



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**PERCEPCION DE RIESGO DE CONTRAER  
SIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A .**  
**MARTHA LORENA RAMIREZ PIÑON**

**ASESOR DE TESIS:**  
**MTRA. MIRTA MARGARITA FLORES GALAZ**

**MEXICO, D. F.**

**1993**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCION	9
I ASPECTOS GENERALES DEL SIDA	12
1.1 Antecedentes	12
1.2 SIDA y VIH	13
1.3 Mecanismos de transmisión	16
1.4 Medidas preventivas	21
1.5 Epidemiología	25
II PERCEPCION	29
2.1 Percepción Social	29
2.2 Percepción y Evaluación de las personas	30
2.3 Percepción de riesgo	36
2.4 Investigaciones relacionadas con la percepción de riesgo de contraer SIDA	39
III METODO	48
3.1 Planteamiento y Justificación del Problema	48
3.2 Objetivos	49
3.3 Hipótesis	49
3.4 Variables (Definición conceptual, operacional control de variables extrañas)	50
3.5 Muestra	54
3.6 Sujetos	55
3.7 Tipo de Estudio	55
3.8 Diseño	55
3.9 Escenario	55
3.10 Instrumento	56
3.11 Procedimiento	57
IV RESULTADOS	59
4.1 Análisis descriptivo	59
4.2 Análisis inferencial	69
V DISCUSION	78
BIBLIOGRAFIA	84
APENDICE	87

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fué conocer la percepción de riesgo que tienen los estudiantes universitarios de adquirir SIDA, así como también, si en esta percepción influye el género, (ser hombre mujer) las practicas sexuales, (tener o no relaciones sexuales, usar o no el condón ) o el área académica a la que pertenecen.

Para alcanzar este objetivo se aplicó un cuestionario autoadministrable a 3064 estudiantes universitarios de 25 carreras de la UNAM.

Posteriormente se hizo un análisis descriptivo e inferencial de los resultados , en donde se observó que en general los estudiantes perciben riesgo de contagio de SIDA, pero solo en las demás personas , es decir el universitario no se percibe así mismo en riesgo, él se excluye de esa posibilidad. No obstante se observan diferencias significativas en la autopercepción entre hombres y mujeres, se encontró que los hombres perciben más riesgo de contagio que las mujeres aunque esta autopercepción es mínima, al igual que la autopercepción de los estudiantes que han tenido relaciones sexuales, quienes se perciben en mayor riesgo que quienes no han tenido relaciones. Por otra parte no se observaron diferencias en la percepción entre quienes usan y quienes no usan el condón.

Finalmente, respecto al área académica, se observan diferencias en la percepción de riesgo entre los estudiantes de todas las áreas, presentando una mayor percepción de riesgo hacia los demás, los estudiantes de Sociales y una autopercepción más alta los de Construcción.

## INTRODUCCION

Hace diez largos años la prensa y la ciencia registraron la aparición de una guerra psicológica, que inicio con un bombardeo de información parcial y contradictoria, cuyas consecuencias y daños, aún resuenan. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), enfermedad que tomo al mundo desprevenido. Nadie penso que en la época actual se pudiera dar un fenómeno como el que se comenzaba a presentar. Nadie entendía o quería entender lo que estaba sucediendo. Había aparecido una nueva y misteriosa enfermedad que afectaba al parecer casi exclusivamente a varones homosexuales, las mujeres y los heterosexuales se sintieron inmunes al SIDA. Todavía hoy demasiada gente se aferra a esta idea y no asimila el hecho que no importa al grupo al que pertenezca, sino las prácticas que se lleven a cabo. ( Ligouri, 1991).

Hace diez años los casos de SIDA se podían contar con los dedos de las manos, los índices actuales son alarmantes, y se espera desgraciadamente que el número de gente con SIDA aumente diez veces durante la década de los 90s, esto significa que la verdadera batalla apenas comienza.

" El aspecto mas importante de la pandemia del Virus de Inmuno Deficiencia Humana ( VIH ) es que todavía se encuentra en un estado muy temprano de su desarrollo . Esto tendría tres consecuencias : la primera que la pandemia

sigue siendo volátil y dinámica; la segunda que su mayor impacto no se ha hecho sentir todavía; y tercero , que aun existe un gran potencial para influir en su curso futuro". (Mann,1991).

La forma final que tomará la pandemia en el mundo no es clara. Por tanto la prevención de nuevas infecciones es lo que hará sentir el mayor impacto sobre la salud.

No existe nada que cure al SIDA, la única arma contra la enfermedad es la prevención .El cambio en el comportamiento tanto individual como colectivo, es el desafío más grande para la salud del futuro.

El ser humano debe aprender a tolerar y no a discriminar, debe entender que el SIDA es tanto un problema personal como colectivo y que debe existir esperanza y no desesperación; esperanza para cada ser humano, esperanza en la lucha contra el SIDA, y esperanza para el futuro del mundo. Es importante reflexionar y retomar estos aspectos en cualquier campaña de lucha contra el SIDA.

Se espera que la información recabada en este trabajo sirva como un motor que pueda hechar a andar campañas realmente eficaces contra el SIDA, ya que el objetivo de este estudio es conocer la percepción de riesgo que tienen los estudiantes universitarios de contagiarse de SIDA, dependiendo de si son hombres o mujeres de sus prácticas sexuales y del área académica a la que pertenecen. Los puntos que se abarcan en esta investigación son los siguientes.

En el capítulo I se define lo que es el SIDA y el VIH, se describe un tanto su origen y la forma en como ha ido avanzando, así mismo se describen los mecanismos de transmisión, las medidas para prevenir el contagio del VIH y se abarca la situación epidemiológica del SIDA en México y en el mundo.

En el capítulo II se habla sobre la teoría de la percepción social se ubica la percepción de riesgo dentro de esta teoría y se mencionan algunas investigaciones sobre la percepción de riesgo de adquirir SIDA.

En el capítulo III se plantea el problema, los objetivos y el procedimiento que se siguió para llevar a cabo esta investigación, es decir, se describe el método que se siguió para los fines de este estudio.

En el capítulo IV se dan a conocer los resultados obtenidos, mediante un análisis descriptivo y un análisis inferencial y finalmente en el capítulo V se realiza una discusión en torno a los resultados y se emiten las conclusiones a las que se llegaron.

## I ASPECTOS GENERALES DEL SIDA

### 1.1 ANTECEDENTES

En los últimos años ningún problema de salud ha acaparado tanto la atención mundial como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), a esta enfermedad se le ha dado a llamar el "mal del siglo ", debido a que hasta el momento es una enfermedad incurable , que ocasiona terribles estragos en la salud humana hasta provocar la muerte.

Se han dado diferentes versiones sobre los orígenes de esta enfermedad que la ligan con la " negritud" y el " pecado" e incluso la han llegado a vincular con las relaciones sexuales del ser humano con las especies animales. Sin embargo estas versiones no dejan de ser mitos o rumores, realmente se desconocen las verdaderas causas que la originaron.

Los primeros casos de SIDA se ubican en África y el Caribe antes de 1970. es hasta finales de esta década y al inicio de 1980 cuando la enfermedad entra en Estados Unidos y Europa Occidental, después llega a América Latina y México, en donde se propaga con un ritmo que ha sido impactante para toda la población (Luna,1991).

Es en Estados Unidos donde se le empieza a tratar a esta enfermedad como SIDA, cuando en el verano de 1981 se describe la aparición de neumonías por p. carini y posteriormente de sarcoma

de Koposi en varones homosexuales previamente sanos de Nueva York y California. En 1982 se describen los primeros casos en hemofílicos y transfundidos. Todos ellos presentaban un estado de inmunodeficiencia intensa (Donasida, 1990)

A finales de 1983 y a comienzos de 1984 dos grupos de investigadores independientes, franceses y estadounidenses, aislaron el virus que producía la enfermedad, que actualmente se denomina Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH).

En 1985 se comercializaron los test serológicos (ELISA) mediante los cuales se pueden detectar a las personas infectadas por el virus (Eusko, 1989).

Pero ¿qué es el sida y como es el VIH?

## 1.2 SIDA Y VIH

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA es una enfermedad incurable causada por el virus de inmunodeficiencia humana o virus VIH. La infección VIH comienza cuando el virus entra al cuerpo. El virus VIH se queda en él y puede ser pasado a otras personas. Muchas personas infectadas no tienen malestares iniciales, mientras que otras progresan al SIDA que es la etapa más avanzada de la infección por el VIH. En esta etapa las defensas del cuerpo no pueden combatir las infecciones ni las enfermedades y la muerte entonces es inevitable (American Red Cross, 1990).

El VIH como cualquier otro virus tiene la necesidad de

utilizar a la célula a la que infecta para reproducirse, y ésta es una de las razones por la que no se ha podido encontrar hasta la fecha medicamentos antivirales que además de ser efectivos, sean inocuos: para destruirlos o inactivarlos hay que destruir la célula infectada. Afortunadamente nuestro sistema inmunológico es capaz de controlar la mayoría de las infecciones virales, pero en el caso del virus del SIDA, es precisamente éste sistema el afectado (Gaceta Conasida, 1988).

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, reciben el nombre de retrovirus por intervenir en el flujo de información genética que usualmente va del ADN a ARN y de ahí a las proteínas.

Los retrovirus se clasifican en endógenos y exógenos. Los endógenos se transmiten de padres a hijos a través de las células germinales, no provocan ninguna enfermedad y parecen participar en las funciones normales de las células. Los retrovirus exógenos se transmiten de humano a humano por contacto sexual o por sangre y sus derivados. Constan de tres subfamilias los oncornavirus, los lentivirus y spumavirus. El VIH pertenece a los lentivirus los cuales atacan fundamentalmente a la células inmunológicas (linfocitos T) a las cuales destruyen, conduciendo con ello al SIDA; pertenecen a este grupo el VIH 1 y el VIH 2 (Conasida, 1990).

El VIH fué descubierto por dos grupos de investigadores: uno del Instituto Pasteur, en 1983, y otro del Instituto del Cáncer en Estados Unidos en 1984. Cada uno lo llamo de manera distinta LAV y HTLV III, respectivamente, pero por tratarse del

mismo virus se unifico la nomenclatura denominándolo virus de la inmuno-deficiencia humana (VIH).

En 1986 se aislo un virus muy parecido, pero con diferencias genéticas bien definidas, en pacientes con inmunodeficiencia en Africa Occidental. Actualmente éste se conoce como VIH 2, para diferenciarlo del primero (Gaceta Conasida, 1988).

Efectivamente, los virus VIH 1 y VIH 2 tienen una notable capacidad para cambiar, lo cual constituye una de las dificultades principales para desarrollar una vacuna efectiva. Sin embargo, esta propiedad para mutar no significa que cada vez el virus se modifique de origen, a uno nuevo, pues lo que cambia son solo algunas proteínas de la envoltura (Gaceta Conasida, 1988).

Existe además otro virus que afecta a los monos verdes africanos, sin producirles la enfermedad: el VIS. La S equivale a simio. A partir de este pudo generarse el VIH el cual pasa por etapas intermedias (Galbán, De Quesada y Cadiz, 1989).

La infección puede pasar al hombre por penetración de la sangre de este pequeño animal, a través de efracciones de la piel. La enfermedad se puede rastrear revisando algunas descripciones clinicas. En realidad los virus del SIDA poseen una gran mutabilidad lo que hace probable la citada mutación del VIS a un VIH. Por lo anteriormente dicho parece ser una hipótesis sensata, pero tiene en su contra el hecho de que existen diferencias grandes entre la estructura del VIS y la del VIH-1 que es el responsable principal de los casos. No ocurre así con la estructura del VIH-2 para el que la hipótesis es más

aceptada (Galbán, De quesada y Cadiz, 1989).

Las evidencias epidemiológicas de que se disponen actualmente indican que el VIH 2 ha restringido su circulación al Africa Occidental y Europa; en Estados Unidos solo se ha podido documentar un caso. Casi sin excepción los pacientes a quienes se les han detectado anticuerpos contra el VIH 2 dijeron haber tenido contacto sexual con personas de esta región africana o haber vivido ahí alguna temporada (Gaceta Conasida, 1988).

Todavía no se cuenta con estudios epidemiológicos completos sobre la frecuencia de la infección por este virus, de manera que es difícil hacer predicciones sobre el futuro de la misma. Los mecanismos de transmisión parecen ser los mismos que para el VIH 1 por lo que se espera un aumento considerable en el número de enfermos infectados por el VIH 2 durante los próximos años, en el caso que las campañas educativas y preventivas no sean efectivas (Gaceta Conasida, 1988).

### 1.3 MECANISMOS DE TRANSMISION

Hasta el momento se aceptan cuatro mecanismos de transmisión para el VIH.

- I sexual
- II sanguínea y hemoderivados
- III perinatal y
- IV trasplantes de tejidos u organos

I Sexual. Cuando existe intercambio de líquidos

corporales tales como semen, secreciones vaginales y sangre entre una persona infectada y otra sana, ya sea en homosexuales o heterosexuales (Aridjis,1990).

La transmisión sexual puede existir de hombre a hombre, de hombre a mujer, de mujer a hombre y excepcionalmente de mujer a mujer, aunque se ha podido demostrar que la eficiencia de la transmisión no es igual en todos los casos.

En las practicas homosexuales, hombre a hombre, cuando existe penetración del pene por el recto hay mayor riesgo de transmisión, ya que con frecuencia se producen laceraciones en el recto, lo cual permite que si el virus esta presente, entre con mayor facilidad al torrente sanguíneo. El penetrador puede tener también lesiones en el pene que al estar en contacto con la sangre contaminada proveniente de las lesiones rectales de su compañero facilitan la entrada del virus a la circulación (CONASIDA,1990).

En las relaciones heterosexuales por coito vaginal; la transmisión parece ser un tanto menos efectiva que en las homosexuales. Esto se debe a que la mucosa vaginal es mas resistente por sus características anatómo-fisiológicas. Es muy probable que el riesgo tanto para el hombre como para la mujer aumente durante el periodo menstrual debido tanto a los cambios hormonales a los que esta expuesta la mucosa vaginal y la mayor accesibilidad al torrente sanguíneo para la mujer, como la presencia de sangre para el hombre. Sin embargo al parecer existe mayor riesgo de transmisión por coito vaginal, de hombre

infectado a mujer expuesta que en el sentido inverso, debido a que el semen posee una concentración de partículas virales mayor a la de las secreciones vaginales (CONASIDA,1990).

En las relaciones heterosexuales por coito anal, el riesgo es semejante al de las relaciones entre homosexuales.

Las relaciones sexuales con participación de la boca (oral-peneana, oral vaginal y oral anal) tienen un menor riesgo de transmisión del virus, sin embargo el riesgo existe debido principalmente a las lesiones (aún microscópicas) que puedan encontrarse en la boca o en los genitales (CONASIDA,1990).

