



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

148
Zej
1990
1990
1990

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SIDA: PERCEPCION DE RIESGO DE CONTAGIO Y
CONDUCTAS DE ALTO RIESGO EN
ADULTOS JOVENES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
MEJIA MALDONADO HILDA ARACELI

DIRIGIDA POR LA MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON

MEXICO, D. F.

1995

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.

A MI MADRE:
HILDA

AGRADECIMIENTOS

A Hilda por su paciencia, ayuda y apoyo incondicional.

A José Luis que me hizo valorar más todos los aspectos de mi vida, entre ellos el presente trabajo.

A mis amigos Arturo, Gloria y Guille por su cooperación.

A los síndales por sus acertados consejos.

A todos los jóvenes que colaboraron para llevar a cabo la investigación.

Principalmente a la Mtra. Sofía Rivera Aragón, por su valioso tiempo y asesoría que hicieron posible la realización del presente trabajo.

Dos días antes de morir, Laura describió éste sentimiento en su diario: "Al parecer, empiezo cada día con la misma esperanza, no estoy esperando curarme o tener menos dolor, estoy esperando que alguien entre por la puerta con los brazos abiertos para estrecharme y hablar conmigo. Alguien -quien sea- que me toque y me haga sentir otra vez que soy un ser humano".

Hein, K.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
1. Antecedentes del SIDA	4
1.1 Etiología del SIDA	7
1.2 Vías de transmisión	12
1.3 Sintomatología	16
1.4 Epidemiología	23
CAPITULO II	
2. Aspectos psicosociales del SIDA	28
2.1 Reacciones sociales	28
2.2 Prevención	34
CAPITULO III	
3. Conductas de alto riesgo y percepción de riesgo e investigaciones	40
CAPITULO IV	
4. Metodología	58
4.1 Planteamiento del problema	58
4.2 Hipótesis	59
4.3 Variables	60
4.4 Población	61
4.5 Muestreo	62
4.6 Escenario	62
4.7 Tipo de estudio	62
4.8 Diseño de investigación	62
4.9 Instrumento	63
4.1.1 Procedimiento	67

	Pág.
CAPITULO V	
5. Resultados	68
5.1 Introducción	68
5.2. Frecuencias y χ^2	68
5.3 ANOVA	81
CAPITULO VI	
6. Discusión	90
6.1 Conclusiones	90
6.2 Limitaciones	100
6.3 Sugerencias	101
REFERENCIAS	103
ANEXO	113

INTRODUCCION

El SIDA es un conjunto de enfermedades llamadas "oportunistas", y etapa terminal provocada por la infección del virus de la inmunodeficiencia humana o VIH como se le conoce actualmente. Una persona tiene SIDA a partir del momento en que su Sistema Inmunológico, ha sufrido un deterioro que lo incapacita para defenderse contra ciertos agentes infecciosos, que en condiciones normales no producen enfermedad o la producen en forma leve y rara vez fatal, también puede volverla más susceptible a otras infecciones; ocasionando una gama de manifestaciones clínicas, que van desde la ausencia de síntomas hasta formas de infecciones o tumores que resultan fatales, a corto plazo. Esta afección severa al Sistema Inmunológico es la etapa final del proceso de la infección por VIH, el cual se transmite principalmente por tres vías: sexual, perinatal y sanguínea.

