo se refieren al patrón sexual, al género, al área y al semestre.

El condón se usará con mayor frecuencia cuando los estudiantes varones de 8o. semestre del Ciencias Sociales consideren el condón no disminuye su respuesta sexual física, que presenten una práctica de riesgo como el tener múltiples parejas, es decir, mientras mayor número de parejas sexuales tengan, el condón lo usarán con mayor frecuencia. Es interesante destacar que los estudiantes de C. Sociales son los que presentan mayor preferencia homo-bisexual, mientras más se avanza en el semestre, sin embargo, la preferencia sexual no presentó diferencia estadísticamente significativa en el análisis de la frecuencia de uso del condón, ni fue un buen predictor del uso. Es necesario recordar que los estudiantes de C. Sociales, que estaban preocupados por el contagio fueron también los que se autopericibieron con mayor riesgo.

Es necesario, para próximas investigaciones incluir otro tipo de variables a las usadas en la presente investigación para obtener una explicación de la varianza de las conductas preventivas. Las variables arrojadas como mejores predictores de la conducta preventiva explican un 5% de la varianza.

Hallazgos similares a los presentados para la frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular, fueron encontrados para la frecuencia de uso del condón con la pareja ocasional, específicamente a la creencia en los varones sobre la respuesta sexual.

Resulta interesante destacar que la orientación sexual no es buen predictor ni de Percepción de riesgo ni de Preocupación de contagio ni de las conductas preventivas. Es muy probable que otro tipo de variables sean consideradas por este grupo para usarlo tanto con la pareja sexual regular como con la ocasional, p. e. Díaz-Loving (en prensa) señala que las emociones y motivaciones deben estar detrás de su uso, ya que si consideran que una demostración de amor es proteger a su pareja, usarán con mayor frecuencia el condón.

Por otra parte, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving (1992) al aplicar una escala de actitudes y creencias sobre el condón a estudiantes universitarios encontraron que la frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular es mucho más complicada ya que se involucran factores de interacción de pareja, hedónicos, económicos, morales, de género y de experiencia sexual, con la pareja sexual ocasional sólo resultaron predictores factores hedónicos y de respuesta sexual. Díaz-Loving y Rivera-Aragón (en prensa) viendo las actitudes y creencias

desde otra perspectiva encuentran a mayor experiencia sexual con el uso del condón, las actitudes y creencias serán más positivas. Díaz-Loving (en prensa) indica que es probable que rasgos de personalidad se encuentren detrás del uso del condón, rasgos como la asertividad o la abnegación, la búsqueda de la aventura, la toma de riesgos, quizá el Locus de Control podría ser un buen predictor de conducta saludable, tal como lo encontró Conner y Graham, (1992) usando el Modelo de Conducta planeada de Ajzen.

En general, se puede concluir a partir de lo encontrado en esta investigación que la toma de decisión para usar el condón no se encuentra determinada por lo menos para esta muestra por la percepción de riesgo ni por la preocupación de contagio. Se puede decir que gran parte de la población se encuentra en riesgo, ya que la gran mayoría, sin importar algunas de las conductas de riesgo como por ejemplo: la preferencia sexual, son decisivas para la conducta preventiva.

Lo encontrado en la presente investigación coincide con lo encontrado por Conner y Graham (1992), cuando mencionan que la percepción de riesgo no es el mejor predictor de conductas saludables, a partir del Modelo de la Creencia en la Salud.

Estos resultados se venían observando en los análisis, ya por la escasa explicación de varianza que proporcionaban las variables, quizá, la parte motivacional y emocional resulte un determinante con peso mayor para la decisión de usar medidas preventivas, o bien se utilicen mecanismos de protección que impidan una autoevaluación objetiva de la conducta en relación con la diseminación del VIH.

Con base en lo anteriormente expuesto, se hace necesaria investigación, en donde se contemplen variables de otra naturaleza como la atribución, motivación, aspectos emocionales, actitudes hacia la conducta preventiva entre otras, se requiere también de investigación experimental en donde se contemple el estudio de los procesos expuestos con anterioridad.