**II Sanguinea y hemoderivados.** Mediante la transfusión sanguínea de un donador de sangre infectado por el VIH a un individuo sano. La transfusión de sangre de un donador infectado producirá infección el 70% de los casos. De que depende esto. Si el donador está infectado desde hace mucho tiempo (hay un largo periodo en que la gente infectada es asintomática) y por lo tanto está cerca de desarrollar la enfermedad, el riesgo de infectarse con su sangre es muy alto; en cambio si adquirió la enfermedad recientemente, el riesgo disminuye (Soler,1988)

Las agujas contaminadas con sangre infectada por VIH constituyen también un mecanismo de transmisión de infección, esto es particularmente importante en los individuos drogadictos que comparten agujas contaminadas y en algunos países donde aun se acostumbra esterilizar las agujas tanto para fines terapéuticos como no terapéuticos. También pueden ocurrir transmisiones de la infección en el personal de salud que ha

sufrido algun pinchazo accidental con agujas contaminadas por la sangre de pacientes con SIDA (CONASIDA, 1990).

La posibilidad de transmisión existe también en el caso de acupunturistas, tatuajistas, pedicuros y similares que a través de la utilización de instrumentos punzocortantes no esterilizados adecuadamente pudieran transmitir la infección de un sujeto infectado a uno sano.

**III Perinatal.** Una mujer infectada puede transmitir el virus a su hijo de las siguientes maneras:

a) Durante el embarazo, a través de la placenta, ya que la sangre de la madre y la del bebé circulan a través de esta estructura.

b) En el momento del parto pues al pasar el bebé por la vagina entra en contacto con secreciones vaginales o sangre infectada por la madre.

c) Por último, el virus de la inmunodeficiencia humana se excreta en la leche materna; algunos niños han adquirido la infección por haber sido alimentados de pecho (Uribe, 1988).

Cuando se embaraza una mujer portadora hay entre 40% y 70% de posibilidades de que le transmita la infección a su bebé, la transmisión perinatal es tan eficaz como una transmisión de sangre infectada, ya que el virus llega al niño a través de la placenta. Cualquier factor que aumente la cantidad de virus en la sangre materna favorece al contagio del bebé; esto sucede, por ejemplo, cuando la madre se encuentra en etapas avanzadas de la

enfermedad o cuando ya tuvo un hijo infectado en un embarazo anterior (Uribe, 1988).

**IV Transplantes de tejidos u organos.** Los transplantes de organos como los riñones y otros, han producido algunas infecciones, esto se explica por que generalmente se desconoce el estado de infeccion por VIH en los donantes fallecidos por causas violentas (Galbán, De Quesada y Cadiz, 1989).

El VIH es un virus sumamente labil o suceptible a las condiciones del medio como son: los cambios de temperatura, la humedad, el grado de acidez (ph), los desinfectantes caseros como el cloro, el alcohol, etc. los cuales pueden desactivarlo, lo cual explica que solo por transmisión directa, bien via sexual, via sanguinea, perinatal o por transplantes logra transmitirse. (CONASIDA, 1990).

Tomando en cuenta lo anterior es posible hacer a un lado los mitos que se han difundido acerca de que la transmisión podría ocurrir por el saludo, por compartir albercas, baños o utensilios de cocina, por picaduras de insectos, el estornudo o por trabajar en un sitio donde hay personas infectadas (Gaceta Conasida, 1988).

Es importante destacar que asi como hay factores y situaciones que no favorecen la transmisión, existen otros que contribuyen a incrementar el riesgo de la infeccion; a estos últimos se les llama cofactores.

Los cofactores mas importantes son: las infecciones producidas por diferentes virus como citomegalovirus, el virus

del herpes, el virus de Epstein Barr, el de la hepatitis B y algunos agentes causantes de enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis, la gonorrea, el linfogranuloma venéreo, etc. Todos ellos tienen en común el hecho de que disminuyen las defensas del huésped.

Otros cofactores asociados con la infección del VIH son algunos estimulantes y drogas que deprimen el sistema inmunológico, entre los que se encuentran los nitritos o "popers" y algunas drogas intravenosas como la heroína y la morfina (Gaceta Conasida, 1988).

#### 1.4 MEDIDAS PREVENTIVAS

La prevención constituye en la actualidad la única medida con la que se cuenta para atender la propagación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, puesto que no se cuenta aún con ninguna vacuna o tratamiento que sean eficaces. A continuación se describen las medidas preventivas de acuerdo a los tipos de transmisión.

##### I Prevención en la transmisión sexual.

La educación para prevenir la transmisión sexual del VIH requiere que los individuos modifiquen aquellas conductas que los pudieran poner en riesgo de adquirir la infección, ya que educar no solo significa informar, sino además inducir cambios en las diferentes prácticas. Por ello es que las campañas educativas para ser eficaces, deberán dirigirse en forma cuidadosa, respetando los diferentes patrones culturales de los grupos a los que van

dirigidas. el contenido de los mensajes educativos tendrá que adecuarse a cada uno de estos grupos (CONASIDA,1990).

La prevención de la transmisión sexual de la infección por VIH se facilita debido a que el sujeto está en posibilidad de seleccionar sus prácticas sexuales. Las tres medidas preventivas que se recomiendan para evitar o disminuir el riesgo de exposición al VIH son las siguientes:

- a) Abstinencia sexual.
- b) Tener una sola pareja sexual sana.
- c) Utilizar el preservativo o condón.

Las dos primeras medidas garantizan que el individuo permanezca libre de la infección. Es obvio que si la pareja es sana y mantiene relaciones sexuales exclusivamente entre ellos mismos no hay necesidad de adoptar medidas preventivas.

El punto principal se refiere a la utilización del condón, si bien su uso no garantiza que no ocurra la transmisión del virus en forma total, al usarlo en forma adecuada se convierte en el método más eficaz con que se cuenta para prevenir la transmisión del VIH por vía sexual.

El uso apropiado del condón durante cada relación sexual puede reducir, aunque no eliminar el riesgo de contraer varias enfermedades de transmisión sexual además de la infección por VIH.

Algunas recomendaciones útiles para la utilización del condón son las siguientes (CONASIDA,1990):

- 1) Se deben utilizar condones de látex;
- 2) Los condones deben de almacenarse en un sitio fresco y seco cuidando de no colocar en forma directa, bajo la luz solar o blanca;
- 3) No deberán usarse los condones que tengan rupturas en la envoltura o signos obvios de envejecimiento;
- 4) Los condones deben manipularse con cuidado para evitar romperlos;
- 5) Se utilizará un condón diferente para cada contacto sexual;
- 6) Colocar el preservativo antes de cualquier contacto genital;
- 7) Desenrollar completamente el condón sobre el pene erecto, dejando libre una parte del extremo para la colección del semen, asegurándose de que no quede aire atrapado;
- 8) Utilizar lubricantes acuosos en lugar de oleosos;
- 9) El uso de condones que contengan espermaticidas puede proporcionar protección adicional;
- 10) Si el condón se rompe deberá colocarse inmediatamente uno nuevo, si la eyaculación ocurre después de la ruptura del condón (coito vaginal) se sugiere el uso inmediato de espermaticida. Se desconoce la protección otorgada mediante la aplicación post-eyaculación del espermaticida;
- 11) Después de la eyaculación deberá evitarse que el condón resbale antes de retirar el pene, se deberá sujetar la base del condón al momento de retirarse mientras aún este erecto y desecharse inmediatamente.
- 12) Nunca deberán reutilizarse los condones.

## **II Prevención de la transmisión sanguínea.**

En nuestro medio la mayor proporción de casos debidos a transmisión sanguínea se han asociado a la recepción de transfusiones. En mucho menor grado se han relacionado con drogadicción intravenosa.

Prevención en las transfusiones. La prevención de este tipo de transmisión se basa en la detección de la infección por VIH en todos los donadores de sangre y en la eliminación de los productos que se encuentren contaminados.

En la República Mexicana se llevaron a cabo en 1986 modificaciones a la Ley General de Salud, para garantizar el suministro sanguíneo. Esta medida se apoyó en la creación de una red de laboratorios nacionales con capacidad para realizar pruebas de detección en toda la sangre que se transfunde.

Por otro lado se deben utilizar agujas y jeringas desechables, que se utilicen en una sola ocasión, y asegurarse de que esta condición se cumpla en todos los servicios de salud de que se haga uso.

En el caso de los objetos punzocortantes deben ser sometidos a esterilización (CONASIDA, 1990).

## **III Prevención de la transmisión perinatal.**

1) La prevención de la transmisión perinatal de la infección se basa principalmente en la difusión de medidas educativas que promuevan evitar el embarazo en personas infectadas o en

posibilidad de estarlo (CONASIDA,1990).

2) En caso que se produzca un embarazo en una mujer infectada se debe realizar una cesárea para evitar que el niño tenga contacto con secreciones vaginales o sangre infectada.

3) Que una mujer infectada no amamante al bebé con leche materna.

Es importante tener en cuenta las medidas 2 y 3, pero hay que recordar que la infección perinatal se presenta principalmente durante el embarazo (CONASIDA,1990).

#### IV Prevención en la transmisión por trasplantes.

Para evitar que el VIH se siga transmitiendo a través de trasplantes de tejidos u órganos es necesario tener en cuenta la situación epidemiológica del donante y hacer todo lo posible por realizar la identificación del VIH post-mortandad (CONASIDA,1990).

### 1.5 EPIDEMIOLOGIA.

Hasta el 31 de octubre de 1991 se habían notificado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 418,404 casos de SIDA en el mundo, de los cuales 237,436 correspondían al Continente Americano.

En el contexto internacional México ocupa uno de los primeros lugares de casos de SIDA en el mundo y se ubica dentro de los primeros 15 países con mayor número de casos. Estados Unidos es el país que más casos ha notificado, más de 190 mil, en

segundo lugar Brasil con ya cerca de 20 mil casos y en tercer lugar México con 8,700. nuestro país ha desplazado a países como Haití o Canadá que tienen menos de 5,000 casos cada uno (Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia, 1991).

Se estima que por cada caso declarado de SIDA existen entre 30 y 50 personas seropositivas (que tienen el VIH) asintomáticas, con la capacidad de transmitir el virus (Colectivo Sol, 1991).

Es difícil saber que individuos desarrollaran el SIDA, pero se sabe por estudios longitudinales, donde se ha podido establecer con cierta precisión el momento en que sucedió la infección, que después de 10 años de estar infectados con el VIH solo el 48% ha desarrollado el SIDA (Uribe, 1989).

La epidemia del SIDA en México es la suma de varias epidemias y la epidemia del SIDA transmitida sexualmente tiene una dinámica diferente a la del SIDA transmitido por transfusiones o la del SIDA perinatal y aunque están interrelacionadas se trata de epidemias que inclusive tienen periodos de incubación y momentos diferentes, mientras la transmisión sexual tiene un periodo que puede ser de 8 a 10 años, el SIDA por transfusión sanguínea tiene un periodo que puede ser de 2 a 5 años, y la transmisión perinatal tiene un promedio de incubación de solamente unos meses; desde el punto de vista de transmisión son tres epidemias con momentos diferentes. Por otro lado la epidemia del SIDA en hombres tiene características diferentes a la de las mujeres (Instituto Nacional de Diagnóstico

y Referencia, 1991).

Se estima que el sexo masculino es 6 veces más afectado por el VIH que el femenino.

Por categorías de transmisión en hombres adultos los primeros lugares están ocupados por hombres con prácticas homosexuales (42%), heterosexuales (17.8%) y por transfusión (7%) la frecuencia de casos asociados a drogadicción intravenosa en México continúa siendo muy reducida.

La transmisión en mujeres adultas se asocia el 62.6% de los casos a transfusión sanguínea y a su vez esto obedece a razones obstétricas, quirúrgicas y traumáticas; y el 33.8% a transmisión heterosexual.

En los niños la transmisión por SIDA más frecuente es por vía perinatal, en segundo lugar por transfusión sanguínea, en tercero hemofílicos y lamentablemente en nuestro medio existe casos en niños víctimas del abuso sexual.

En los próximos años se espera que la transmisión sexual siga siendo la más frecuente incluso se espera un incremento. En cambio se espera que la transmisión sanguínea continúe decendiendo.

Para 1992 y 1993 se espera que en nuestro país serán notificados 5,000 nuevos casos, lo que dará una cifra acumulada entre 13,000 y 14,000 casos para finales de 1993 (Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia, 1991).

Estos datos epidemiológicos deben servir para mejorar las condiciones de vida de los infectados por el VIH y de los enfermos de SIDA, para mejorar las medidas de prevención y para evaluar las acciones implementadas en el control de esta infección.

## II PERCEPCION

### 2.1 PERCEPCION SOCIAL

"Pensar depende del sujeto mismo, de su voluntad, mientras que percibir no depende de él, decía Aristoteles. Esta teoría de la percepción, concebida como calco de la realidad está hace tiempo abandonada. En la percepción se mezclan los juicios de cada persona; los estímulos no pueden ser percibidos mas que en un marco significativo y este marco a menudo es social." (Stoetzel, 1971)

" Percibir no es simplemente recibir, es ante todo comprender: para percibir, es necesario haber escogido una significación". Los experimentadores han resaltado este hecho al preparar situaciones en las que se separa el estímulo y su significación, cosa que no sucede en la vida real. En este análisis se puede observar, porque en el proceso perceptivo normal el elemento significativo social ha escapado muchísimo tiempo a los psicólogos y continua inadvertido a los sujetos que perciben : "Nosotros no tenemos ninguna conciencia de los factores culturales en nuestros comportamientos y especialmente en nuestros comportamientos perceptivos, porque estamos sumergidos en nuestra propia cultura. La idea de que somos el hombre y de que nuestro mundo es el mundo viene de que nosotros no salimos de él. Por consiguiente si salimos debemos tomar conciencia de las influencias culturales diferenciales que se ejercen sobre los comportamientos psicologicos de los hombres." (Stoetzel, 1971)

Así entonces la percepción depende de la cultura, a través de experimentos se ha demostrado que en presencia de estímulos que "físicamente parecen idénticos", los individuos que pertenecen a diversos grupos culturales tienen comportamientos perceptivos diferentes. Ray, (citado por Stoetzel, 1971) ha reunido documentos pertenecientes a unas sesenta tribus americanas, concluye que los sistemas de colores por los cuales es conceptualizado el mundo visual y que sirven por consiguiente, de instrumentos para la percepción en las diferentes culturas, no deben nada a la psicología, a la fisiología, ni a la anatomía; no existe por cierto una división "natural" del espectro. Cada cultura ha tomado la gama de los colores del espectro y la ha dividido en unidades sobre una base totalmente arbitraria, variable de una cultura a otra. Esto que sucede con los colores, sucede con cualquier otro estímulo que sea presentado a un determinado individuo o grupo de una determinada cultura.

En suma la percepción está institucionalizada. Una institución es un conjunto de formas, de modelos, de moldes de conductas, admitidas en una sociedad dada y variables según las sociedades, destinadas a ejercer ciertas funciones. La percepción es esto: en el marco de una sociedad dada, nos sirve para conocer la "realidad" (Stoetzel, 1971)

## 2.2 PERCEPCION Y EVALUACION DE LAS PERSONAS

La percepción de las personas abarca todos aquellos procesos de cognición o entendimiento de un individuo

particular o sobre la formación de impresiones sobre él. Es posible percibir a una persona en el sentido literal y estricto de la palabra. Las personas son objetos físicos y, de hecho, percibimos su cuerpo, el ritmo de su movimiento, los matices de su piel y el color del cabello. Pero aquí lo que interesa es una visión más metafórica de la percepción; visión que trae consigo el inferir propensiones o disposiciones que no se ven. Quien percibe anda a tientas con esas propensiones contra las que choca cuando intenta comprender su propio ambiente social (Jones, 1980).