Se trata de una enfermedad que afecta a toda la población, no hace distinciones de ningún tipo, ni respeta a ciertos grupos sociales. Cuando se presentaron los primeros casos de SIDA en el mundo, se pensó que solo afectaba a homosexuales, puesto que fué el primer grupo infectado; desgraciadamente debido a esto no se tomaron las medidas necesarias para detener la pandemia, y por otra parte la población que no pertenecía a dicho grupo se sintió inmune a adquirir el SIDA, situación que aún persiste. Debido a lo anterior, se ha podido observar un decremento en los casos de SIDA y seropositivos en los grupos homosexuales, que al sentirse afectados han tomado medidas preventivas; caso contrario al resto de la población donde se ha dado un incremento de individuos infectados, esto sucede principalmente en el grupo de heterosexuales. Situación que se corrobora con los datos proporcionados por CONASIDA. En 1992 existía el registro de 133 casos de homosexuales masculinos con SIDA, para 1993 asciende a 196 casos, y en 1994 desciende a 146 casos registrados; en cambio en el caso de los heterosexuales para 1992 hay 146 casos registrados de hombres y mujeres con SIDA en México, para 1993 asciende la cifra a 158 casos y en 1994 llega a 165 casos reportados.

CONASIDA (1994), reporta que el mayor número de casos notificados ocurrió en grupos de heterosexuales entre 20 y 44 años, la mayor proporción se ubica en el grupo de 25 a 34

años con 40.3%, siguiéndole el de 35 a 39 años con 15.0% y el de 20 a 24 años con 10.6%. Dentro de este grupo los más afectados son los hombres, lo cual no significa que las mujeres sean "inmunes" o estén a "salvo" de adquirir el VIH, ya que en el año de 1986 había una mujer infectada por cada 14 hombres, y para el año de 1993 la razón ya era de 6:1, es decir, por cada 6 hombres había una mujer infectada, lo cual significa que también los casos de mujeres heterosexuales afectadas por el VIH va en aumento.

Otra tendencia de la epidemia del VIH/SIDA en México es el aspecto de la ruralización, ya que cada vez es mayor el número de casos autóctonos en comunidades rurales. Hasta 1990 se habían registrado 224 casos acumulados de trabajadores agropecuarios, para marzo de 1994 la cifra creció un 206% acumulándose un total de 686 casos hasta esta fecha. Situación importante para tomarse en cuenta al realizar las campañas de prevención.

En el año de 1988, la tasa de mortalidad por SIDA en México fué de 34 por 100,000 habitantes entre 25 y 44 años de edad, ocupando esta causa de muerte el 14º lugar, para 1991 la tasa de mortalidad ascendió a 109 por 100,000 habitantes, desplazándose ésta causa de muerte hasta el cuarto lugar. Se ha calculado un promedio diario de casos nuevos de SIDA de 14.0, cifras que son suficientes para darnos idea de la magnitud del problema (CONASIDA, 1994).

La sociedad ha manifestado diversas reacciones ante el SIDA, implicando este nombre temor, rechazo, estigmatización, hostigamiento, marginación, autodevaluación, abandono, soledad y muerte. Estas reacciones psicosociales aunadas a la percepción de inmunidad ante el VIH, influyen en gran parte de la población, propiciando que se continúen practicando conductas de alto riesgo, es decir, prácticas donde existe un alto grado de exposición al VIH.

Debido a que no existe cura para el SIDA, que no se ha logrado encontrar alguna vacuna para combatirlo y por las características del virus que dificultan la obtención de ésta a corto plazo, es necesario tomar medidas preventivas y de este modo evitar más casos y muertes por la infección del VIH.

La psicología juega un papel muy importante en el plano de la prevención, con sus teorías, metodologías y tecnologías ofrece interesantes aportes, como son: diseñar programas, realizar investigaciones de campo y documentales con el fin de conocer los aspectos psicológicos que influyen en la práctica de conductas riesgosas o en la eliminación de éstas, y proporcionar ayuda terapéutica a los enfermos.

La presente investigación pretende encontrar relación

entre el nivel de percepción de riesgo de contagio y la práctica de conductas de alto riesgo en los adultos jóvenes, explorando con esto un factor importante que influye en la práctica de conductas riesgosas, contribuyendo a su vez con datos importantes que pueden considerarse en campañas preventivas futuras.

Para alcanzar dicho objetivo primero se realizó una investigación documental sobre los principales aspectos del SIDA, como son sus antecedentes, etiología, epidemiología, vías de transmisión y sintomatología.