BIBLIOGRAFIA

- Abbagnano, N. (1989) Diccionario Filosófico. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- Abramson, P.R. y Pearsall, E.H. (1988) "Facilitating maternal and fetal health: the broader policy implications of 'safe sex'". AIDS and Public Policy Journal (3), 42-46.
- Allport, G. (1967) "Attitudes" .En M.Fishbein (Ed).Readings in Attitude Theory and Measurement.1, 3-13.
- Aral, S.O.Holmes, K.K. (1991) "Sexually transmitted diseases in the AIDS ERA". Scientific American (264) 2 62-69.Feb.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1973) "The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. En: Mortensen, C.S. y Sereno, K.K. (Eds.) Advances in Communication Research. Harpers & Row Publishers. Cap.4 71-87.
- Atkin, L. y Giuvaudano, M. (1989) "Perfil Psicosocial de la adolescente embarazada mexicana. (artículo no publicado).
- Baldwin, J.D. y Baldwin, J.J. (1988) "Factors affecting AIDS-related sexual risk-taking behavior among college students". Journal of Sex Research (25), 181-196.
- Barnard, J., Hébert, Y, de Man, A., Farrar, D. (1989) Attitudes of french-canadian university students toward use of condoms; a structural analysis. Psychological Reports, 65, 851-854.
- Bauman, L. y Siegel, K. (1987) " Misperception among gay men of the risk for AIDS associated with their sexual behavior". Journal of Applied Social Psychology, 17 (3), 329-350.
- Bayer, R. (1983) "Gays and the stigma of bad blood". The Hastings Center Report, (13), 2, 5-7.
- Bayés, R. (1989) "La prevención del SIDA". Cuadernos de Salud (2), 45-55.
- Belfer, M.L., Krener, P.K., y Miller, F.B. (1988) "AIDS in children and adolescents". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27 (2), 147-151.
- Berl, J., Lewis, G., Morrison, R.S. (1976) "Applying Models of choice to the problem of college selection" En: Cognition and Social Behavior. John S. Carroll y John W. Payne (Eds). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Hillsdale, N.

- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1988), (5) 491-49..
- Bowen, I.T., O'gorman, E.C., Dinsmore, W.W. (1990) "Factors influencing perception of risk of HIV acquisition among male heterosexual S.T.D. clinic attenders." Journal of Psychology Medicine, 7 (2), 94-100
- Calamidas, E.G. (1990) "AIDS and STD education: What's Really Happening in our Schools?" American Association of Sex Educators, Counselors & Therapists. (16) 1, 54-63.
- Carroll, J.S. y Payne, J.W. (1976) Cognition and Social Behavior. John S. Carroll y John W. Payne (Eds). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Hillsdale, N. J.
- Castro-Pérez, R. (1988) "Aspectos psicosociales del SIDA". Salud Pública de México (30), 4, 629-634.
- Cofer, C.N., Appley, M.H. (1978) Psicología de la Motivación. Teoría e Investigación. Biblioteca Técnica. Ed. Trillas. México, D.F.
- Cohen, J., Chesnick, E.I., y Haran, D. (1982) "Evaluation of compound probabilities in sequential choice". Cap. 24 355-358. En Daniel Kahneman, Paul Slovic y Amos Tversky (Eds.) Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge University Press, London.
- Conner, M., Graham, S. (1992) "Situational and attitudinal influences upon student's intention to use condoms". Poster presentado en el European Health Psychology Society Annual Conference, 25-28 August, Leipzig.
- Conner, M., Norman, P. (1992) "Predicting health screening attendance from attitudes and previous behaviour". Paper presented at the XXVth International Congress of Psychology, Brussels, 19-24 July.
- D'Augelli A. (1990) "Community Psychology and the HIV Epidemic: The Development of Helping Communities". Journal of Community Psy. (18), 337-346.
- Dowes, R.M., (1975) Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes. Ed. Limusa. México, D.F.
- Díaz-Guerreo, R. (1982) Psicología del Mexicano. Ed. Trillas.
- Jáiz-Loving, R. (en prensa) "Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA ". En: Julio Piña (Ed). SIDA y salud en México. Universidad de Sonora.
- Diclemente, R.J., Zorn, J. y Temoshok, L. (1987) "The association of gender, ethnicity and length of residence in the Bay Area to adolescents' knowledge and attitudes about acquired immune deficiency syndrome". Journal of Applied Social Psychology

(17), 216-230.

- EPI-CONASIDA (1992, Octubre) SIDA/ETS Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Enfermedades de Transmisión Sexual. Boletín Mensual, 6, (10). Sistema Nacional de Salud.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1980) Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Martin Fishbein (Ed.) Prentice Hall. Inc. Englewood Cliffs. N.J.
- Fishbein, M. (1990) "Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón". Revista de Psicología Social y Personalidad. 6 (1,2), 1-16
- Gaceta Conasida (1988) Decreto de creación del CONASIDA. sep-oct. (I) 3,14-15
- Glaesner P.D., Kaslow (1990) "The Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus Infection". J. of Consulting and Clinical Psy. (58), 1 13-56.
- Góngora-Biachi, R.A., Arcila-Herrera, H., González-Martínez, P., Franco-Monsreal, J., Puerto-Manzano, F., Martínez-Reynoso, A., Kuyoc-Castro, E. (1990) "Anticuerpos contra el virus de la Inmunodeficiencia Humana en una población homosexual masculina". Revista de Salud Pública, 32 (1) 20-25.
- González-Block, M.A., Liguori, A.L., Bazúa, F. (1990) "SIDA y estratos sociales en México: La importancia de la bisexualidad". Salud Pública de México, (32), 1. 26-37.
- Gordon R. (1989) Spring. "A critical Review of th Physics and Statistics of Condoms and their Role in Individual versus Societal Survival of the AIDS Epidemic". Journal of Sex & Marital Therapy (15), 1, 5-30.
- Gray, L.A., Saracino, M. (1990) "AIDS on campus: preliminar study of college students' knowledge and behaviors. Journal of Counseling and development. Nov-Dec, 68 (2) 199-202.
- Hamilton, M.C., (1988) " Masculine Generic Terms and Misperception of AIDS Risk". Journal of Applied Social Psychology (18), 14, 1222-1240.
- Heaton, R.K. (1990) "Introduction to the special series on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 3-4.
- Izazola, J.A., Valdespino, J.L., Juárez, L.G., Mondragón, M. y Sepúlveda, J. (1989) "Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el SIDA. Bases para el diseño de programas educativos". En J. Sepúlveda Amor, M. Bronfman, G. Ruíz Palacios, E. Stanislawski y J.L. Valdespino (Coord.): SIDA, Ciencia y Sociedad en México. Fondo de Cultura