Por tanto aquí es importante señalar que las personas además de ser objetos físicos son objetos sociales, y quizá la diferencia más importante entre este tipo de objetos, es que como objetos sociales las personas son centros de acción y de intención. Desde el punto de vista del perceptor, los demás individuos, disfrutan de relativa autonomía, de libertad de movimiento y de reacción, de capacidades para proceder caprichosa o impulsivamente, características de las que carecen los objetos meramente "físicos" como lo son las rocas por ejemplo.

Las propiedades más importantes de los objetos sociales no se suelen manifestar mediante estados y cambios físicos; se revelan más bien por comunicaciones de acuerdo a ciertos patrones (Jones, 1980).

La tendencia a pasar más allá de la información dada, es decir a inferir una disposición a partir de otra es un aspecto

importante en el proceso de percepción de personas . A partir de un patrón de breves miradas , ademanes y unas cuantas palabras podemos desarrollar una impresión acerca del total de una persona (Jones,1980; Krech,Crutchfiel,y Ballachey,1972).

Algunos estudios de la percepción de personas han sugerido que la gente, al hacer inferencias, opera con "teorías implícitas de la personalidad" . Estas teorías de lo que tienen de verdadero, son una amalgama de experiencias personales y culturales. En este sentido cada uno de nosotros posee una teoría propia sobre la personalidad implícita de los demás (Krech,Crutchfiel y Ballachey,1972; Jones,1980).

Asch (citado por Jones, 1980 ) empleó procedimientos experimentales sencillos para demostrar cómo ciertos rasgos sirven de focos alrededor de los cuales se puede conocer a los demás. En un experimento presentó la siguiente lista de rasgos a un grupo de sujetos y les dijo que todos se referían a la misma persona: inteligente, habil, industriosa, cariñosa, determinada, práctica precavida. Se presentó la misma lista a otro grupo de sujetos, sustituyendo solo la palabra cariñosa por fría. Se pidió a los sujetos que escribieran una semblanza de la persona y que marcaran entre dos antónimos ( de un total de 18) el que caracterizara mejor a la persona. Los resultados mostraron que los sujetos captan fácilmente tal lista de rasgos y forman una impresión interpretativa de la persona en cuestión . Lo que es más importante la palabra cariñoso y frío influyo notablemente en la selección de los antónimos.

Con este experimento Asch mostró que ciertos rasgos son más centrales que otros en la formación de impresiones y que un rasgo que es central en un conjunto de rasgos puede ser totalmente periférico en otros. Así los rasgos se definen mutuamente e interactúan de manera que producen significados que no se contienen en el rasgo individual.

Este experimento permite concluir lo que ya se ha venido diciendo con anterioridad, el comportamiento social está condicionado por la percepción social. Nuestro comportamiento con otros, es en gran parte, función de la manera como se categorizan los otros. Categorizar a alguien como carinoso es esperar que responderá de una manera agradable; tal es el significado de la palabra en cierto modo. De la persona fría solo se puede esperar que responda en forma arisca.

Osgood (citado por Jones, 1980) Llevó a cabo otras investigaciones similares y dedujo que cuando la información sobre un individuo lleva a inferir un rasgo en forma claramente positiva o claramente negativa, ese rasgo sirve de foco principal en la atribución de otras cualidades positivas o negativas.

Sin embargo esta tendencia a estereotipar, es decir, a atribuir a un individuo rasgos que se supone que caracterizan a su grupo, pueden cegar al individuo para percatarse de las diferencias que existen entre los miembros de dichos grupos (sean raciales, étnicos, socioeconómicos, por el sexo, la edad, etc.) con lo que se puede llegar a una rigidez de

raciocinio (Krech, Crutchfield y Bachalley, 1972).

Un estereotipo es cualquier creencia culturalmente compartida y como tal representa una economía psíquica porque hace a un lado la necesidad de obtener información completa respecto a cada persona nueva que uno pueda conocer. Cuando uno se relaciona con alguien inicialmente, tan pronto como uno sabe cual es su ocupación, su raza o su grado de inteligencia puede ubicarlo en una categoría y así predecir temas de interés que faciliten la interacción (Chester, Insko y Shopler, 1980)

Sin embargo como ya se dijo anteriormente, los estereotipos se hacen disfuncionales cuando no se modifican al recibir más información respecto a la otra persona específica, y esto es lo que generalmente sucede. Probablemente sea necesario algo más que la experiencia de primera mano, para cambiar un estereotipo. Aunque no este claro que condiciones se necesitan para cambiar estereotipos, sin duda involucra algo más sustancioso que la experiencia directa (Chester, Insko y Shopler, 1980).

Las primeras impresiones son las que resisten más los cambios, un efecto de primacía en las impresiones se da siempre que la impresión final de un perceptor este determinada más por información inicial que por la posterior. Las tres explicaciones más importantes de la primacía son: 1) el desestimar, es decir; dar poca importancia a la información posterior, 2) los decrementos en la atención y 3) la alteración de significado de la información posterior, es decir, cuando la información

posterior está en desacuerdo con la inicial. Es muy probable que ocurra un efecto de primacía cuando la información inicial conduce a la formación de impresiones estables que el perceptor protege en tanto que procesa información subsiguiente, discrepante (Chester, Insko y Shopler, 1980)

No obstante el efecto de primacía puede ser mitigado por el efecto de recencia. Lunich (citado por Krech, Crutchfield y Ballachey, 1972) en un experimento para vencer el efecto de primacía, demostró que el avisar a sus sujetos sobre "la falacia de sus primeras impresiones" elimina de una manera eficaz la influencia excesiva de la información presentada en primer término acerca de la personalidad de un extraño. En efecto estos avisos determinan el que la información presentada en segundo lugar posea un efecto mayor que la primera. Siempre que la secuencia de la información refleje un proceso en el que la información posterior, sea más válida se obtendrá un efecto de recencia.

En suma: la percepción de las personas está dada culturalmente, los individuos tienden a estereotipar, clasificando a las personas y atribuyéndoles rasgos que suponen caracterizan a su grupo. Así mismo los individuos tienden a dejarse llevar por la primera impresión o información obtenida sobre los demás (efecto de primacía) y es muy difícil que cambie esta impresión, si la información posterior no demuestra ser más válida o convincente para el individuo (efecto de recencia).

### 2.3 PERCEPCION DE RIESGO

La percepción de riesgo es percepción social por tanto está dada culturalmente y esta estereotipada .

Para Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim ( 1990 ) la percepción de riesgo se refiere a la estimación que el individuo hace acerca de la probabilidad de que ocurra un evento.

La percepción de riesgo de contraer sida es la atribución que cada individuo hace, de la posibilidad, de que se contagien con VIH los diferentes grupos de personas, de acuerdo a sus patrones sexuales y número de parejas así como de la posibilidad de que ellos mismos se contagien.

Esta percepción puede ser disfuncional en cuanto que los individuos están clasificando a otros individuos en grupos de alto o de bajo riesgo, pero con relación a las formas de transmisión del SIDA no existen grupos de alto o de bajo riesgo sino comportamientos de alto o de bajo riesgo.

Como ya se ha venido mencionando anteriormente, la gente tiende a clasificar a las personas por ciertas características que poseen ( en un marco culturalmente dado ) y apartir de estas infieren otros rasgos, formando así estereotipos.

El SIDA es una enfermedad que puede atacar a cualquier persona que tenga prácticas de riesgo, sin embargo en un principio ataco a un grupo específico de la población, a los

homosexuales, y fué ésta la primera impresión que se mostró al mundo, con lo cual la gente comenzó a clasificar y a formar estereotipos, percibiéndose fuera de riesgo de adquirir SIDA quien no fuera homosexual.

Unzu-Gómez(1988) en uno de sus escritos habla de como el SIDA se comenzó a atribuir a determinados grupos de personas.

"Un famoso patólogo cuenta que hace pocos años unos médicos le enviaron la biopsia del pulmón de un joven paciente, pues viendo que no podía determinar la causa de su persistente insuficiencia respiratoria decidieron que se realizara un estudio para determinar que estaba causando tanto mal al paciente .

Cuando le preguntaron al patólogo cual era su diagnóstico, él les contesto que se trataba de una nueva enfermedad y que el paciente debía ser homosexual. Los médicos le dijeron que no conocían ese nuevo padecimiento pero que no entendían como podía saber por medio de una biopsia que el paciente era homosexual".

El patólogo por supuesto no lo sabía con certeza, tal vez había tenido ya otros pacientes homosexuales con síntomas similares. Pero el hecho es que efectivamente el SIDA atacó en un principio a grupos específicos de la población entre los cuales se encontraban los hombres homosexuales.

Castro ( citado por Leyva, 1980 ) planteó que fué un accidente que el VIH dejara sentir sus fatales efectos entre los homosexuales al principio de la epidemia en el mundo occidental. Hoy se estigmatiza a los pacientes con SIDA por ser enfermos y por

homosexuales, a pesar de que este síndrome tiende a crecer entre los heterosexuales y a disminuir entre aquellos.

Se asocia prejuiciosamente que todo homosexual es en potencia una víctima del SIDA y que toda persona infectada por el VIH es sospechosa de homosexualidad. El peligro de esta percepción es que ciega a los individuos la posibilidad de percibirse a sí mismos en riesgo y provoca una marginación de los enfermos como una medida equivocada para controlar la enfermedad ( Castro , citado por Leyva, 1988 ).

Si a lo anterior se le agrega que el SIDA es un padecimiento venéreo y a lo venéreo se le ha estereotipado como sucio, entonces la sociedad señala a la persona portadora del VIH como individuos que llevan una vida sexual desordenada, fuera del matrimonio e inmoral. Por lo tanto para la sociedad solo las personas que llevan este tipo de vida (prostitutas, bisexuales, homosexuales, drogadictos, en resumen " grupos de alto riesgo") son los que se pueden contagiar , la gente que no pertenece a estos grupos esta exenta de contagio.

No obstante como lo menciona Brofman (citado por Leyva,1988) miembro del comité técnico de CONASIDA, no existen grupos de alto riesgo sino practicas de alto riesgo, cuando no se toman las medidas preventivas y las precauciones recomendadas por las campañas sanitarias contra el SIDA.

Según el doctor Green, (citado por Unda-Gómez, 1988) Director del Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Texas en

Houston, " la percepción de un alto riesgo y un resultado catastrófico son los factores que pueden influir grandemente para la motivación al cambio, mientras que la percepción que tienen la mayoría de los heterosexuales acerca del riesgo que ellos enfrentan de contraer la enfermedad es tan bajo que difícilmente las campañas educativas tendrán algún efecto ".

Esta percepción estereotipada que aún se tiene respecto al SIDA, al asociarlo con una vida sexual desordenada y por tanto negar la posibilidad de identificarse con ella, y la falta de información adecuada, válida y convincente, que pueda cambiar este estereotipo, tal vez es lo que provoque que no se perciba el riesgo de contraer SIDA.

Esta percepción tal vez se podría cambiar si las campañas se realizaran de acuerdo a las necesidades específicas de cada población, tomando en cuenta el contexto social y cultural en el que se desenvuelven los individuos a los cuales se dirige la campaña.

Hay mucho por hacer para prevenir el contagio de SIDA, por ello la importancia de estudios respecto a conocimientos, creencias, prácticas sexuales, actitudes percepción de riesgo, etc. en cuanto al SIDA.

#### 2.4 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA PERCEPCION DE RIESGO DE CONTRAER SIDA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que mundialmente, todos los años 1 de cada 20 adolescentes contrae una Enfermedad Sexualmente Transmisible (EST) y también informa

que la quinta parte de los que padecen el SIDA en el mundo tienen alrededor de 20 años, lo cual indica que debido al largo período de incubación, probablemente contrajeron el virus del SIDA durante la adolescencia. Las estadísticas regionales revelan además, una alta incidencia de EST entre los jóvenes. (Centro Internacional de Fecundidad Adolescente, 1991)

En Yurimahuas, Perú, 92% de los hombres de escuela secundaria entrevistados han tenido relaciones sexuales; y el 23% de estos jóvenes se han infectado con una EST según un estudio realizado en 1987.

Estudios realizados en África Central han revelado que en algunas comunidades hasta una tercera parte de las mujeres en edad fértil son estériles y que el 80% de los casos de esterilidad se deben a EST.

En un dispensario de planificación familiar de Nueva Zelanda, 40% de las mujeres con infecciones de chlamydia tenían menos de 20 años de edad.

Todos los años 2.5 millones de adolescentes se infectan con una EST en Estados Unidos este número representa aproximadamente 1 de cada 6 adolescentes sexualmente activos y una quinta parte de los casos de EST en el ámbito nacional (Centro Internacional de Fecundidad Adolescente, 1991)

Fese a estas alarmantes estadísticas existen varios obstáculos que impiden el control de estas enfermedades entre los adolescentes. Algunos de estos obstáculos son: 1) Los

adolescentes se niegan a aceptar que pueden contraer una EST y de ahí que continuen los tipos de comportamiento que entrañan alto riesgo ; 2) el hecho de que algunas EST son asintomáticas y que los jóvenes por lo común no saben como reconocerlas cuando hay síntomas ; 3) y el temor de que los adultos les hagan reproches.

Otra estrategia para negar la propia vulnerabilidad es la falsa creencia de que el SIDA sólo afecta a grupos con los que el joven no se identifica, como los homosexuales, los drogadictos y los que practican la promiscuidad sexual. Mientras estén entre "amigos" conocidos y "buenos" muchachos y chicas los adolescentes se sienten seguros (Centro Internacional de Fecundidad Adolescente, 1971).

Bernard, Herbert, de Man y Farrar, (1989) llevaron a cabo un estudio con estudiantes respecto a las actitudes hacia el uso del condón, encontraron 4 dimensiones que pudieran estar influyendo en la intención de no usar condón, lo perciben como inhibidor del placer sexual y físico, indican que tiene dificultades e inconvenientes asociados al uso y situaciones embarazosas como la compra y el uso.

Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks, (1990) también en un estudio sobre actitudes hacia el uso del condón con estudiantes encontraron tres dimensiones que pudieran considerarse posibles facilitadores o barreras para las intenciones de usarlos: ofensivos, atractivos y efectivos; encontraron diferencias en la percepción entre hombres y mujeres; las mujeres los consideraban mas ofensivos, mientras que en los

hombres la frecuencia de uso parecía estar más con la atracción que con la ofensa.

En otra encuesta hecha por Conasida en seis ciudades del país respecto al uso del condón, se obtuvieron los siguientes resultados. Los adultos de la población en general y el personal de salud utilizan con poca frecuencia el preservativo. Los estudiantes de nivel superior lo emplean más frecuentemente. Las mujeres prostitutas y los hombres homosexuales son quienes lo utilizan con más frecuencia y se observa una tendencia ascendente en estos grupos a seguirlo utilizando. Así mismo se observó que la población adulta a pesar de tener conocimientos sobre este padecimiento no ha modificado sus prácticas como es el empleo del condón (Valdespino, 1990).