También se documentan reacciones y aspectos psicosociales ante el SIDA, puntos importantes para la prevención, conductas de alto riesgo y percepción de riesgo e investigaciones relacionadas al tema. Dando paso a la presente investigación, los resultados obtenidos y las conclusiones.

Es indispensable hacer un llamado para comprometerse, cuidarse, no tener prácticas de riesgo, recordar que todos nos podemos infectar y que la única arma que por ahora tenemos contra el SIDA, es la prevención.

CAPITULO I

1. ANTECEDENTES DEL SIDA

El SIDA es una enfermedad nueva, actual y hasta el momento incurable, afecta las defensas del organismo, favoreciendo infecciones graves y diferentes tipos de cánceres.

Es posible que los primeros casos hayan aparecido hace décadas, sin embargo, es hasta el año de 1981 cuando 5 jóvenes homosexuales norteamericanos fueron víctimas de una infección pulmonar rarísima, la neumocistosis. Algunos meses más tarde, el fenómeno que parece aislado se extiende, en ese momento 108 personas padecen de enfermedades inhabituales, llamadas infecciones oportunistas que aparecen en enfermos con descenso de la inmunidad. Ya que la mayoría de las personas infectadas eran jóvenes homosexuales, se cree que es exclusiva de este grupo de personas y los médicos nombran a la enfermedad "Gay Syndrome". Se pensaba que el SIDA podía deberse a la ingestión de una droga conocida como "poppers", utilizada comúnmente por homosexuales, después de varios estudios se desechó esta idea.

El número de enfermos se incrementa, a finales de diciembre de 1981, la enfermedad que existía en Estados Unidos existe también en Francia, ya no se limita a homosexuales, ataca a hombres bisexuales, hombres y mujeres heterosexuales, personas que habían recibido sangre, heroinómanos, hemofílicos y a la pareja sexual de pacientes son SIDA. Aparecen enfermos con signos y síntomas iguales en todo el planeta, padecen deficiencia en el sistema inmunológico, el virus se extiende con gran rapidez.

Debido a lo anterior se reconoce a la enfermedad como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en junio de 1982.

En otoño de 1983, el Dr. Robert Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, señaló que el SIDA podía deberse a un agente infeccioso viral relacionado con los HTLV, descubiertos por él en 1980. Supuso que se podía transmitir por sangre y semen, relacionando al agente que causaba el SIDA con el HTLV ya que dañaban la misma población: los linfocitos T colaboradores o CD4.

En el mismo año el Profesor Luc Montaigner y sus colaboradores, del Instituto Pasteur de Francia, aislaron el agente infeccioso del SIDA, identificándolo como un virus asociado a la Linfadenopatía (LAV).

En 1984, el Dr. Gallo y sus colaboradores repitieron el aislamiento del virus causante del SIDA, identificándolo como virus linfotrópico T humano tipo III o HTLV III.

A fines de 1984, en San Francisco, Levy y colaboradores aislaron el agente causal del SIDA, y lo denominaron virus asociado al SIDA o ARV.

Con el fin de unificar el nombre del agente causal del SIDA, la OMS en 1986 propuso designarlo como virus de inmunodeficiencia humana o VIH, que es como se conoce hasta el momento.

Acerca del origen del VIH se cuenta con una gran variedad de opiniones, hay diversas hipótesis sobre su procedencia, intentando encontrar culpables o estigmatizar a grupos específicos. Nadie sabe con certeza donde se originó el virus, sin embargo, muchos piensan que su origen es Africa Central y que fué exportado a Estados Unidos y el resto del mundo por haitianos. La creencia de que el virus se originó en Africa central proviene del hecho de que el VIH es muy frecuente en naciones como: Uganda, Zaire, Rwanda y otras; otro hecho es que el VIH es muy similar a un virus que causa SIDA en el mono verde africano, sin las mismas consecuencias que en el humano, sin embargo, si el virus que ataca a los monos verdes infecta a macacos les produce SIDA similar al del humano. No obstante, no existen pruebas concluyentes respecto al origen del VIH.