- Jodelet, D. (1991) "La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: S. Moscovici (Ed.) Psicología Social, II. Pensamiento y vida social. Psicología Social y problemas sociales. Paidós, Barcelona.
- Joseph, J.G., Montgomery, S.B., Emmons, C-A., Kirscht, J.P., Kessler, R.C., Ostrow, D.G., Wortman, C.B., O'Brien, K., Eller, M., Eshleman, S. (1987) "Perceived Risk of AIDS: Assessing the behavioral and Psychological consequences in a cohort of Gay men". Journal of applied social psychology, (170), 3, 231-250.
- Juran, S. (1989) "Sexual behavior changes as a result of a concern about AIDS: gays, straights, females and males". Journal of Psychology and Human Sexuality (2), 2, 61-77.
- Kahneman, D. y Amos, T. (1982a) "Subjective probability: A judgment of representativeness". Cap 3 32-47. En Daniel Kahneman, Paul Slovic y Amos Tversky (Eds.) Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge University Press, London.
- Kahneman, D. y Amos, T. (1982b) "On the Psychology of prediction. Cap. 4 48-68. En Daniel Kahneman, Paul Slovic y Amos Tversky (Eds.) Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge University Press, London.
- Kegeles, S.M., Coates, T.J., Christopher, A. y Lazarus, J.L. (1989) "Perceptions of AIDS: the continuing saga of AIDS-related stigma". AIDS (3), suppl 1, 253-S258.
- Kelly, J.A., St. Lawrence, J.S., Brasfield, T.L., Lemke, A., Amidei, T., Roffman, R.E., Hood, H.V., Smith, J.E., Kilgore, H., McNeill, Jr. Chip. (1990) "Psychological factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behavior". Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- Keppel, G., y Zedeck, S. (1989) Data analysis for Research Designs: analysis of variance and multiple regression/correlation approaches. (A series of books in psychology). Richard C. Atkinson, Gardner Lindzey y Richard F. Thompson (Eds.). W.H. Freeman and Company. N.Y.
- Kerlinger, F. N. (1987) Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. Nueva Editorial Interamericana. México.
- Kerlinger, F. y Pedhazur, E.J. (1973) Multiple Regression in Behavioral Research. Holt, Rinehart and Winston, Inc. N.Y.
- Klein, D.E., Sullivan, G., Wolcott, D.L., Landsverk, J., Namir, S. y Fawzy, F.I. (1987) "Changes in AIDS risk among homosexual male physicians and university students". American Journal of Psychiatry (144), 6, 742-747.

- León, O. (1987) "La toma de decisión individuales con riesgo desde la Psicología". Infancia y Aprendizaje. 30, 81-89.
- Leyva, J.A. (1988) "El SIDA, su impacto social y demográfico". Gaceta Conasida Mayo-Junio (I) 1. 5-7
- Maddonald, G. y Smith, C. (1990) "Complacency, risk perception and the problem of HIV education". AIDS Care, (2), 1, 63-68.
- Madrigal, J. y Gómez, M. (1988) "La población universitaria y el SIDA". Asociación Demográfica Costarricense. San José, Costa Rica.
- Martínez García M.F., León Rubio J.M. (1987) "Consideraciones psico-sociales sobre el SIDA. Departamento de Psicología Social. Universidad de Sevilla.
- Manr, L. (1990) Elementos de Psicología Social: Temas básicos de Psicología. Ed. Noriega, Limusa.
- Marks, G., Richardson J.L., Lochner, L.T., McGuigan, K.A., Levin, A. (1988). "Assumed Similarity of Attitudes about AIDS Among Gay and Heterosexual Physicians". Journal of Applied Social Psychology (18), 9, 774-786.
- Mata, L., Ramírez, G. y Rosero, L. (1987) "Tipología y conducta de riesgo de infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), de hombres homosexuales de Costa Rica, 1985-1987". Universidad de Costa Rica. Monografía no publicada.
- Mays, V.M. y Cochran, S.D. (1988) "Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities by black and hispanic/latina women". American Psychologist, (43), 11, 949-957.
- Montgomery, S.B., Joseph, J.G., Becker, M.H., Ostrow, D.G. (1989) "The Health Belief Model in understanding compliance with preventive recommendations for AIDS: How useful?. AIDS Education and prevention, 1 (14), 303-323
- Morin, S.F. y Bachelor, W.F. (1984) "Responding to the psychological crisis or AIDS". Public Health Reports, (99), 1, 4-9.
- Morlet, A.G.J. (1989) "Continued risk taking behaviour and seroconversion in HIV antibody tested individuals. Special Issue AIDS Counselling: Theory, research and practice. Counselling Psychology Quarterly, 2(2) 7-13.
- Nisbett, R.E, Borgida, E., Crandall, R., Reed, H. (1982) "Popular induction: Information is not necessarily informative". Cap 7 101-116. En Daniel Kahneman, Paul Slovic y Amos Tversky (Eds.) Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge University Press, London.