De acuerdo a las encuestas CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sexuales) se realizó una investigación en seis ciudades del país, en donde se relacionó el nivel de conocimientos, las actitudes el comportamiento sexual y el uso del condón en mujeres e México. Se encontró que las mujeres universitarias tienen un nivel de conocimientos mayor que el de las trabajadoras de la salud (enfermeras, médicos) y el nivel más bajo se encontró en prostitutas y mujeres de la población en general. Sin embargo fueron las mujeres que ejercen la prostitución quienes tuvieron un nivel de actitudes más alto en cuanto a la mayor aceptación de medidas preventivas y rechazo a estigmas y discriminación a seropositivos o enfermos. Las estudiantes y trabajadoras de salud tuvieron actitudes

intermedias y la población en general fue quien tuvo el nivel más bajo de actitudes adecuadas (Valdespino, Del Rio y Basáñez, 1990)

Respecto al comportamiento sexual el 78% de las estudiantes universitarias no tuvieron relaciones sexuales en los últimos 6 meses; el 19 % tuvo una sola pareja sexual; el 2% dos o más parejas sexuales. En las mujeres de la población en general estos porcentajes fueron 45%, 51% y 1% y en las mujeres trabajadoras de la salud 33%, 60% y 0.5% respectivamente.

En cuanto al uso del condón la mayor frecuencia (más de la mitad de los casos) se observó en mujeres prostitutas y además tiene una tendencia creciente. En mujeres universitarias una tercera parte lo utilizan con sus compañeros, en cambio en el personal de salud su utilización es menor, y en las mujeres de la población en general, se utilizó en menos de 1 10% de las encuestas realizadas (Valdespino, Del Rio y Basáñez, 1990)

Kleihesseling y Rosa (1991), llevaron a cabo un estudio en donde exploran las diferencias culturales en la percepción de riesgo, respecto a riesgos nucleares principalmente, criminalidad y SIDA, entre estudiantes de Estados Unidos y Japoneses. La muestra estuvo constituida por 67 estudiantes de E.U (37 mujeres y 25 hombres) y 69 estudiantes japoneses (21 mujeres y 47 hombres). Ellos descubrieron algunas diferencias entre estadounidenses y japoneses. Los estadounidenses ven el riesgo nuclear como algo desconocido y novedoso, contrariamente los japoneses lo ven como algo conocido y viejo. Esta diferencia se

puede entender desde un contexto histórico, la sociedad japonesa fué bombardeada y por tanto ha vivido directamente la experiencia de una destrucción y ha recibido en dosis la radiación producida por esos bombardeos, los estadounidenses no.

Respecto a la criminalidad ambas culturas la perciben como conocida, sin embargo, es más temida por los estadounidenses, esto se explica porque E.U es la nación con el mas alto índice de crímenes violentos y Japón reporta un índice bajo .

En cuanto al SIDA ambas culturas perciben el mismo temor, pero los estadounidenses lo perciben como algo más conocido que los japoneses. Tal vez a esta percepción se deba que en Japón sólo se han reportado 90 o 100 casos de SIDA y en su mayoría en hemofílicos que han sido infectados con productos derivados de la sangre provenientes de E .U y en Estados Unidos se han reportado más de 100 000 casos de SIDA que han sido asociados con actividad sexual y con el uso de jeringas hipodérmicas. Algunas investigaciones han indicado que uno de cada 200 estudiantes tienen el VIH. Por tanto estas diferencias en la infección, se pueden deber a que en las culturas hay una percepción distinta. Esta investigación muestra como la cultura marca diferencias en la percepción de riesgo.

Mays y Cochran (1988), estudiaron la percepción de riesgo en 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 patron para

reducir el contagio.

Harrison, Wambach, Byers e Imershein, (citados por Villagran, 1993) estudiaron el conocimiento y la vulnerabilidad percibida en mujeres de 18 a 53 años de edad, encontraron que las mujeres con un conocimiento suficiente sobre SIDA no se percibían en riesgo a pesar de la prevalencia de conductas riesgosas como el contacto sexual desprotegido de manera constante. Así mismo Brownes, O'Gorman y Dinsmore, (1990) al estudiar heterosexuales de entre 16 y 44 años de edad, encontraron que apesar de tener un buen conocimiento, no presentaban prácticas de sexo seguro y solo un 22% consideraban que su estilo de vida los puso en riesgo de desarrollar SIDA.

Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim (1990) realizaron otra investigación con 1540 adultos de entre 18 a 60 años. Ellos encontraron que el miedo al SIDA, la vergüenza de tener SIDA y la preocupación acerca de la propia salud son factores que se asocian con la percepción de riesgo.

Así mismo observaron que los hombres y los solteros no percibieron más riesgo de contraer SIDA que las mujeres o las personas casadas. Los negros y los hispanos no percibieron más riesgo que los blancos. Quienes predicaban una religión no percibieron riesgo, sin embargo quienes no la predicaban tuvieron una mayor percepción. No se percibió riesgo ni necesidad de usar el condón cuando las relaciones eran monógamas o cuando la pareja con la que soportaba la relación era virgen o célibe. Se

percibió riesgo cuando las parejas tenían otras parejas sexuales o en el pasado habían tenido parejas sexuales. No se encontró una relación significativa entre nivel de información y percepción de riesgo. Ellos concluyen que para estimar el riesgo personal los individuos necesitan de algún estándar contra el cual evaluar su propia conducta. Para mucha gente resulta difícil estimar eventos de "baja probabilidad" como el SIDA a partir de la información adquirida, tal vez esto se deba a que la gente cuenta con imágenes mentales o mecanismos intuitivos (estereotipos, teorías implícitas de la personalidad) que producen juicios rápidos y ahorro individual del tiempo y esfuerzo necesitado para considerar todas las contingencias y posibles resultados.

Reyes (1990), hace un estudio con estudiantes universitarios de provincia. La muestra estuvo constituida por 59 sujetos de los cuales 28 eran mujeres y 31 hombres, se les aplicó el cuestionario de la Familia Mexicana, para evaluar las premisas histórico culturales que sustentan la orientación cultural del mexicano, y la Técnica de Diferencial Semántico para medir las actitudes respecto al SIDA. Se encontró que el SIDA se asocia significativamente con cáncer, prostitución, homosexualidad y promiscuidad sexual; pero sorprendentemente no tiene ninguna relación con muerte, condón, con drogadicción, ni con relaciones sexuales. Esto permite concluir al autor que los que los elementos aparentemente involucrados y publicitados a través de las campañas informativas no han sido adecuadamente integrados por el público en general. Los sujetos perciben al SIDA como algo

muy lejano (poco familiar), consideran que esta pandemia es algo que les sucede a otros y no a ellos.

Tal vez a ésta baja percepción de riesgo, se deba que del total de casos de SIDA en Mexico más del 10% se han encontrado en estudiantes y maestros (Valdespino,1990).

En mayo de 1988, la Dirección General de Epidemiología realizó encuestas sobre SIDA y sexualidad en seis ciudades del país. Algunos resultados en estudiantes del D.F fueron los siguientes: promedio de edad de los encuestados, 22 años en hombres y 20 años en mujeres; sexualmente activos 90% y 31%; promedio de edad de la primera relación sexual, 16 años y 18 años; antecedentes de prácticas homosexuales 6% y 0.5%; promedio de parejas sexuales en los últimos seis meses, tres y dos respectivamente; conocen el condón 93% de los estudiantes hombres y 79% de las mujeres; solo el 9% de los encuestados refirieron haber usado el condón casi siempre en sus relaciones sexuales en los últimos cuatro meses (Valdespino,1990).

Estos datos y todo lo dicho anteriormente denotan la importancia de conocer qué piensa y cómo se comporta la población universitaria respecto al SIDA, con el fin de dirigir campañas específicas para ésta población.

Es por ello la realización de esta investigación en la cual se pretendió conocer la percepción de riesgo de contraer SIDA que tienen los estudiantes universitarios de la UNAM.

### III METODO

#### 3.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Se han hecho pocos estudios respecto a cómo las personas perciben el riesgo de contagiarse de SIDA, si se toma en cuenta que la percepción de riesgo puede influir en el contagio de esta enfermedad, entonces es necesario conocer como perciben el riesgo de contagiarse de SIDA las diferentes poblaciones, ya que de acuerdo a la población a la que pertenezcan las personas (hombres, mujeres, edad, ocupación, etc.) puede diferir su percepción.

Para que las campañas educativas incidan en esta percepción es necesario que al elaborarlas se tome en cuenta la población a la que van dirigidas.

Así entonces para lanzar campañas que impacten a una población tan joven y numerosa como lo es la universitaria se necesita conocer la percepción de riesgo que tiene de contagiarse de SIDA. Por lo tanto se plantearon las siguientes interrogantes:

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. ¿Cuál es la percepción de riesgo de contraer sida que tienen los estudiantes universitarios?
2. ¿Existen diferencias en la percepción de riesgo entre hombres y mujeres?

3. ¿Existen diferencias en la percepción de riesgo de contraer sida, entre estudiantes de acuerdo al área académica a la que pertenecen?

4. ¿Existen diferencias en la percepción de riesgo de contraer sida entre los estudiantes que han tenido relaciones sexuales y los que no las han tenido?

5. ¿Existen diferencias en la percepción de riesgo de contraer sida, entre los estudiantes que utilizan el condón y los que no lo utilizan?

### 3.2 OBJETIVOS

1. Conocer la percepción de riesgo de contraer sida que tienen los estudiantes universitarios.

2. Conocer las diferencias en la percepción de riesgo de contraer sida entre hombres y mujeres universitarios.

3. Conocer las diferencias en la percepción de riesgo de contraer sida entre estudiante universitarios de distintas áreas académicas.

4. Conocer las diferencias que existen en la percepción de riesgo de contraer sida, entre los estudiantes universitarios que han tenido relaciones sexuales y los que no las han tenido.

5. Conocer las diferencias en la percepción de riesgo de contraer sida, entre los estudiantes universitarios que utilizan el condón y los que no lo utilizan.

### 3.3 HIPOTESIS

1. No existen diferencias estadísticamente significativas en

la percepción de riesgo de contraer sida entre estudiantes universitarios.

2. No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de riesgo de contraer sida entre hombres y mujeres universitarios.

3. No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de riesgo de contraer sida, entre los estudiantes universitarios de distintas áreas académicas.

4. No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de riesgo de contraer sida, entre estudiantes universitarios que han tenido relaciones sexuales y los que no las han tenido.

5. No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de riesgo de contraer sida entre estudiantes universitarios que utilizan el condón y los que no lo utilizan.

### 3.4 VARIABLES

Para cada problema planteado se manejaron las siguientes variables.

Problema 1

V.I Ser estudiante universitario

V.D Percepción de riesgo de contraer sida.

Problema 2

V.I Género

V:D Percepción de riesgo de contraer sida

Problema 3

V.I Area académica

V.D Percepción de riesgo de contraer sida.

#### Problema 4

##### V.I Relaciones sexuales

V.D Percepción de riesgo de contraer sida.

#### Problema 5

##### V.I Uso del condón

V.D Percepción de riesgo de contraer sida.

### DEFINICION DE VARIABLES

#### DEFINICION CONCEPTUAL

**Percepción de riesgo.** Es la atribución que cada individuo hace, de la posibilidad, de que se contagien con VIH los diferentes grupos de personas, de acuerdo a sus patrones sexuales y número de parejas; así como de la posibilidad de que ellos mismos se contagien.

**Género.** Es un aspecto fundamental de la personalidad. Incluye tres componentes: 1) la convicción básica del individuo en el sentido de ser macho o hembra 2) el comportamiento del individuo que culturalmente aparece asociado con los hombres y las mujeres 3) las preferencias del individuo para hacer parejas con hombres o mujeres (Katchadurian, 1983).

**Area académica.** Es la agrupación de carreras y profesiones, que se imparten en la UNAM, de acuerdo a la similitud de técnicas y contenidos existentes entre ellas. (Comunicación personal, Diaz, L., 1992)

**Relaciones sexuales.** Es el acto en el cual, hay un

intercambio de placer sexual entre seres humanos, implica algunas o todas las siguientes características: besos, caricias, masturbación mutua, penetración anal o penetración vaginal.

Las relaciones sexuales pueden ser heterosexuales, cuando hay actividad sexual con miembros del sexo opuesto; homosexuales, cuando hay actividad sexual con miembros de su propio sexo ó bisexuales cuando mantienen actividad sexual con miembros de ambos sexos.

**Uso de condón.** El condón es una funda de caucho que se coloca en el pene en el momento anterior a la penetración. El condón evita que durante la penetración se intercambie sangre, semen o fluidos vaginales; con lo que se evita la transmisión de enfermedades sexuales o los embarazos no deseados (Pick y cols, 1988)

**Uso.** El condón se pone una vez que el pene está totalmente erecto y antes de penetrar. Se abre la envoltura con cuidado con la yema de los dedos, nunca con los dientes ni las uñas. Antes de colocarlo hay que bajar el prepucio lo más posible. Se sujeta la punta del condón presionándolo para sacarle el aire, se coloca sobre la punta del glande desenrollándolo suavemente sin soltar la punta hasta que llegue a la base del pene, se penetra, si durante la penetración se siente que el condón se sale hay que sujetarlo por la base, si se siente que se rompe hay que retirarse inmediatamente lavarse y utilizar un condón nuevo.

Después de eyacular hay que retirarse sujetando el condón por la base, para quitarlo se desliza desde la base cuidando que

el semen quede en la punta del condón. hay que hacerle un nudo, lavarse y tirar el condón.

Nunca se debe usar el mismo condón mas de una vez.

(Voz Humana, 1990)

#### DEFINICION OPERACIONAL

Percepción de riesgo de contrae sida. Son las posibilidades (ninguna, regulares, muchas) que el estudiante considera que existen, de que las siguientes personas se contagien de sida. hombre homosexual con una pareja, hombre homosexual con más de una pareja, mujer homosexual con una pareja, mujer homosexual con más de una pareja, hombre heterosexual con una pareja, hombre heterosexual con más de una pareja, mujer heterosexual con una pareja, mujer heterosexual con más de una pareja, hombres o mujeres bisexuales, tu.

Género. Ser hombre o ser mujer.

Area académica. Pertenecer al área de Sociales, Económico-Administrativas, Ciencias, Humanidades, Médicas o Construcción. Estas áreas se formaron en base a los objetivos de la investigación y la agrupación es distinta a la ya existente en la UNAM.

Cada área esta constituida por las siguientes carreras.

Sociales: Sociología, Ciencias Políticas, Relaciones Internacionales, Comunicación, Trabajo Social y Psicología.

Económico-Administrativas: Economía, Administración y Contaduría.

Ciencias: Química, Biología, Matemáticas y Física.  
Humanidades: Derecho, Letras, Filosofía y Pedagogía.  
Médicas: Enfermería, Medicina, Veterinaria y Odontología.  
Construcción: Arquitectura, Ingeniería y Artes Plásticas.

#### Relaciones Sexuales.

Tener relaciones sexuales. Haber tenido contacto sexual por lo menos una vez a lo largo de su vida.

No tener relaciones sexuales. No haber tenido ningún contacto sexual a lo largo de su vida.

#### Uso del condón.

Utilizar el condón. Usar el condón siempre o algunas veces que se tenga relaciones sexuales.

No utilizar el condón. No haber utilizado el condón en ninguna relación sexual.