Existen antecedentes de pacientes que murieron años atrás, cuando la enfermedad era completamente desconocida y presentaban un cuadro similar al del SIDA. Como es el caso de una secretaria de 34 años de Zaire, la cual murió en 1978, o el caso de una familia noruega, muriendo el padre, la madre y la hija en 1976, confirmándose el diagnóstico de SIDA. Al practicarle las pruebas de Elisa y Western Blot a un suero congelado desde 1959, en Zaire, se reportó positivo (Sepúlveda y Rico, 1989).

El tiempo de evolución de un organismo vivo como el virus, puede medirse con relativa exactitud calculando el índice de mutación genética en las diferentes especies. Al analizar las mutaciones de virus aislados a través del tiempo y en diversas regiones, se han comparado el de Zaire de 1959 con los descubiertos recientemente, pudiéndose concluir que se originaron hace no menos de 40 años ni más de 100.

El origen exacto del VIH es un misterio y puede continuar así por mucho tiempo, siendo un tema de controversia. Independientemente de esto se trata de un tema actual, una epidemia mundial que no hace distinciones, llamado en ocasiones "el mal del siglo".

Los primeros casos de SIDA en México aparecieron en 1983, tratándose de hombres extranjeros radicados en este país, quienes iniciaron su padecimiento en 1981; teniendo en común viajes al extranjero o relaciones íntimas con extranjeros de países con las más altas tasas de incidencia. Estos casos fueron atendidos en el Hospital de Nutrición "Salvador Zubirán".

A mediados de 1985 el IMSS reportó en México 22 casos de SIDA. Para agosto del mismo año, los reportes eran contradictorios, las cifras que proporcionaban las instituciones de salud fluctuaban entre 17 y 90 casos.

No hubo acciones de prevención y si indiferencia por parte de las autoridades de la Secretaría de Salud ante los primeros brotes de epidemia en nuestro país.

Se crea el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA) hasta febrero de 1986, como respuesta a una convocatoria realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyas funciones serían:

- Coordinar y concentrar acciones de dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, en relación al control, prevención e investigación de la epidemia del SIDA.
- Proponer los mecanismos de coordinación para evitar la diseminación del virus.
- Promover el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Infección por el VIH.
- Promover y apoyar investigaciones.
- Fijar criterios para la investigación y eventos científicos.
- Difundir información sobre la prevención y el tratamiento del SIDA.
- Proponer reformas jurídicas relacionadas con la transmisión, prevención y control del SIDA.
- Sugerir medidas para la prevención y el control.

- Proponer la utilización de recursos para combatir la epidemia.
- Implementar sus bases y funcionamiento, y las demás que sean necesarias para cumplir con su objetivo.

En octubre de 1986 ya existían 246 personas con SIDA, para abril de 1987 la cifra se incrementa 518 enfermos: es cuando se prohíbe por Decreto Presidencial la comercialización de la sangre.

Para febrero de 1988 ya se reportan 905 casos de SIDA. En este mismo año se reconstituye CONASIDA como organismo separado de la Secretaría de Salud.

Ante la magnitud el problema y las medidas gubernamentales ineficientes, la sociedad civil se organizó en grupos independientes para combatir el SIDA.

1.1 ETIOLOGIA DEL SIDA.

El SIDA se puede definir desde de un punto de vista epidemiológico, explicando exactamente en que consiste, SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, ya que:

- Síndrome. Es un conjunto de síntomas, que la persona con SIDA desarrolla, forma una serie de enfermedades que suelen ser fatales.
- Inmuno. Inmune significa a salvo o protegido, el cuerpo cuenta con el Sistema Inmunológico ya descrito anteriormente, cuya función principal es detener cualquier virus y evitar su multiplicación, produciendo anticuerpos, los cuales eliminan el virus.