- Pepitone, A. (1991) "El mundo de las creencias: Un análisis psicosocial. Revista de Psicología Social y Personalidad, 7(1), 61-79.
- Pratkanis, A.R., Breckler, S.J. y Greenwald, A.G. (1989) Attitude Structure and Functions. L.E. Associated Publishers, N.J.
- Price, J.H., Desmond, S. y Kukulka, G. (1985) "High school students' perceptions and misperceptions of AIDS". Journal of School Health, (55), 107-109.
- Pérez-Padilla, J.R. y Ponce de León-Rosales, S. (1990) "Actitudes éticas ante los problemas de manejo de los pacientes con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida". Salud pública de México (32), 3-14.
- Prohaska, T.R., Albrech, G., Levy, J.A., Sugrue, N., Kim, J-H (1990, December) "Determinants of Self-perceived risk of AIDS. Journal of Health on Social Behavior, 384-394.
- Quadland, M.C., Schattls, W.D. (1987) AIDS, Sexuality and Sexual Control. The Haworth Press, Inc. 277-298
- Ramos Lira, L., Díaz-Loving, R., Saldívar, G. y Martínez, Y. (1992) "Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios". Aceptado para su publicación en Revista de Salud Mental
- Rivera-Aragón, S. y Díaz-Loving, R. (1992) "SIDA: Percepción de riesgo en estudiantes universitarios". Revista de Investigación Psicológica
- Rojas-Soriano, R. (1988, Noviembre-Diciembre) "Aspectos Sociales del SIDA". Gaceta CONASIDA. (I) 4, 5-7.
- Rosero-Bixby, L. (1991) "Premarital sex in Costa Rica: incidence, trends and determinants". International family planning perspectives, (17), 1, 25-29.
- Royse, D., Birge B. (1987) "Homophobia and attitudes towards AIDS. Patients among Medical, Nursing and Paramedical students". Psychological Reports (61), 867-870.
- Royse, D. Singh Dhooper, Russell Hatch, L (1987) "Undergraduate and graduate students attitudes towards AIDS". Psychological Reports (60), 1185-1186
- Sabogal, F. (1992) "Hombres gay y bisexuales: una comunidad de alto riesgo del VIH/SIDA". Revista Latinoamericana de Psicología, (24), 1-2.z
- Schechter, M.T., Jeffries, E., Constance, P., Douglas, B., Fay, S., Maynard, M., Nitz, R., Willoughby, B., Boyko, W.J. y Macleod, A. (1984) "Changes in sexual behavior and fear of

- AIDS". The Lancet junio 9, 1293.
- Schneider, S.F. (1990, October) "Reflections on an Epidemic". Journal of Community Psychology. (18), 310-315
- Sejwacz, D., Ajzen, I., Fishbein, M. (1980) "Predicting and Understanding Weight Loss: Intentions, Behaviors, and Outcomes". En I.Ajzen/M.Fishbein Eds. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Prentice-Hall. N.J.
- Sepúlveda-Amor, J., Valdespino-Gómez, J.L., García-García, M.L., Izazola-Licea, J.A., y Rico-Galindo, B. (1988) "Características epidemiológicas y cognoscitivas de la transmisión del VIH en México". Salud Pública de México (30), 513-527.
- Severn, J.J. (1990) "College students and condoms, AIDS, and attitudes." College Student Journal, sept. 24 (3), 296-306.
- Shaver, K.G. (1975) An Introduction to Attribution Process. Wintrop Publishers, Inc. Cambridge, Mass.
- Sheran, P., Abraham, S.C.S., Abrams, D., Spears, R., Marks, D. (1990) "The PostAIDS Structure of Student's attitudes to condoms: age, sex and experience of use". Psychological Reports (66), 614.
- Simkins, L., Eberhage, M.G. (1984) Attitudes towards AIDS, Herpes II, and Toxic Shock Syndrome. Psychological Reports, (55), 779-786.
- Simkins, L., Kushener, A. (1986) Attitudes Toward AIDS, Herpes II, and Toxic Shock Syndrome: Two years later. Psychological Reports (59), 883-891.
- Simon, A. (1989) "Promiscuity as sex difference". Psychological Reports, (64), 802.
- Slovic, P., Fishhoff B., Lichtenstein, S. (1982) "Facts versus fears: Understanding perceived risk". Cap 33 463-492. En Daniel Kahneman, Paul Slovic y Amos Tversky (Eds.) Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge University Press, London.
- Sontag, S. (1989) El Sida y sus Metáforas. Muchnik Editores: Barcelona.
- Stanislowski, E. (1989) "El agente causal". En J. Sepúlveda Amor, M. Bronfman, G. Ruiz Palacios, E. Stanislowski y J.L. Valdespino (Coord.): SIDA, Ciencia y Sociedad en México. Fondo de Cultura Económica: México.
- Strunin, L. y Hingson, K. (1987) "SIDA y adolescentes: concimientos, creencias, actitudes y conductas". Pediatrics