#### CONTROL DE VARIABLES EXTRAÑAS

Para controlar las variables extrañas se trató de igualar las condiciones en la medición, es decir se procuró que las aulas fueran similares (ver escenario) y que los encuestadores aplicaran el cuestionario de la misma manera en todas las facultades.

#### 3.5 MUESTRA

Se hizo un muestreo aleatorio estratificado de 3064 estudiantes de 25 carreras de la UNAM, que fueron divididas

en seis áreas académicas para su estudio, estableciendo cuotas por sexo, semestre y carrera.

### 3.6 SUJETOS

Los 3064 estudiantes encuestados pertenecían al nivel licenciatura de Ciudad Universitaria, el 49.4% eran hombres y el 50.6% mujeres, presentando una edad promedio de 21 años; el 34.4% estudiaba segundo semestre, el 33.0% sexto semestre y el 32.6% octavo semestre. Respecto al área académica, el 17.1% pertenecía al área de sociales, el 16.5% a Económico-Administrativas, el 16.0% a Ciencias, el 16.5% a Humanidades, el 16.4% a Médicas y el 17.5% al Área de Construcción.

### 3.7 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio evaluativo de campo ya que se evaluó el patrón de conductas sexuales y el sida en estudiantes universitarios.

### 3.8 DISEÑO

Se empleó un diseño ex-post-facto, puesto que las variables independientes no se pueden manipular, ya están dadas. Se pretendió conocer el patrón de creencias, actitudes y prácticas sexuales de los estudiantes universitarios, sin embargo se tuvo cierto control sobre las variables extrañas.

### 3.9 ESCENARIO

El instrumento fue aplicado en las aulas respectivas de cada Facultad de Ciudad Universitaria, cuidando que estas tuvieran

condiciones similares, es decir, que tuvieran una adecuada iluminación y ventilación, y que no hubiera ruido ni distractores.

### 3.10 INSTRUMENTO

El cuestionario estuvo constituido por 113 preguntas de las cuales la mayoría eran de opción múltiple y solo algunas de respuesta abierta; estuvo conformado por diferentes áreas las cuales se describen a continuación.

Datos generales; que incluía básicamente datos sociodemográficos y sobre la frecuencia con que se tuvo contacto con diferentes medios de comunicación.

Vida sexual; en la cual preguntaba sobre el estilo de vida incluyendo número y tipo de parejas, y frecuencia de relaciones sexuales.

Anticoncepción; que preguntaba sobre el conocimiento y uso de anticonceptivos.

Actitudes hacia el condón; que preguntaba conocimientos y uso del condón.

Información y actitudes hacia el SIDA; en la cual se preguntaba conocimientos sobre la enfermedad, formas de transmisión, sobre el virus del sida, posibilidad de curación, percepción de riesgo de contagio, cambios en la conducta para reducir la amenaza de contagiarse, entre otras áreas.

Uso y aplicación de inyecciones y uso de drogas.

Las dimensiones e indicadores anteriores, se basaron en lo realizado y recomendado como áreas prioritarias según la Organización Mundial de la Salud y las encuestas CAP. Aquí hay

que mencionar que este cuestionario no ha sido publicado, no obstante es válido y confiable. Los reactivos que lo forman son indicadores y escalas; para obtener la validez y la confiabilidad de los indicadores se utilizaron intercorrelaciones, es decir; la respuesta en cierta pregunta debe coincidir con las respuestas de las preguntas con las cuales se interrelaciona. Así mismo para la validez y la confiabilidad de las escalas se hizo un análisis factorial, se obtuvieron factores dimensión y se les aplicó Alfa Crombach para obtener consistencia interna.

Por otra parte, a fin de establecer un instrumento fácil y acorde con la población, se plantearon las preguntas que siguen en un orden cronológico y se eliminaron preguntas muy amenazadoras. El cuestionario se piloteo previamente, así mismo al ser autoadministrado da garantías de confiabilidad, anonimato, y validez.

Cabe aclarar que este estudio forma parte de un proyecto más amplio, del cual es responsable el Doctor Díaz Loving, que se está llevando a cabo en la Facultad de Psicología. Aquí se analizó solo una parte del instrumento utilizado, es decir el correspondiente a percepción de riesgo, género, área académica, relaciones sexuales y uso del condón.

Una replica del cuestionario se puede observar en el apéndice.

### 3.11 PROCEDIMIENTO

El cuestionario fué aplicado en las aulas de cada facultad

donde se encuentren las carreras seleccionadas. La aplicación del instrumento fué realizada en forma autoadministrada en grupos ya constituídos escolarmente y tomando en cuenta las cuotas preestablecidas.

Antes de entregar el instrumento a los sujetos se les dieron las siguientes instrucciones:

" La Facultad de Psicología esta llevando a cabo un estudio sobre sida en la población universitaria, con el fin de prevenir el contagio de esta enfermedad. La información que usted nos proporcione será tratada en forma absolutamente confidencial. El cuestionario tiene apartados que se refieren a su vida personal, por lo cual debe ser contestado individualmente, el tiempo aproximado para contestarlo es de 30 a 45 minutos, si tiene alguna duda la puede consultar con los aplicadores. Por su colaboración gracias."

La información obtenida fué codificada y se procedió al análisis de resultados.

## RESULTADOS

### 4.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra de estudiantes a través de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión.

La muestra estuvo constituida por 3064 estudiantes de los cuales el 49.4% eran hombres y el 50.6% mujeres (ver tabla 1). El 17.1% pertenecía al área de Sociales, el 16.5% a Económico-Administrativas, el 16% a Ciencias, el 16.5% a Humanidades, el 16.4% a Médicas y el 17.5% al área de Construcción (ver tabla 2). Así mismo, el 34.4 % estudiaba segundo semestre, el 33% sexto semestre y el 32.6% octavo semestre (ver tabla 3).

Tabla 1. Distribución de la muestra por género

GÉNERO	%	N
HOMBRES	49.4	(1513)
MUJERES	50.6	(1551)
TOTAL	100.0	(3064)

Tabla 2. Distribución de la muestra por área.

AREA	%	N
CIENCIAS SOCIALES	17.1	(523)
ECONOMICO-ADMINISTRATIVAS	18.5	(505)
CIENCIAS	18.0	(480)
HUMANIDADES	18.5	(505)
MEDICAS	18.4	(504)
CONSTRUCCION	17.5	(537)
TOTAL	100.0	(3084)

Tabla 3. Distribución de la muestra por semestre

SEMESTRE	%	N
2o	34.4	(1054)
6o	33.0	(1011)
8o	32.8	(999)
TOTAL	100.0	(3064)

Se observó que la edad promedio de los estudiantes era de 21 años ( $\bar{X}=21.7$ ), que el 57.3 % eran solteros sin pareja, el 37.1% soltero con pareja, el 5.1% casado y el .5% divorciado, separado o viudo (ver tabla 4). Así mismo, el 65.6% reportó no trabajar, el 23.7% trabajar medio tiempo y el 5.7% trabajar tiempo completo (ver tabla 5).

**Tabla 4. Distribución de la muestra de acuerdo al estado civil.**

ESTADO CIVIL	%	N
SOLTERO SIN PAREJA	57.3	(1725)
SOLTERO CON PAREJA	37.1	(1113)
CASADO	5.1	(156)
DIVORCIADO, SEPARADO O VIUDO	.5	(16)
TOTAL	100.0	(3010)

• 54 PERSONAS NO CONTESTARON

**Tabla 5. Distribución de la muestra por empleo**

EMPLEO	%	N
NO TRABAJA	65.6	(1986)
TRABAJA MEDIO TIEMPO	28.7	(881)
TRABAJA TIEMPO COMPLETO	5.7	(170)
TOTAL	100.0	(2997)

• 67 PERSONAS NO CONTESTARON

Respecto a vida sexual el 53.2% de los estudiantes reportó haber tenido relaciones sexuales y el 46.8% no haber tenido (ver tabla 6), siendo 17 años la edad promedio de la primera relación sexual ( $\bar{x}=17.7$ ). Encontrándose así mismo que el 57.6% tuvo esa primera relación con el novio(a), el 35.1% con un amigo(a), el

9.7% con un conocido(a), el 4.4% con su esposo(a), el 1.1% con un pariente, y el 4.1% con otro tipo de persona (no se especifica) (ver tabla 7). También se observó que el 57.7% tiene una pareja sexual regular y el 42.3% no la tiene (ver tabla 8).

Tabla 6. Distribución de la muestra respecto a si han tenido o no relaciones sexuales

RELACIONES SEXUALES	%	N
HAN TENIDO	53.2	(1626)
NO HAN TENIDO	46.8	(1433)
TOTAL	100.0	(3061)

• 3 PERSONAS NO CONTESTARON

Tabla 7. Personas con quien se tuvo el debut sexual

	%	N
NOVIO(A)	55.8	(889)
AMIGO(A)	25.1	(402)
CONOCIDO	9.7	(156)
ESPOSO(A)	4.4	(70)
PARIENTE	1.1	(18)
OTRA PERSONA	4.1	(65)
TOTAL	100.0	(1600)

• 26 PERSONAS NO CONTESTARON

**Tabla 8. Distribución de la muestra respecto a si tienen pareja sexual regular o no.**

	%	N
TIENE	57.7	(915)
NO TIENE	42.3	(671)
TOTAL	100.0	(1586)

• 42 PERSONAS NO CONTESTARON

En cuanto al uso del condón, el 20.1% de los estudiantes que tienen una pareja sexual regular, reportaron no haber usado el condón nunca en sus relaciones sexuales, el 58.4% haberlo usado algunas veces, y solo el 21.5% reportó haberlo usado siempre (ver tabla 9). Cuando se les preguntó de quien había sido la idea de usarlo, el 21.3% contestó "mía", el 6.6% de "mi pareja" y el 72.1% "de ambos" (ver tabla 10).

No obstante, de los estudiantes que no tienen una pareja sexual regular, el 25.4% reportó no haber usado nunca el condón en sus relaciones sexuales, el 33% haberlo usado algunas veces y el 41.6% haberlo usado siempre (ver tabla 9), contestando el 40.7% fue "mía" la idea de usarlo, el 70.7% "de mi pareja" y el 52.3% "de ambos" (ver tabla 10).

Tabla 9. Uso del condón en estudiantes que tienen pareja sexual regular y estudiantes que no la tienen.

	NUNCA		ALGUNAS VECES		SIEMPRE		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N	%	N
CON PAREJA SEXUAL	20.1	(144)	58.4	(419)	21.5	(154)	100.0	(717)
SIN PAREJA SEXUAL	25.4	(186)	33.0	(215)	41.6	(271)	100.0	(652)

• 217 PERSONAS NO CONTESTARON

Tabla 10. Idea de usar el condón entre quienes tienen y quienes no tienen una pareja sexual regular.

	MIA		DE MI PAREJA		DE AMBOS		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N	%	N
CON PAREJA SEXUAL	21.3	(119)	6.8	(37)	72.1	(403)	100.0	(559)
SIN PAREJA SEXUAL	40.7	(182)	7.0	(28)	52.3	(208)	100.0	(398)

• 102 PERSONAS NO CONTESTARON

Por otra parte cuando se les preguntó a los estudiantes en general, si habían oído hablar del condón el 97% contestó que sí y el 3.0% que no (ver tabla 11). Sin embargo, cuando se les pidió que explicaran su uso solo el 28.3% lo explicó correctamente y el 71.7% no supo explicar como se usa (ver tabla 12).

**Tabla 11. Distribución de la muestra respecto a si han oído hablar del condón**

	X	N
SI	97.0	(2900)
NO	3.0	(91)
TOTAL	100.0	(2991)

• 73 PERSONAS NO CONTESTARON

**Tabla 12. Distribución de la muestra respecto a si conocen el uso del condón.**

	X	N
SI CONOCE	28.5	(705)
NO CONOCE	71.7	(1788)
TOTAL	100.0	(2493)

• 571 PERSONAS NO CONTESTARON

Respecto a la percepción de riesgo, se les preguntó a los estudiantes que posibilidades había de que determinadas personas, se contagiaran de SIDA, de acuerdo a sus prácticas sexuales.

Ellos contestaron lo siguiente:

En cuanto a hombre homosexual con una pareja el 19.3% contestó que ninguna, el 47.2% que regulares y el 33.5% que muchas. Hombre homosexual con más de una pareja, el 1.1% contestó que ninguna, el 10.4% que regulares y el 88.5% que muchas. Mujer homosexual con una pareja, el 22.5% que ninguna, el 52.4% que regulares y el 25.1% que muchas. Mujer homosexual con más de una pareja, el 3.3% que ninguna, el 16.1% que regulares y el 80.6% que muchas. Hombre heterosexual con una pareja, el 39.3% dijo que ninguna, el 32.6% que regulares y el 28.1% que muchas. Hombre heterosexual con más de una pareja, el 2.2% reportó que ninguna, el 25.2% que regulares y el 72.6% que muchas. Mujer heterosexual con una pareja, el 40.1% que ninguna, el 34.9% que regulares y el 25.0% que muchas. Mujer heterosexual con más de una pareja, el 1.8% que ninguna, el 24.5% que regulares y el 73.7% que muchas. Hombres o mujeres bisexuales, el 2.5% que ninguna, el 22.0% que regulares y el 75.5% que muchas. Sin embargo, cuando se les preguntó por la autopercepción de riesgo, el 72.5% contestó que no había ninguna posibilidad de contagio, el 23.8% que regulares y solo el 3.7% que muchas (ver tabla 13). Encontrándose así mismo, que al 57.8% de los estudiantes no les preocupa nada contagiarse de SIDA, al 28.6% le preocupa algo y solo al 13.6% le preocupa mucho (ver tabla 14)

Tabla 13. Porcentajes respecto a la percepción de riesgo.

	NINGUNA		REGULARES		MUCHAS		
	%	N	%	N	%	N	
HOMBRE HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA	19.3	(580)	47.2	(1418)	33.5	(1007)	*81
HOMBRE HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	1.1	(34)	10.4	(316)	88.5	(2673)	*42
MUJER HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA	22.5	(672)	52.4	(1585)	25.1	(752)	*75
MUJER HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	3.3	(99)	18.1	(479)	80.8	(2404)	*82
HOMBRE HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA	38.3	(1176)	32.8	(977)	28.1	(841)	*70
HOMBRE HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.2	(68)	28.2	(785)	72.8	(2178)	*88
MUJER HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA	40.1	(1197)	34.9	(1043)	25.0	(746)	*78
MUJER HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	1.6	(54)	24.5	(733)	73.7	(2204)	*73
HOMBRE Y MUJER BISEXUAL	2.5	(74)	22.0	(681)	75.5	(2280)	*68
TU	72.5	(2131)	23.8	(701)	3.7	(108)	*124

\* PERSONAS QUE NO CONTESTARON

Tabla 14. Porcentajes respecto a la preocupación del estudiante por el contagio

	%	N
NADA	57.8	(1752)
ALGO	28.6	(887)
MUCHO	13.6	(413)
TOTAL	100.0	(3032)

\* 32 PERSONAS NO CONTESTARON

Finalmente cuando se les preguntó a los estudiantes si habían cambiado alguna conducta para pretegerse de contraer el SIDA, el 44.7% contestó que si y el 55.3% que no (ver tabla 15) De los que contestaron que si, las conductas que han cambiado son: el 38.2% tener relaciones sexuales con una sola pareja, el 36.4% usar condon, el 13.1% usar jeringas desechables, el 11.5% exigir higiene en consultorios, hospitales laboratorios y clínicas, el 0.8% no usar baños públicos ( ver tabla 16 ). De los que no han cambiado su conducta el 59.1% reportó no haberlo hecho porque no siente riesgo, el 20.7% porque no tiene vida sexual, el 17.4% dió respuestas generales como soy conciente, precavido y el 2.8% reportó no estar informado (ver tabla 17).