Deficiencia. Quiere decir falta, y se vincula a inmune ya que el Sistema Inmunológico de una persona con SIDA es deficiente, no trabaja como debería para protegerla contra infecciones y enfermedades.

- Adquirida. Se refiere al hecho de que el Síndrome de Inmunodeficiencia se obtiene o se recibe.

Se trata de una enfermedad de naturaleza patológica que destruye al sistema inmunológico, siendo el paciente susceptible de adquirir enfermedades oportunistas y tumores que acaben con su vida.

El agente etiológico del SIDA es de los más pequeños que

se conocen hasta el momento, se trata de un virus de lenta evolución ya que se deriva de los lentivirus y junto con los virus que producen tumores u oncovirus, provienen de los retrovirus. Los lentivirus se caracterizan por inducir infecciones con periodos de latencia largos, no dañan las células ni provocan enfermedades, pasado el tiempo y por la acción de algún factor que los estimule, se activan y proliferan, existiendo una destrucción celular, desarrollándose la enfermedad tardía.

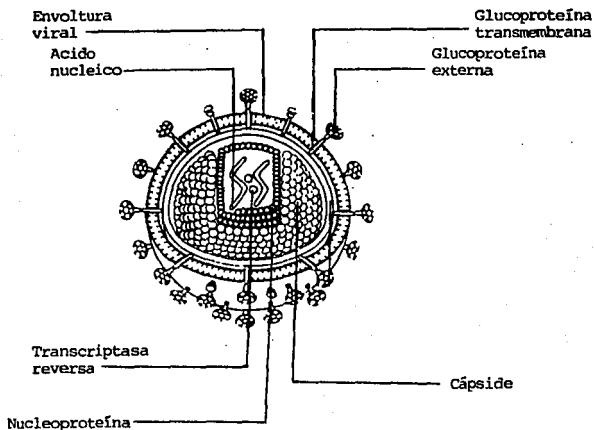
Como ya se mencionó, a éste virus en un principio se le nombró de diversas maneras, como: HTLV-III/LAV, LAV/HTLV-III o Virus asociado al SIDA o AAV, siendo hasta el año de 1986 que el Comité Internacional para la Taxonomía de los virus unificó el nombre, proponiendo "Virus de Inmunodeficiencia Humana" (VIH o VIH I), siendo aceptado por la OMS y utilizado actualmente.

Los principales componentes estructurales del VIH son la envoltura, nucleocápside y enzimas, según los Drs. Montagnier y cols., Gerderblom y cols., y Haseltine y cols, de los Institutos Pasteur de París Robert Koch de Berlin y Dana-Ferber Cáncer de Estados Unidos.

El VIH posee una estructura esférica, mide de 90 a 120 nanómetros de diámetro y su envoltura externa está formada en un 5 a 10% por componentes propios del virus (glicoproteínas o gp) y 90 a 95 % por componentes de la membrana de donde se originaron. Los gp se localizan sobre la superficie de la envoltura del virus (gp externa) y a través de todo el espesor de la envoltura (gp transmembrana). La gp externa reconoce y se adhiere a las células que atacará, la gp transmembrana participa en el daño celular, aunque también se ha sugerido que participa en el proceso de adhesión a las células a atacar.

El nucleocápside es la parte central del VIH, es una estructura tubular protéica que almacena información genética del virus, la cual se encuentra en dos cadenas iguales de ARN recubiertas por diversas proteínas y el cápside. Dentro del nucleocápside se encuentran tres enzimas virales: ADN polimerasa, ribonucleasa e integrasa; a las dos primeras se les conoce como transcriptasa reversa, las cuales establecen una infección permanente al traducir la información genética de las moléculas del ARN en moléculas de ácido desoxirribonucleico. (Ver figura 1)

FIGURA 1. Estructura general del VIH.