- Summers, G.F. (1976) Medición de Actitudes. Ed. Trillas. México.
- Tashima, K., Markert, J., Madrigal, J., O' Connor, P. y Mata, L. (1987) Conocimientos sobre el SIDA en un tugurio y un campamento de refugiados de Costa Rica". Monografía.
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1982a) "Judgment under uncertainty: Heuristics and biases" Cap. 1 3-20. En Daniel Kahneman, Paul Slovic y Amos Tversky (Eds.) Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge University Press, London.
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1982b) "Judgment of and by representativeness" Cap. 6 84-98. En Daniel Kahneman, Paul Slovic y Amos Tversky (Eds.) Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge University Press, London.
- Tedeschi, J.T., Lindskold, S., Rosenfeld, P. (1985) Introduction to Social Psychology. West Publishing, Compabny. N.Y.
- Valdespino, J.L. (1988, Noviembre-Diciembre) SIDA en México. Gaceta Consida, (I), 4, 8-9.
- Valdespino, J.L., García, M.L., Izazola, J.A. (1989) "Distribución de la epidemia del SIDA". IDA. Ciencia y Sociedad en México Biblioteca de Salud. 267-295.
- Villagrán-Vázquez, G., Cubas, E., Díaz-Loving, R. y Camacho-Valladares, M. (1990) "Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA, en estudiantes". La Psicología Social en México (3), Asociación Mexicana de Psicología Social. 305-309.
- Villagrán-Vázquez, G. y Díaz-Loving, R. (1992) "Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales, actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios". Revista de la Sociedad Mexicana de Psicología, (), 132-309.
- Wilson, D., Lavelle, S., Greenspan, R., Wilson, C. (1990) "Psychological predictors of HIV-preventive behavior among Zimbabwean students". The Journal of Social Psychology, 19(2), 293-295
- Winslow, R.W., Rumbaut, R.G., Hwang, J. (1989) "AUDS, Fraid, and quarantine student, responses to pro-quarantine initiatives in California. Journal of Applied Social Psychology, (19), 17, 1453-1478.

A N E X O 1
I N S T R U M E N T O

Este es un cuestionario creado por la Facultad de Psicología de la UNAM, que pretende conocer algunos aspectos relacionados con el SIDA y la sexualidad. Las respuestas son absolutamente confidenciales. Por lo que agradecemos tu cooperación en este estudio.

No escribas en esta sección; a continuación se te darán las instrucciones para responder al cuestionario.

No. de Cuestionario _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1 2 3 4

POR FAVOR MARCA CON UNA (X) EL NUMERO QUE CORRESPONDE A TU RESPUESTA O EN SU CASO ESCRIBE LO QUE SE PIDE. EN ALGUNAS PREGUNTAS, SE ESPECIFICA SI POR TU RESPUESTA TIENEN QUE SALTARTE A OTRA PREGUNTA, SI ESTO NO TE SUCEDE POR FAVOR RESPONDE TODAS LAS PREGUNTAS. ES MUY IMPORTANTE TENER LA INFORMACION MAS COMPLETA POSIBLE. SI TIENES DUDAS PREGUNTA AL APLICADOR.

A. DATOS GENERALES

1. SEXO (1) Masculino (2) Femenino

5

2. SEMESTRE _____

5

3. CARRERA _____

7 8

B. VIDA SEXUAL

AHORA TE HAREMOS ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE TU VIDA SEXUAL. RECUERDA QUE TUS RESPUESTAS SON TOTALMENTE CONFIDENCIALES Y ANONIMAS, POR LO QUE TE PEDIMOS QUE CONTESTES TODAS LAS PREGUNTAS DE MANERA HONESTA Y SINCERA.

4. ¿ HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES ?