**Tabla 15. Porcentajes de si se han dado cambios de conducta para protección**

	%	N
SI	44.7	(1294)
NO	55.3	(1601)
TOTAL	100.0	(2895)

• 189 PERSONAS NO CONTESTARON

**Tabla 16. Porcentaje de conductas que han cambiado los estudiantes**

	%	N
RELACIONES SEXUALES CON UNA PAREJA	38.2	(409)
USAR CONDON	36.4	(390)
USAR JERINGAS DESECHABLES	13.1	(140)
EXIGIR HIGIENE	11.5	(123)
NO USAR BANOS PUBLICOS	0.8	(3)
TOTAL	100.0	(1077)

• 223 PERSONAS NO CONTESTARON

**Tabla 17. Porcentajes del porque no se han cambiado conductas**

	%	N
NO SIENTE RIESGO	59.1	(759)
NO TIENE VIDA SEXUAL	20.7	(266)
RESPUESTAS GENERALES	17.4	(223)
NO ESTAR INFORMADO	2.8	(36)

• 317 PERSONAS NO CONTESTARON

#### 4.2 ANALISIS INFERENCIAL

Posteriormente, para aceptar o rechazar las hipótesis planteadas en la investigación, es decir, conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de riesgo de contraer SIDA en el grupo de estudiantes dependiendo de las variables criterio (genero, area académica, y vida

sexual.- han tenido relaciones sexuales o no han tenido, han usado o no el condón -) se utilizó un análisis de varianza.

Al analizar las medias de la percepción de riesgo de la muestra global, se encontró que los estudiantes perciben con mayor riesgo de contagiarse de SIDA a las personas con más de una pareja sexual y con menos riesgo a las personas que tienen una sola pareja, siendo hombre y mujer heterosexuales con una pareja donde se observaron las medias más bajas ( $\bar{X}=1.88$  y  $\bar{X}=1.84$  respectivamente). No obstante, fue en la autopercepción donde se encontró la media más baja ( $\bar{X}=1.31\%$ ), es decir; los estudiantes perciben que de alguna u otra manera los demás se pueden contagiar pero el mismo no se percibe en riesgo (ver tabla 18).

Tabla 18. Distribución de medias de la percepción de riesgo.

	MEDIA	DES.EST.
HOMBRE HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA	2.14	.713
HOMBRE HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.87	.365
MUJER HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA	2.02	.690
MUJER HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.77	.482
HOMBRE HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA	1.88	.813
HOMBRE HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.70	.503
MUJER HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA	1.84	.793
MUJER HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.71	.488
HOMBRE Y MUJER BISEXUAL	2.73	.487
TU	1.31	.537

En relación a las diferencias por género se encontró que hubo diferencias significativas en la percepción de riesgo hacia el hombre homosexual con una pareja ( $F(1,2893)=10.95; p=.001$ ) y mujer heterosexual con una pareja ( $F(1,2841)=6.21; p=.01$ ). En este caso siendo los hombres ( $\bar{X}=2.19, \bar{X}=2.05$  respectivamente) quienes percibieron con mayor riesgo a estos grupos que las mujeres ( $\bar{X}=2.11, \bar{X}=2.0$ ). No obstante, las mujeres percibieron más riesgo que los hombres en mujer homosexual con más de una pareja ( $F(1,2893)=7.28; p=.007; \bar{X}=2.81$ ), hombre y mujer heterosexual con más de una pareja ( $F(1,2893)=31.84; p=.000$  y  $F(1,2893)=13.96; p=.000$  respectivamente  $\bar{X}=2.77$ ) y hombre y mujer bisexual ( $F(1,2893)=4.43; p=.03; \bar{X}=2.75$ ).

No se encontraron diferencias significativas en la percepción hacia el hombre homosexual con más de una pareja y hombre y mujer heterosexual con una pareja.

En la autopercepción de riesgo se encontraron diferencias significativas, ( $F(1,2841)=4.39; p=.03$ ) el hombre ( $\bar{X}=1.41$ ) percibe más riesgo de contagiarse que la mujer ( $\bar{X}=1.34$ ) sin embargo, esta autopercepción es sumamente baja (ver tabla 19).

Tabla 19. Diferencias en la percepción de riesgo por género.

	H	M	F	P
HOMBRE HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA	2.19	2.11	10.95	.001 *
HOMBRE HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.87	2.89	1.36	.24
MUJER HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA	2.05	2.00	6.21	.013 *
MUJER HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.75	2.81	7.28	.007 *
HOMBRE HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA	1.89	1.89	1.29	.72
HOMBRE HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.63	2.77	31.84	.000 *
MUJER HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA	1.85	1.84	.28	.59
MUJER HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.68	2.77	13.98	.000 *
HOMBRE Y MUJER BISEXUAL	2.71	2.75	4.43	.03 *
TU	1.35	1.28	2.26	.13

Respecto a las diferencias en vida sexual (han tenido relaciones sexuales o no han tenido ), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de riesgo entre los estudiantes que han tenido y los que no han tenido. Sin embargo, si se encontraron diferencias significativas en la autopercepción de riesgo ( $F(1,2828) = 13.55; p = .000$ ) percibiéndose con más riesgo, quienes si han tenido relaciones sexuales, ( $X = 1.36$ ) aunque esta percepción es muy baja (ver tabla 20).

Tabla 20. Diferencias en la percepción de riesgo respecto a si han tenido o no relaciones sexuales

	SI	NO	F	P
HOMBRE HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA	2.15	2.15	1.62	.20
HOMBRE HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.67	2.68	.11	.74
MUJER HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA	2.02	2.04	2.56	.15
MUJER HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.75	2.81	3.21	.07
HOMBRE HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA	1.88	1.89	.26	.60
HOMBRE HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.68	2.75	1.24	.26
MUJER HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA	1.63	1.66	.76	.38
MUJER HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.69	2.78	3.35	.06
HOMBRE Y MUJER BISEXUAL	2.72	2.75	.48	.49
TU	1.36	1.26	13.53	.000 *

Er cuanto al uso del condón, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción hacia los demás, ni en la autopercepción de riesgo de adquirir SIDA entre los estudiantes que han usado y los que no han usado el condón (ver tabla 21).

Tabla 21. Diferencias en la percepción de riesgo respecto al uso del condón

	SIEMPRE	ALG.VEC	NUNCA	F	P
HOMBRE HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA	2.12	2.06	2.20	1.35	.25
HOMBRE HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.64	2.83	2.90	1.63	.19
MUJER HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA	2.03	1.98	2.05	.55	.57
MUJER HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.74	2.73	2.75	.22	.69
HOMBRE HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA	1.91	1.88	1.86	1.02	.36
HOMBRE HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.64	2.82	2.71	1.35	.25
MUJER HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA	1.85	1.74	1.79	1.07	.34
MUJER HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.67	2.61	2.67	.77	.46
HOMBRE Y MUJER BISEXUAL	2.71	2.71	2.73	.06	.93
TU	1.39	1.43	1.35	.94	.38

En referencia al área cursada, se observó en general, que hubo diferencias significativas en la percepción hacia todas las categorías entre cada una de las áreas ( ver tabla 22 ).

Cabe señalar que en este caso se utilizó la prueba a posteriori Sheffé, para determinar entre que áreas estaban las diferencias.

Tabla 22. Diferencias en la percepción de riesgo respecto al área académica

	SOC.	E-A.	CEN.	HUM.	MED.	CONS.	F	P
HOMBRE HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA	2.30	2.12	2.12	2.12	2.10	2.01	6.62	.000 *
HOMBRE HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.90	2.68	2.83	2.89	2.85	2.87	2.64	.02 *
MUJER HOMOSEXUAL CON UNA PAREJA	2.19	1.99	2.05	1.97	1.97	1.95	8.78	.000 *
MUJER HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.63	2.78	2.78	2.73	2.78	2.74	2.58	.02 *
HOMBRE HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA	2.11	1.84	1.91	1.77	1.89	1.79	12.07	.000 *
HOMBRE HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.75	2.72	2.68	2.66	2.74	2.64	3.97	.001 *
MUJER HETEROSEXUAL CON UNA PAREJA	2.07	1.82	1.84	1.73	1.84	1.75	11.92	.000 *
MUJER HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	2.76	2.76	2.68	2.68	2.74	2.67	3.43	.004 *
HOMBRE Y MUJER BISEXUAL	2.76	2.71	2.70	2.60	2.75	2.63	7.25	.000 *
TU	1.32	1.31	1.34	1.24	1.27	1.38	3.56	.003 *

En relación a hombre homosexual con una pareja, Sheffé reveló que el área de Sociales ( $\bar{X}=2.30$ ) difiere significativamente del resto de las áreas ( $F(5,2997) = 6.62$ ;  $p=.000$ ) presentando una mayor percepción de riesgo. En cuanto a hombre homosexual con más de una pareja ( $F(5,3016) = 2.64$ ;

$p=.020$ ) también hubieron diferencias significativas, sin embargo, en la prueba a posteriori no se encontraron dos grupos al menos, significativamente diferentes. En mujer homosexual con una pareja ( $F(5,2983) = 8.78; p=.000$ ) Sheffé también reveló que el área de Sociales ( $\bar{X}=2.19$ ) difiere significativamente del resto de las áreas reportando una mayor percepción de riesgo. En mujer homosexual con más de una pareja, ( $F(5,2976) = 2.58; p=.02$ ) se encontraron diferencias significativas, pero en la prueba a posteriori no se encontraron dos grupos al menos, significativamente diferentes. Respecto a hombre heterosexual con una pareja, ( $F(5,2988) = 12.07; p=.000$ ) Sheffé revela nuevamente diferencias significativas en el área de sociales ( $\bar{X}=2.11$ ) con respecto a las demás áreas, presentando una mayor percepción de riesgo. En hombre heterosexual con más de una pareja ( $F(5,2976) = .001$ ) Sheffé mostró diferencias significativas entre los estudiantes de Sociales y los de Construcción, observándose, una mayor percepción de riesgo en los estudiantes de Sociales ( $\bar{X}=2.75$ ). En mujer heterosexual con una pareja, Sheffé también revela más percepción de riesgo en los estudiantes de Sociales ( $\bar{X}=2.07$ ) comparándolos con los de las demás áreas. En cuanto a mujer heterosexual con más de una pareja ( $F(5,2985) = 3.43; p=.004$ ) se observaron diferencias significativas, sin embargo, en la prueba a posteriori no se encontraron al menos dos grupos, significativamente diferentes. En hombre y mujer bisexual ( $F$

(5,2989) = 7.25; p = .000) la prueba a posteriori muestra diferencias significativas en la percepción de riesgo entre los estudiantes de Sociales ( $\bar{X}$ =2.76), Humanidades ( $\bar{X}$ =2.80) y Médicas ( $\bar{X}$ =2.75) con respecto a los de Construcción ( $\bar{X}$ =2.83) presentando estos últimos una percepción más baja ( $F(5,2934) = 3.56; p = .003$ ) (ver tabla 22).

Finalmente en la autopercepción de riesgo Sheffé mostro diferencias significativas entre los estudiantes de Humanidades ( $\bar{X}$ =1.24) y los de Construcción ( $\bar{X}$ =1.36) percibiendose estos últimos en más riesgo de contagio. No obstante esta autopercepción es baja (ver tabla 22)

Aquí cabe resaltar que en todos los grupos con una pareja, los estudiantes del area de Sociales percibieron mayor riesgo de contagio que el resto de los estudiantes.

Para finalizar se puede observar, que en general los estudiantes de todas las áreas perciben más riesgo de contagio en los individuos que tienen más de una pareja sexual, sin importar la preferencia sexual (heterosexual, homosexual, bisexual).

## DISCUSION

El propósito de esta investigación fue conocer la percepción de riesgo que tienen los estudiantes universitarios de contagiarse de SIDA, y si esta percepción varia de acuerdo a si se es hombre o mujer si se tiene o no vida sexual y a si se utiliza o no el condon, así como también si influye en la percepción el área académica a la que se pertenece.

Los resultados obtenidos mostraron que en general, los estudiantes universitarios perciben en riesgo de contagiarse de SIDA a todas las personas pero ellos no se perciben así mismos en riesgo, los individuos desechan la posibilidad de contagio, lo cual concuerda con los trabajos de Mays y Cochran (1988), Reyes (1990) y el Centro Internacional de Fecundidad Adolescente (1991).

Más de la mitad de los universitarios mantienen relaciones sexuales y tuvieron su debut sexual a una edad muy temprana. sin embargo, las diferencias en la percepción entre quienes han tenido y quienes no han tenido relaciones sexuales es minima, en general no se percibe riesgo de contagio a pesar de que no hay una protección durante las relaciones sexuales, es decir, los estudiantes saben que las relaciones sexuales son uno de los mecanismos a través del cual se puede transmitir el SIDA, sin

embargo, al parecer sólo manejan la información pero no la han asimilado. ( Harrison, Wambach, Byers e Imershein, citados por Villagran, 1993; Brownes, O'Gorman y Dismore, 1990 ).

Solo una minima parte de los estudiantes han usado el condón siempre en sus relaciones sexuales, la mayoría lo ha utilizado solo algunas veces o nunca, aunque parece que es usado un poco más constantemente por quienes no tienen una pareja sexual regular; es cierto que el tener una sola pareja sexual regular, disminuye el riesgo de contagio, pero hay que tener en cuenta si se han tenido parejas sexuales con anterioridad, porque los estudiantes se pueden sentir seguros cuando hay fidelidad mutua con su pareja, sin embargo, hay que tener presente que el SIDA comenzó su apogeo hace 10 años, por tanto si el estudiante mismo o su pareja, tuvieron parejas sexuales anteriormente cabe la posibilidad que hayan adquirido el virus y generalmente esto no lo toma en cuenta el estudiante, como tampoco toma en cuenta si tuvo una pareja sexual ocasional, a veces no se percibe el riesgo en una sola relación, en fin; de cualquier manera, los porcentajes obtenidos muestran que para la mayoría de los estudiante universitarios el condón no es un medio que disminuya el contagio de SIDA. Ni difiere la percepción de riesgo entre quienes lo usan y quienes no lo usan (Valdespino,1990).

Tal vez éste uso , un tanto más frecuente entre quienes tienen más de una pareja sexual; esté relacionado con la percepción que los estudiantes tienen hacia las demás personas, ya que a través de los porcentajes se puede observar que perciben

más riesgo de contagio hacia las personas con más de una pareja sexual, aquí se podría pensar que hay cierta identificación y que por ello se incrementa el uso del condón, pero realmente los porcentajes de los estudiantes que usan siempre el condón son tan bajos que ésto solo puede quedar en una mera especulación, ya que la mayor parte de los estudiantes ni se percibe así mismo en riesgo ni les preocupa contagiarse (Mays y Cochran, 1990).