- (1) SI
(2) NO

9

5. HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES:

- 10
- (1) SOLO CON MUJERES
 - (2) LA MAYORIA DE LAS VECES CON MUJERES Y OCASIONALMENTE CON HOMBRES
 - (3) TANTO CON HOMBRES COMO CON MUJERES
 - (4) LA MAYORIA DE LAS VECES CON HOMBRES Y OCASIONALMENTE CON MUJERES
 - (5) SOLO CON HOMBRES

6. ¿CON CUANTAS PERSONAS HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES EN TODA TU VIDA ?

_____ número de personas

11

7. ¿ ACTUALMENTE TIENES PAREJA SEXUAL REGULAR?

- (1) SI (2) NO

12

8. EN LOS ULTIMOS SEIS MESES DE RELACIONES SEXUALES CON TU PAREJA SEXUAL REGULAR ¿CON QUE FRECUENCIA USASTE EL CONDON ?

- (3) SIEMPRE
(2) ALGUNAS VECES
(1) NUNCA

13

9. ¿EN EL ULTIMO MES HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES CON OTRA(S) PERSONA(S) ADEMAS DE TU ESPOSO(A) O PAREJA REGULAR ?

- (1) SI ¿CUANTAS? _____

- (2) NO

14

15 16

10. ¿EN CUANTAS DE ESTAS RELACIONES USARON CONDON ?

- (3) SIEMPRE
(2) ALGUNAS VECES
(1) NUNCA

17

C. ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA LOS PRESERVATIVOS O CONDONES

LAS PERSONAS PIENSAN DIFERENTES COSAS SOBRE LOS CONDONES O PRESERVATIVOS. A CONTINUACION TE PRESENTAREMOS ALGUNAS AFIRMACIONES AL RESPECTO, POR FAVOR, TACHA PARA CADA UNA DLA OPCION QUE MAS SE ACERQUE A TU MANERA DE PENSAR.

- | | | | | |
|--|---|---|--------------------------|----|
| 11. Los preservativos o condones hacen las relaciones sexuales más placenteras | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 18 |
| 12. Los preservativos o condones son más apropiados para usar con parejas ocasionales | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 19 |
| 13. El uso de preservativos o condones va en contra de mi religión | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 20 |
| 14. Los preservativos o condones pueden quedarse dentro de la matriz o el estómago | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 21 |
| 15. El precio de los preservativos o condones es muy alto para usarlos con frecuencia | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 22 |
| 16. Los preservativos o condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 23 |
| 17. Los preservativos o condones son útiles para prevenir el embarazo si se utilizan correctamente | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 24 |
| 18. Los preservativos o condones son más apropiados para usarse con esposas o parejas habituales . . | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 25 |
| 19. Los preservativos o condones son fáciles de usar | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 26 |
| 20. Yo aceptaría el uso de preservativo o condón si mi pareja me lo pidiera | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 27 |
| 21. Los preservativos o condones pueden hacer que el hombre pierda erección | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 28 |
| 22. No tener preservativo o condón es una buena razón para rechazar las relaciones sexuales con una pareja ocasional | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 29 |

D. INFORMACION SOBRE SIDA

PROBABLEMENTE HAYAS ESCUCHADO HABLAR DEL SIDA, A CONTINUACION TE HACEMOS ALGUNAS PREGUNTAS AL RESPECTO.

23. ¿Explica que es el SIDA? (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA)?

30

24. ¿Cuáles son las principales formas formas de contagio de SIDA?

31

25. ¿Es posible que una persona contagiada por el virus que causa el SIDA no muestre los síntomas?

32

(1)

Si

(2)

No

(3) No se, no estoy seguro.

26. Una persona que no muestra síntomas de la enfermedad y tiene el virus que causa el SIDA ¿Puede contagiar a otra?

33

(1)

Si

(2)

No

(3)

No se

27. ¿Crees que una persona con SIDA pueda curarse?

34

(1)

Si

(2)

No

(3) No se

SEÑALA POR FAVOR QUE TAN GRANDE CONSIDERAS QUE ES EL RIESGO DE CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES.

NADA RIESGOSO (1)
MEDIANAMENTE RIESGOSO (2)
MUY RIESGOSO (3)

38. Saludarse de la mano con alguien que tiene

SIDA. 3 2 1 35

29. Jugar con un niño que tiene SIDA 3 2 1 36

30. Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA 3 2 1 37

31. Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA
o el virus del SIDA aunque se use preservativo o
condón 3 2 1 38

NADA RIESGOSO (1)
 MEDIANAMENTE RIESGOSO (2)
 MUY RIESGOSO (3)

- | | | | | | |
|---|---|---|---|--------------------------|----|
| 32. Masturbación mutua (estimularse uno al otro para un orgasmo) con una pareja ocasional | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 39 |
| 33. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional aunque se use preservativo (condón) | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 40 |
| 34. Sexo oral con alguien que no conoces bien | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 41 |
| 35. Tener relaciones sexuales anales sin usar el preservativo (condón) con una pareja ocasional | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 42 |
| 36. Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo (condón) | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 43 |
| 37. Usar Baños públicos | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 44 |
| 38. Nadar en albercas públicas | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 45 |
| 39. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo o condón | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 46 |
| 40. Usar una jeringa o aguja usada por otra persona sin haberla esterilizado previamente | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 47 |
| 41. Donar sangre | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 48 |
| 42. Recibir una transfusión sanguínea en el hospital. | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 49 |
| 43. Tener relaciones sexuales con muchas personas | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 50 |

E. CUESTIONARIO DE PERCEPCION DE RIESGO

¿ QUE POSIBILIDADES HAY DE QUE LAS SIGUIENTES PERSONAS SE CONTAGIEN DE SIDA?

- | | Ninguna | Regulares | Muchas | |
|---|---------|-----------|--------|-----------------------------|
| 44. Hombre Homosexual con una pareja | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> 51 |
| 45. Hombre Homosexual con más de una pareja | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> 52 |
| 46. Mujer Homosexual con una pareja | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> 53 |

113

¿ QUE POSIBILIDADES HAY DE QUE LAS SIGUIENTES PERSONAS SE CONTAGIEN DE SIDA?

Ninguna Regulares Muchas

	1	2	3	54
47. Mujer Homosexual con más de una pareja				<input type="checkbox"/>
48. Hombre Heterosexual con una pareja	1	2	3	<input type="checkbox"/> 55
49. Hombre Heterosexual con más de una pareja	1	2	3	<input type="checkbox"/> 56
50. Mujer Heterosexual con una pareja	1	2	3	<input type="checkbox"/> 57
51. Mujer Heterosexual con más de una pareja	1	2	3	<input type="checkbox"/> 58
52. Hombres o Mujeres Bisexuales.	1	2	3	<input type="checkbox"/> 59
53. Tú	1	2	3	<input type="checkbox"/> 60

B. REGRESION

1. Autopercepción de Riesgo de desarrollar SIDA en el total de la muestra.

El modelo de regresión para la Percepción de riesgo obtuvo una $R_m = .16$ y una $R^2 = .024$, es decir que la Percepción de Riesgo queda explicada en un 2.4% por las variables incluidas en la regresión.

La R_{aj} fue de un .023 el Error Standar obtenido fue de .53, lo que significa que al predecir puntajes de esta escala a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .53$ respecto al puntaje promedio.

En el modelo una de las variables: semestre no alcanzó el nivel de tolerancia ($p = .05$) para ser incluidas en el análisis. En la Tabla 23 se muestran las variables con mayor valor predictivo preocupación del contagio de SIDA y Status sexual (si se han iniciado o no sexualmente), el área y el género.

Tabla 23. Análisis de regresión múltiple de la Percepción de Riesgo de desarrollar SIDA, en el total de la muestra.

VARIABLE	B	BETA	ERROR STANDAR	F
PREOCUPACION	.0782	.110	.013	34.4 #
STATUS SEXUAL	.034	.063	.010	27.3 #
AREA	.048	.05	.017	20.9 #
GENERO	.021	.04	.016	14.7 #
CONSTANTE	1.118		.034	

$p < .0001$

Tomando en consideración que se trata de una Análisis de Regresión de trayectoria, el segundo paso estará encaminado a conocer las variables predictoras de la Percepción de riesgo.

2. Preocupación de contagio de desarrollar SIDA en el total de la muestra.

Para continuar con el Modelo de Autopercepción de Riesgo de desarrollar SIDA, se consideró importante conocer las variables predictoras de la Preocupación del Contagio (variable criterio), para lo cual se introdujeron las variables: Escala de Conocimientos y Creencias hacia el SIDA, las sociodemográficas y la del patrón sexual correspondiente al Estatus Sexual. Dos de las variables incluidas (género y vida sexual) no alcanzaron el

nivel de tolerancia ($p=.05$) para ser incluidas en el análisis. En la Tabla 24 se muestran las variables con mayor valor predictivo de Preocupación del contagio de SIDA.

El modelo de regresión para la Preocupación de contagio de SIDA obtuvo una $R_m=.12$ y una $R^2=.014$, es decir que la Preocupación de contagio de SIDA queda explicada en un 1.4% por las variables incluidas en la regresión.

La $R'aj$ fue de un .013, el Error Standar obtenido fue de .71, lo que significa que al predecir puntajes de esta escala a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .71$ respecto al puntaje promedio.

Tabla 24. Análisis de regresión múltiple de la Preocupación de contagio de SIDA, en el total de la muestra.

VARIABLE	B	BETA	ERROR STANDAR	F
AREA	.10	.09	.02	22.59*
SEMESTRE	.05	.06	.015	16.6 *
CONSTANTE	2.440		.130	

* $p<.0001$

3. Autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA en la población sexualmente activa.

El modelo de regresión para la Autopercepción de riesgo de contraer SIDA una $R_m=.20$ y una $R^2=.04$, es decir que la Autopercepción de riesgo queda explicada en un 4% por las variables, incluidas en la regresión.