Por otra parte se observan diferencias en la percepción entre hombres y mujeres, al parecer para los hombres es la preferencia sexual lo que influye en el contagio, ya que ellos perciben en más riesgo a los homosexuales; y para las mujeres, es el número de parejas sexuales lo que influye, ya que ellas perciben en más riesgo a quienes tienen más de una pareja sexual. Así mismo no se observan diferencias entre hombres y mujeres en la percepción hacia hombres y mujeres heterosexuales con una pareja, y además son a los grupos que se perciben con menor riesgo de contagio. Quizás, estas diferencias entre hombres y mujeres estén determinadas por los estereotipos, esto es; el percibir en más riesgo a los homosexuales se debe a que desgraciadamente fué en las primeras personas en quien se presentó el SIDA, por tanto son encasillados como grupos de alto riesgo, así mismo, al percibir más riesgo en quienes tienen más de una pareja sexual, habla de algo con lo que "no se puede" identificar el universitario, infidelidad, promiscuidad, prostitución, en fin; conductas "inmorales" (Castro, citado por Leyva, 1988).

Ahora bien, en cuanto al área académica, algo que llama la atención es la forma en como difiere la percepción de los estudiantes de Sociales, del resto de los estudiantes en las personas con una sola pareja sexual, en estos grupos, los estudiantes de Sociales, perciben más riesgo de contagio que los demás estudiantes, y esto es algo difícil de entender y de explicar porque no concuerda con los estereotipos o patrones culturalmente dados, es decir: se esperaba que las diferencias se inclinaran hacia los grupos con más de una pareja sexual, tal vez, este punto podría ser retomado en otra investigación en donde se pueda observar como piensa y como se comporta el estudiante de Sociales.

En los grupos con más de una pareja, se observaron diferencias, sin embargo no se encontraron dos áreas al menos, significativamente diferentes. No obstante, en general los estudiantes de todas las áreas percibieron más riesgo de contagio en estos grupos, ya que es donde se observaron las media más altas (Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim, 1990). Quizás esta percepción se deba a que como ya se mencionó anteriormente, se asocia el "más de una pareja" con conductas inmorales.

Por otra parte en hombre y mujer bisexual, difiere la percepción entre los estudiantes de Sociales, Humanidades y Médicas respecto a los de Construcción, presentando estos últimos una percepción más baja. Estos resultados, aunados a los descritos anteriormente muestran que en general, los universitarios tienen una alta percepción de riesgo, de que las demás personas pueden adquirir SIDA, sobre todo los del área de

Sociales que fué donde se observaron las medias más altas, y uniéndose a ellos los de Humanidades y los de Médicas. No obstante en la autopercepción, fueron los del área de Construcción quienes se percibieron en más riesgo, aunque esta percepción fue realmente baja. Esto indica que los estudiantes conocen y manejan información sobre SIDA pero no la han asimilado, al menos no para sí mismos, ellos se excluyen a pesar de que más la mitad tienen una vida sexual activa, muchos tienen más de una pareja sexual regular y muy pocos usan el condón en sus relaciones sexuales (Centro Internacional de Fecundidad Adolescente, 1991; Mays y Cochran 1990; Reyes, 1990).

Curiosamente en quienes se debería esperar menos autopercepción de riesgo, es en quien se observa un más, bueno, esto de se debería, es porque, generalmente los de áreas humanísticas (Sociales, Humanidades, Médicas) son considerados de un "amplio criterio", es decir; por su formación tienen una visión distinta del mundo, teóricamente son gente más consciente, sin entrar en detalles, sin embargo, no tienen autopercepción de riesgo de adquirir SIDA, al igual que otras personas observadas en otras investigaciones y citadas en este estudio.

De todo esto se concluye, que si existen diferencias significativas en la percepción de riesgo entre los estudiantes universitarios, pero solo cuando se trata de emitir juicios hacia los demás, es decir; cuando se percibe a otros. No existen diferencias cuando se trata de valorarse a sí mismo, a pesar de que se tengan prácticas de riesgo al igual que otras personas. No

se percibe en riesgo (Peyes, 1990)

De acuerdo a estudios aquí revisados, en la población juvenil está teniendo una alta incidencia el SIDA. esta enfermedad se está transmitiendo entre los jóvenes principalmente por medio de relaciones sexuales, y ellos se niegan a aceptar que se pueden contagiar, por ello es sumamente importante seguir investigando como piensan y como se comportan los jóvenes en diferentes edades, en diferentes niveles (tanto escolares como económicos) en suma en diferentes medios. ya que el SIDA no respeta a nadie, y es solo a través de la educación, de cambiar formas de pensamiento y de comportamiento, como se puede disminuir, hasta el momento, el contagio de esta enfermedad.

Se espera que que esta investigación sirva a futuros estudios o campañas contra el SIDA, las cuales se diseñen pensando en las personas a las que van dirigidas, ya que el entorno social en el que se desenvuelven las personas es sumamente importante, pero sobre todo que vayan más allá de la mera información, sobre el SIDA deben ser campañas que hagan sentir a quien van dirigidas que él como cualquier otra persona esta expuesta a contagiarse con el VIH.

## BIBLIOGRAFIA

- Aridjis, P. (1990). ¿Como se contagia el virus del SIDA? Gaceta Conasida. Número Especial.
- American Red Cross. (1990). Prevención del HIV/SIDA. para la familia. Hispanic HIV/SIDA Program.
- Bernard, J., Hébert, Y., de Mann, A., Farrar, D. (1987). Attitudes of french-canadian university students toward use of condoms: a structural analysis Psychological Reports, 65, 851-854
- Brownes, I., D' gorman, F., Dismore, 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
- Centro Internacional de Fecundidad Adolescente (1971). "Ami no me va a pasar" Reflexión Juvenil Washington, D.C. 111.
- Chester, A., Insko, Shopler, J. (1980) Percepción de la persona y procesos de atribución. Psicología Social Experimental. México. D.F : Trillas Cap B.
- Colectivo Sol. (1991). "La Cosa Esta de a Peso..." México. D.F.
- CONASIDA (1990). SIDA Información Básica para el personal de Salud 3-58.
- Eusko, J. (1989) SIDA Manual de Información para Profesionales Sanitarios de Atención Primaria. Servicio Vasco de Salud.
- Galban, G., De Quesada, R., y Cadiz, L. (1989) Programa de entrenamiento sobre SIDA. La Habana, Cuba: Ciencias Medicas.
- Gaceta Conasida (1988). Mitos y Realidades Sobre la Transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Nov-Dic 1, 4 3-4.
- Gaceta Conasida (1983). Otro Virus del SIDA: el VIH-2 Jul-ago 1 2 9
- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia: (1991) Boletín Mensual de SIDA/ETS. 5 11 2044-2056.
- Jones, E. (1980) Percepción y evaluación de las personas Principios de Psicología Social. México D.F : Limusa Cao.B.

- Katchadurian, H. (1983) La Sexualidad Humana. Mexico D.F : Fondo de Cultura Económica.
- Krech, D., Crutchfield, R. y Ballachey, E. (1972). Psicología Social. Madrid : Biblioteca Nueva Almagro. 54-60.
- Kleinhesselink, R., Rosa, E. (1991). Cognitive representation of risk perceptions. Journal of Cross-Cultural Psychology. 22, 1., 11-28.
- Ligouri, A.L. (1991). A diez años del SIDA una visión desde el feminismo. Gaceta Conasida. Ene-Feb IV, 1 8-9.
- Luna, P. (1991). El SIDA y los grupos sociales. Sociedad y Sida. El Nacional 6, 4.
- Leyva, J.A (1988) El SIDA su impacto social y demográfico. Gaceta Conasida. may -jun 1, 11 5-7.
- Mann, J. (1991) El SIDA en el mundo, revolución, paradigma y solidaridad. Gaceta Conasida. Ene-Feb VI, 1 : 3-7.
- Mays, V. y Cochran, S. (1988) "Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities by black and hispanic/latina women" American Psychological, (43), 11 949-957
- Prohaska, T., Albrecht, G., Levy, J., Sugrue, N., y Kim, J. (1990) Determinants of self-perceived risk for AIDS. Journal of Health and Social Behavior. 31, 384-394.
- Pick de Weis, S., Montero, M., López, C. y Aguilar, G. (1988) La anticoncepción. Planeando tu Vida. México. D.F : Impresora Galve, S.A.
- Reyes, L. (1990). Actitudes hacia el SIDA en jóvenes universitarios. La Psicología Social en México. México: Asociación Mexicana de Psicología Social. III, 6-319.
- Sheran, P., Abraham, S., Abrams, D., Spears, R. y Marks, D. (1990) The post AIDS structure of student's attitudes to condoms: age, sex and experience of use. Psychological reports (66), 614.
- Soler, C. (1988) ¿ Como se transmite el virus del SIDA por vía sanguínea ? Gaceta Conasida. Sep Oct I, 3-4.
- Stoetzel, J. (1971). La percepción. Psicología Social. España: Marfil. S.A Cap. VII, 100-114.

- Unda-Gómez,R. (1988) Los heterosexuales y el SIDA. Gaceta Conasida. May-Jun I, 1. 14-15.
- Uribe,P. (1988). ¿ Como se transmite el virus del SIDA de madre a hijo ? Gaceta Conasida. Sep-Oct I, 3. 3-4.
- Uribe,P.(1989). Como vivir con el virus del SIDA. Gaceta Conasida, May-Jun II, 1. 3-7.
- Valdespino.G. (1990) ¿El SIDA es igual en todas partes? Gaceta Conasida. Mar-Abr III.2. 10-11.
- Valdespino.G.(1990). Gaceta Conasida. Número Especial.
- Valdespino,G.. Del Río,A. y Busáñez,R. (1990). Epidemiología del SIDA en mujeres. Gaceta Conasida. Sep-Oct. III, 5-9.
- Villagran.V (1993). Hacia un Modelo Predictivo de la Percepción de Riesgo y Uso del Condón. Tesis de Maestría UNAM. Facultad de Psicología .
- Voz Humana. A.C.(1990) Uso del condón. Servicios de Orientación e Información sobre SIDA .

## APENDICE

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 daran 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 TIENES QUE SALTAR 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. EDAD \_\_\_\_\_
3. SEMESTRE \_\_\_\_\_ 6 7  8
4. CARRERA \_\_\_\_\_
5. FACULTAD \_\_\_\_\_ 9 10
6. ¿ ACTUALMENTE ERES: ? 11 12
- (1) soltero(a) sin pareja  13  14 15
- (2) soltero(a) con pareja \_\_\_\_\_
- (3) casado(a) numero de años de casado(a) \_\_\_\_\_
- (4) Divorciado(a) o Separado(a) o viudo(a) sin pareja \_\_\_\_\_
- (5) Divorciado(a) o Separado(a) o viudo(a) con pareja \_\_\_\_\_
7. ¿ CUANTOS HIJOS E HIJAS TIENES ? \_\_\_\_\_ Hijas
- \_\_\_\_\_ Hijos
8. ¿ DONDE NACISTE ? \_\_\_\_\_

20 21

9. ¿ CUANTO TIEMPO TIENES VIVIENDO EN EL D.F. ?

años y meses

  

22 23

24 25

10. SI HAS VIVIDO ADUI POR MENOS DE UN AÑO ¿ EN DONDE VIVIAS ANTES ? \_\_\_\_\_

 

26 27

11. ¿ ACTUALMENTE TRABAJAS ?

(1) Si tiempo completo

(2) Si medio tiempo

(3) No

28

12. ¿ CUAL ES TU RELIGION ?

(1) ninguna (base a la pregunta 14)

(2) Católica

(3) Otra \_\_\_\_\_  
especifica

29

13. ¿ QUE TANTO INFLUYE TU RELIGION EN TU FORMA DE ACTUAR ?

(3) Mucho

(2) Regular

(1) Nada

30

14. EN EL ULTIMO MES ¿ CON QUE FRECUENCIA HAS LEIDO EL PERIODICO ?

(5) Todos los días

(4) Casi todos los días

(3) Al menos una vez por semana

(2) Menos de una vez por semana

(1) Nunca

31

15. EN EL ULTIMO MES ¿CON QUE FRECUENCIA HAS ESCUCHADO LA RADIO?

(5) Todos los días

(4) Casi todos los días

(3) Al menos una vez por semana

(2) Menos de una vez por semana

(1) Nunca

32

16. EN EL ULTIMO MES ¿CON QUE FRECUENCIA HAS VISTO LA T.V.?

(5) Todos los días

(4) Casi todos los días

(3) Al menos una vez por semana

(2) Menos de una vez por semana

(1) Nunca

33

D. 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.

17. ¿ HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES ?

- (1) Si  34  
(2) No (pasa a la pregunta 45)

18. ¿ A QUE EDAD TUUVISTE TU PRIMERA RELACION SEXUAL ?  
\_\_\_\_\_ (años)

35 36

19. ¿ CON QUIEN TUUVISTE TU PRIMERA RELACION SEXUAL ?

- (1) Novio(a)   
(2) Amigo(a)  
(3) Conocido(a)  
(4) Esposo(a) 37  
(5) Pariente  
(6) Otro \_\_\_\_\_  
especifica

20. ¿ CUANTO TIEMPO TENIAS DE CONOCER A ESA PERSONA ?

\_\_\_\_\_ especifica en días meses o años      
38 39 40 41

21. ¿ CUAL ERA EL SEXO DE ESTA PERSONA?

- (1) masculino   
(2) femenino 42

22. ¿ CON CUANTAS PERSONAS HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES EN TU VIDA?  
\_\_\_\_\_ número de personas

43 44

23. ¿ CUANTAS DE ESTAS PERSONAS RADICAN EN EL D.F. ?

\_\_\_\_\_ número de personas    
45 46

24. ¿ CUANTAS DE ESTAS PERSONAS (CON QUIENES TUUVISTE RELACIONES SEXUALES) FUERON O SON TU PAREJA SEXUAL REGULAR\* ?

\_\_\_\_\_ número de personas    
47 48

\*Por pareja sexual regular nos referimos a la persona (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por más de un año. O también a la persona con la que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un año, pero con quien pretendes seguirlas teniendo. El (Ella) puede ser tu esposo(a), alguien con quien vives, o alguien que no vive contigo.

25. HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES:

- (1) Solo con mujeres 49  
(2) La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres  
(3) Tanto con hombres como con mujeres  
(4) La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres  
(5) Solo con hombres

26. ¿ HACE CUANTO TIEMPO TUVISTE TU ULTIMA RELACION SEXUAL ?

\_\_\_\_\_ especifica dias meses y años        
50 51 52 53 54 55

27. ¿ CON CUANTAS PERSONAS HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ULTIMOS 12 MESES ?    
\_\_\_\_\_ número de personas  
56 57

28. ¿ CON QUE FRECUENCIA HAS DADO O RECIBIDO DINERO, REGALOS O FAVORES, A CAMBIO DE TENER RELACIONES SEXUALES DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES ?

- (3) Siempre que he tenido relaciones sexuales   
(2) Alguna vez que he tenido relaciones sexuales   
(1) Nunca 58

29. ¿ ACTUALMENTE TIENES UNA PAREJA SEXUAL REGULAR ?