La $R'aj$ fue de un .040, el Error Standar obtenido fue de .53, lo que significa que al predecir puntajes de esta escala a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .53$ respecto al puntaje promedio. La $R'aj$ fue de un .015, el Error Standar obtenido fue de .53, lo que significa que al predecir puntajes de esta escala a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .53$ respecto al puntaje promedio.

En el Modelo, dos variables: género y preferencia sexual no alcanzaron el nivel de tolerancia ($p=.05$) para ser incluidas en el análisis. En la Tabla 25, se muestran los valores obtenidos por las variables con mayor valor predictivo de la Autopercepción de riesgo de contraer SIDA en la población sexualmente activa.

Tabla 15. Análisis de regresión múltiple de la Autopercepción de Riesgo de desarrollar SIDA, en la población sexualmente activa.

VARIABLE	B	BETA	ERRGR STANDAR	F
PREOCUPACION	.94	.124	.019	21.0 *
NUM. PAR SEX.	.018	.080	.006	19.1 *
SEMESTRE	.079	.113	.021	15.1 *
EDAD DEBUT SEX	-.013	-.065	.005	10.9 *
AREA	.047	.051	.023	9.7 *
CONSTANTE	1.255		.123	

* p = .0001

Tomando en consideración que se trata de una Análisis de Regresión de trayectoria, el segundo paso estará encaminado a conocer las variables predictoras de la Preocupación de contagio.

4. Preocupación de contagio de desarrollar SIDA en la población sexualmente activa.

Para continuar con el Modelo de Autopercepción de Riesgo de desarrollar SIDA, se consideró importante conocer las variables predictoras de la Preocupación del Contagio (variable criterio), para lo cual se introdujeron las variables: sociodemográficas y la del patrón sexual correspondiente a: edad al debut sexual, número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y preferencia sexual. Cuatro de las variables incluidas (género y las 2 correspondientes al patrón sexual) no alcanzaron el nivel de tolerancia ($p=.05$) para ser incluidas en el análisis. En la Tabla 26 se muestran las variables con mayor valor predictivo de Preocupación del contagio de SIDA.

El modelo de regresión para la Preocupación de contagio de SIDA obtuvo una $R_m=.13$ y una $R^2=.017$, es decir que la Preocupación de contagio de SIDA queda explicada en un 1.7% por las variables incluidas en la regresión.

La R^2_{aj} fue de un .015 el Error Standar obtenido fue de .71, lo que significa que al predecir puntajes de esta escala a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .71$ respecto al puntaje promedio.

Tabla 26. Análisis de regresión múltiple de la Frecuencia de contagio de SIDA, para la población sexualmente activa.

VARIABLE	B	BETA	ERROR STANDAR	F
SEMESTRE	.08	.08	.023	9.998
AREA	.98	.07	.032	9.298
CONSTANTE	2.440		.018	

‡ p=.0001

5. Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular.

El Modelo de Regresión para la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular obtuvo una $R_m=.22$ y una $R^2=.05$, es decir que la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular queda explicada en un 5% por las variables incluidas en la regresión.

La R^2 fue de un .04 el Error Standar obtenido fue de 1, lo que significa que al predecir puntajes de esta escala a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de ± 1 respecto al puntaje promedio.

En el Modelo, cinco variables: las del patrón sexual: edad al debut sexual y preferencia sexual y tres actitudes no alcanzaron el nivel de tolerancia ($p=.05$) para ser incluidas en el análisis. En la Tabla 27, se muestran los valores obtenidos por las variables con mayor valor predictivo de la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular.

Tabla 27. Análisis de regresión múltiple de la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular.

VARIABLE	B	BETA	ERROR STANDAR	F
GENERO	.10	.16	.029	30.318
ACTITUD	.23	.11	.05	30.199
AREA	.13	.07	.04	23.479
NUM. PAR. SEX	.03	.06	.01	17.351
SEMESTRE	.06	.04	.03	16.311
CONSTANTE	.42		.097	

‡ p=.0001

6. Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional.

El Modelo de Regresión para la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional obtuvo una $R_m = .23$ y una $R^2 = .05$ es decir que la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional queda explicada en un 5% por las variables incluidas en la regresión.

La R^2_{aj} fue de un .053 el Error Standar obtenido fue de 1, lo que significa que al predecir puntajes de esta escala a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de ± 1 respecto al puntaje promedio.

En el Modelo, seis variables: género, semestre, área, edad al debut sexual, número de parejas sexuales en toda la vida y preferencia sexual no alcanzaron el nivel de tolerancia ($p=05$) para ser incluidas en el análisis. En la Tabla 28, se muestran los valores obtenidos por la variables con mayor valor predictivo de la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional.

Tabla 28. Análisis de regresión múltiple de la Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional.

VARIABLE	B	BETA	ERROR STANDAR	F
GENERO	.24	.22	.026	85.27*
ACTITUD	.13	.06	.04	46.81*
CONSTANTE	.40		.68	

* $p < .0001$