(1) si (2) no (pasa a la pregunta 43)  59

30. ¿ CUAL ES EL SEXO DE TU ESPOSO(A) O PAREJA SEXUAL REGULAR ?

(1) masculino (2) Femenino

31. ¿ CUANTO TIEMPO LLEVAS CON TU PAREJA SEXUAL REGULAR ? 60

\_\_\_\_\_ años y meses      
61 62 63 64

32. ¿ CUANTOS AÑOS TIENE TU PAREJA ? \_\_\_\_\_ (años)    
65 66

33. ¿ HASTA QUE AÑO ESTUDIÓ?

- (1) Primaria (4) Profesional   
(2) Secundaria (5) Posgrado   
(3) Preparatoria 67

34. ¿ VIVEN JUNTOS ? (1) Si (2) No  68

35. ¿ TU ESPOSO(A) O PAREJA SEXUAL REGULAR TIENE OTRA PAREJA SEXUAL ?

- (1) Si ¿cuantas? \_\_\_\_\_    
(2) No 69 70 71  
(3) No sé

36. ¿ EN LOS ULTIMOS SEIS MESES CON QUE FRECUENCIA TUVISTE RELACIONES SEXUALES CON TU PAREJA SEXUAL REGULAR ?

- (5) Diario o casi diario   
(4) Una o dos veces por semana 72  
(3) una o dos veces cada quince días  
(2) Una o dos veces cada mes  
(1) menos de una vez al mes

37. ¿ HAS UTILIZADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO ?  73

- (1) Si (2) No (pasa a la pregunta 41)

74 75 76 77 78 79

38. ¿ CUALES ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1

No. de tarjeta 80

No. de Cuestionario      
1 2 3 4

39. ¿ EN CUANTAS DE ESTAS RELACIONES USARON EL CONDON ?

- (3) Siempre   
(2) Algunas veces  
(1) Nunca (pasa a la pregunta 41) 5

40. ¿ DE QUIEN FUE LA IDEA DE USAR EL CONDON ?

- (1) mía   
(2) de mi pareja  
(3) de ambos 6

41. ¿ 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 (pasa a la pregunta 45) 7 8 9

42. ¿ EN TOTAL CUANTAS RELACIONES SEXUALES TUVISTE CON ESTA(S) PERSONA(S) EN EL ÚLTIMO MES ?

número de veces

 

10 11

43. ¿ EN CUANTAS DE ESTAS RELACIONES USARON EL CONDÓN ?

(3) Siempre

(2) Algunas veces

(1) Nunca (pasa a la pregunta 45)

12

44. ¿ DE QUIEN FUE LA IDEA DE USARLO ?

(1) mía

(2) de mi pareja

(3) de ambos

13

D. ACTITUDES 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 LA OPCION QUE MAS SE ACERQUE A TU MANERA DE PENSAR: 2. SI 1. NO

45. ¿ HAS OIDO HABLAR DEL CONDÓN O PRESERVATIVO ?

(1) Si (2) No (pasa a la pregunta 47)

14

46. EXPLICA COMO SE USA:

15

SI (2) NO (1)

- |  |   |   |                          |    |
|--|---|---|--------------------------|----|
| 47. Los preservativos o condones hacen las relaciones sexuales más placenteras .....                     | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 16 |
| 48. Los preservativos o condones son más apropiados para usar con parejas ocasionales.....               | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 17 |
| 49. El uso de preservativos o condones va en contra de mi religión .....                                 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 18 |
| 50. Los preservativos o condones pueden quedarse dentro de la matriz o el estómago .....                 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 19 |
| 51. El precio de los preservativos o condones es muy alto para usarlos con frecuencia .....              | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 20 |
| 52. Los preservativos o condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales .....               | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 21 |
| 53. Los preservativos o condones son útiles para prevenir el embarazo si se utilizan correctamente ..... | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 22 |
| 54. Los preservativos o condones son más apropiados para usarse con la esposa o pareja habitual.....     | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 23 |

SI (2) NO (1)

55. Los preservativos o condones son fáciles de usar.... 2 1  24  
 56. Yo aceptaría el uso de preservativo o condón si mi pareja me lo pidiera ..... 2 1  25  
 57. Los preservativos o condones pueden hacer que el hombre pierda la erección ..... 2 1  26  
 58. No tener preservativo o condón es una buena razón para rechazar las relaciones sexuales con una pareja ocasional ..... 2 1  27

E. INFORMACION Y ACTITUDES HACIA EL SIDA

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

28

59. ¿ EXPLICA QUE ES EL SIDA (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA) ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

60. ¿ CUALES SON LAS PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO DEL SIDA ?

29 30 31

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

61. ¿ ES POSIBLE QUE UNA PERSONA CONTAGIADA POR EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA NO MUESTRE LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD ?

(1) Si

(2) No

(3) No sé, no estoy seguro

32

62. UNA PERSONA QUE NO PRESENTA LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD Y TIENE EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA ¿ PUEDE CONTAGIAR A OTRA PERSONA ?

(1) Si

(2) No

(3) No sé, no estoy seguro

33

63. ¿ HAS CONOCIDO A ALGUIEN CON SIDA ?

(1) Si

(2) No

(3) No sé, no estoy seguro

34

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)

- |   |   |   |   |                          |    |
|---|---|---|---|--------------------------|----|
| 64. Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA .....  | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 35 |
| 65. Jugar con un niño que tiene SIDA .....  | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 36 |
| 66. Acudir a una clínica dental o de salud en la que se atiende gente con SIDA .....                      | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 37 |
| 67. Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA .....   | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 68. Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA, aunque se use preservativo (condón) .....       | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 39 |
| 69. Masturbación mutua (estimularse uno al otro para tener un orgasmo) con una pareja ocasional .....     | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 40 |
| 70. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional aunque se use preservativo (condón).....           | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 41 |
| 71. Sexo oral con alguien que no conoces bien.....  | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 42 |
| 72. Tener relaciones sexuales anales sin usar el preservativo (condón) con una pareja ocasional .....     | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 43 |
| 73. Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo (condón) .....                     | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 44 |
| 74. Usar baños públicos .....   | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 45 |
| 75. Nadar en albercas públicas .....  | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 46 |
| 76. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo (condón).....                | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 47 |
| 77. Inyectarse drogas como heroína o cocaína, etc.....  | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 48 |
| 78. Usar una jeringa o aguja usada por otra persona sin haberla esterilizado previamente .....            | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 49 |
| 79. Donar sangre .....  | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 50 |
| 80. Recibir una transfusión sanguínea en el hospital .....  | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 51 |
| 81. Tener relaciones sexuales usando el preservativo (condón) con una persona que se inyecta drogas ..... | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 52 |
| 82. Tener relaciones sexuales con muchas personas.....  | 3 | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> | 53 |

83. ¿ QUE TIPO DE PERSONAS SON MENOS PROBABLES DE CONTAGIARSE DEL SIDA ? (Específica) \_\_\_\_\_

84. ¿ CREES QUE UNA PERSONA CON SIDA PUEDE CURARSE ?

- (1) Si   
 (2) No   
 (3) No sé, no estoy seguro 56

85. ¿ QUE PIENSAS QUE DEBE HACER UNA PERSONA CON SIDA PARA EVITAR INFECTAR A OTRAS PERSONAS ?

57 58

86. ¿ CONSIDERAS QUE EL SIDA REPRESENTA UNA AMENAZA PARA LA SALUD DE TU COMUNIDAD UNIVERSITARIA ?

- (1) Si   
 (2) No 59

87. ¿ PIENSAS QUE EN LOS PROXIMOS AÑOS EL SIDA SERA UNA AMENAZA PARA LA SALUD DE TU COMUNIDAD ?

- (1) Si   
 (2) No 60

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

	Ninguna	Regulares	Muchas	
Hombre homosexual con una pareja.....	1	2	3	<input type="checkbox"/> 61
Hombre homosexual con más de una pareja .....	1	2	3	<input type="checkbox"/> 62
Mujer Homosexual con una pareja .....	1	2	3	<input type="checkbox"/> 63
Mujer Homosexual con más de una pareja .....	1	2	3	<input type="checkbox"/> 64
Hombre heterosexual con una pareja .....	1	2	3	<input type="checkbox"/> 65
Hombre heterosexual con más de una pareja .....	1	2	3	<input type="checkbox"/> 66
Mujer heterosexual con una pareja .....	1	2	3	<input type="checkbox"/> 67
Mujer heterosexual con más de una pareja .....	1	2	3	<input type="checkbox"/> 68
Hombres o mujeres bisexuales ....	1	2	3	<input type="checkbox"/> 69
Tú .....	1	2	3	<input type="checkbox"/> 70

89. ¿ QUE TANTO TE PREOCUPA CONTAGIARTE DE SIDA ?

- (3) Mucho  
(2) Algo  
(1) Nada

71

90. ¿ PUEDE UNA PERSONA EVITAR CONTRAER EL SIDA CAMBIANDO SU COMPORTAMIENTO, ES DECIR, HACIENDO ALGUNAS COSAS Y DEJANDO DE HACER OTRAS ?

  

72 73 74

(1) Si ¿ Como ? \_\_\_\_\_

(2) No

(3) No sé, no estoy seguro

91. ¿ TIENES PENSADO CAMBIAR ALGUNA DE TUS CONDUCTAS COMO RESULTADO DE LO QUE HAS OIDO O APRENDIDO SOBRE SIDA ?

- (1) Si  
(2) No  
(3) No sé, no estoy seguro

75

92. ¿ HAS CAMBIADO ALGUNA CONDUCTA PARA PROTEGERTE DE CONTRAER EL SIDA ?

  

76 77 78

(1) Si ¿ Cual ? \_\_\_\_\_

(2) No ¿ Porqué ? \_\_\_\_\_

No. de tarjeta

 0  2

79 80

No. de Cuestionario

   

1 2 3 4

¿ porque ? (preg. 92)

 

5 6

93. ¿ ALGUNOS DE TUS AMIGOS(AS), HA(N) CAMBIADO SUS CONDUCTAS PARA PROTEGERSE DEL CONTAGIO DEL SIDA ?

7 8 9 10 11

(1) Si ¿ Cuales ? \_\_\_\_\_

(2) No ¿ Porque ? \_\_\_\_\_

(3) No sé, no estoy seguro

94. ¿ HA HABIDO SITUACIONES EN LAS QUE DEBIAS HABERTE PROTEGIDO DEL CONTAGIO DEL SIDA PERO NO LO HICISTE ?

12 13 14

(1) Si ¿Que clase de situaciones? \_\_\_\_\_

(2) No

95. ¿ CREES QUE EL GOBIERNO DEBE TOMAR MEDIDAS PARA PREVENIR QUE EL SIDA SE EXTIENDA ?

15 16 17

(1) Si ¿ Que medidas propones ? \_\_\_\_\_

(2) No

96. ¿ SABES DONDE PUEDEN HACERTE LA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA ?

18 19

(1) Si ¿ Donde ? \_\_\_\_\_

(2) No

97. ¿ ESTARIAS DISPUESTO A HACERTE LA PRUEBA ?

(1) Si

(2) No

(3) No sé, no estoy seguro

20

98. ¿ LE INFORMARIAS A TU(S) PAREJA(S) SEXUAL(ES) SOBRE EL RESULTADO DE LA PRUEBA ?

(1) Si

(2) No

(3) No sé, no estoy seguro

21

99. ¿ QUE TANTO PREVALECE EL SIDA EN MEXICO ?

- (3) Mucho  
(2) Algo  
(1). Nada

22

F. ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES

EXISTEN ALGUNAS ENFERMEDADES O INFECCIONES QUE PUEDEN TRANSMITIRSE DURANTE EL ACTO SEXUAL, A ESTAS SE LES LLAMA A VECES ENFERMEDADES VENEREAS O SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

100. ¿ HAS TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE ?

(1) Si

¿ CUALES ?	¿CUANTAS VECES LA HAS TENIDO ? (número de veces)	¿CUANTAS VECES LA HAS TENIDO EN LOS ULTIMOS DOCE MESES? (número de veces)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(2) No (pasa a la pregunta 102)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	24	25 26	27 28
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	29	30 31	32 33

101. LA ULTIMA VEZ QUE TUVISTE UNA ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE ¿ HICISTE ALGO PARA PREVENIR QUE TU(S) PAREJA(S) CONTRAJERA(N) LA INFECCION ?

34 35 36

(1) Si ¿ Que hiciste ? \_\_\_\_\_

(2) No

102. ¿ CONOCES ALGUNAS FORMAS DE EVITAR O PROTEGERTE DEL CONTAGIO DE ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES ?

37 38 39

(1) Si ¿ Cuales ? \_\_\_\_\_

(2) No  
103. ¿HAS RECIBIDO UNA TRANSFUSION EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ?

(1) Si   
(2) No 40

#### G. PRACTICAS

AHORA TE HAREMOS ALGUNA PREGUNTAS REFERIDAS AL USO Y APLICACION DE INYECCIONES. RECUERDA QUE TUS RESPUESTAS SON ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIALES.

104. ¿ CUANTAS INYECCIONES TE HAN PUESTO EN LOS ULTIMOS DOCE MESES ?

número de inyecciones    
41 42

NINGUNA (pasa a la pregunta 107)

105. ¿ CUANDO TE INYECTARON USARON JERINGAS DESECHABLES ?

(1) Si (pasa a la pregunta 107)   
(2) No 43

106. ¿ LA JERINGA O AGUJA FUERON HERVIDAS O PASADAS POR UNA FLAMA ANTES DE USARLAS PARA INYECTARTE ?

(1) Si   
(2) No  
(3) No sé, no estoy seguro 44

#### H. CONSUMO DE DROGAS

AHORA QUISIERAMOS HACERTE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS.

107. ¿ CON QUE FRECUENCIA TOMAS BEBIDAS ALCOHOLICAS ?

(4) Más de dos veces a la semana   
(3) Una o dos veces a la semana  
(2) Una o dos veces al mes 45  
(1) Nunca (pasa a la pregunta 111)

108. ¿ CUANDO TOMAS BEBIDAS ALCOHOLICAS NORMALMENTE BEBES HASTA QUE TE SIENTES ?

(1) Nada borracho   
(2) Algo borracho  
(3) Bastante borracho 46  
(4) Muy borracho

109. ¿ CUANDO TOMAS BERIDAS ALCOHOLICAS TIENES RELACIONES SEXUALES ?

- (3) Siempre  
(2) Algunas veces  
(1) Nunca

47

110. ¿ CREES QUE EL BEBER TE AYUDA A RELACIONARTE MAS FACILMENTE CON LA GENTE ?

- (1) Si  
(2) No

48

111. ¿ HAS USADO DROGAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES ?

49 50 51

(1) Si ¿ Cuales ? \_\_\_\_\_

(2) No (pasa a la pregunta 114)

112. ¿ TE HAS INYECTADO ALGUNA DROGA EN LOS ULTIMOS 6 MESES ?

52 53 54

(1) Si \_\_\_\_\_  
número de veces

(2) No

113. ¿ CUANDO USAS DROGAS TIENES RELACIONES SEXUALES ?

- (3) Siempre  
(2) Algunas veces  
(1) Nunca

55