Para comprender como actúa el VIH es necesario introducirse al conocimiento del Sistema Inmunológico. Se trata de un sistema complejo capaz de defender al organismo de elementos extraños. "Es una red conformada por células especializadas y órganos que, cuando funciona de forma adecuada, enfrenta exitosamente diversas clases de infecciones, sean éstas producidas por bacterias, hongos, virus o parásitos" (Chan, P. 1992).

El Sistema Inmunológico es capaz de realizar tareas precisas y especializadas, como:

- Distinguir lo propio y lo ajeno.
- Almacenar información.
- Reconocer un elemento extraño, en una oportunidad posterior.
- Producir "armas específicas" para combatir al invasor.
- Coordinar las diferentes tareas que lleva a cabo.
- Dar respuesta rápida, oportuna, adecuada y efectiva.

La sustancia extraña que desencadena una respuesta inmune se denomina antígeno y el Sistema Inmunológico lo atacará donde lo identifique, ya que se asienta en diversas

estructuras biológicas llamadas órganos linfoides, debido a los linfocitos que son clave en el Sistema Inmune e incluyen:

- @ médula ósea
- @ timo
- @ bazo
- @ amígdalas
- @ adenoides
- @ apéndice
- @ paredes del intestino
- @ vasos linfáticos y sanguíneos.

En la médula ósea se fabrican los glóbulos blancos, rojos, plaquetas y leucocitos; estos últimos se dividen por su forma y coloración en: neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monocitos y linfocitos. Los linfocitos son células blancas pequeñas, muy importantes en la respuesta inmune; se subdividen en linfocitos B que crecen en el timo y T producidos en el timo. Los linfocitos B fabrican anticuerpos que van a la sangre y fluidos corporales, donde atacan a los antígenos. Los linfocitos T atacan los antígenos desde el interior de las células.

Dentro de las células T existen células cooperadoras o inductoras llamadas CD4 o T4, y supresoras CD8 o T8. Las células CD4 determinan el momento y la intensidad de la intervención de cada componente, activan otras células T, a las células B y otros grupos de células. Al identificar un antígeno los linfocitos B producen anticuerpos, los linfocitos T mandan mensajes para atacar la sustancia extraña y tienen una capacidad citotóxica directa, pudiendo destruir las células invadidas por la sustancia extraña.

Una vez que la infección fue controlada, las células CD8 clausuran la respuesta inmune, registrando en la "memoria" inmunológica la información sobre el agente extraño, con el fin de identificarlo fácilmente si ataca nuevamente.

El VIH ataca las células CD4, tan importantes para el funcionamiento del Sistema Inmune como pudo observarse; el VIH fusiona su envoltura a la membrana de la célula, inyecta su nucleocápside y la envoltura permanece adherida al exterior de la célula actuando como antígeno. Ya dentro de la célula, el virus bloquea la carga genética de la misma con el fin de producir más virus o "viriones". Una vez que los componentes genético y enzimático han quedado envueltos por la cápside y envueltos por la célula parasitada, el virus puede salir provocando virulencia, o pasar directamente de una célula a otra. Según Stanislawsky (1989), a los 20 minutos de la infección asciende la producción de virus aproximadamente a 200 por célula.

Al atacar las células CD4, el VIH logra una desorganización del Sistema Inmunológico y facilita el acceso a enfermedades infecciosas y tumores. Permanece en estado de latencia o "de reposo" por tiempo prolongado, el cual puede extenderse a varios años. Durante este estado es cuando las personas son portadoras o seropositivas, no han desarrollado síntomas o iniciado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En determinado momento el virus comienza a multiplicar su reproducción, no se conocen las causas precisas, sin embargo, se considera que pueden influir aspectos como: la desnutrición, otras infecciones, depresión, estrés, reinfección del VIH, entre otros. Debido a la deficiencia inmune resultado de esta reproducción, se precipitan las enfermedades oportunistas, las cuales se diagnostican en el SIDA propiamente dicho.

En 1986 se aisló un virus muy parecido al VIH, pero con diferencias genéticas bien definidas, fueron obtenidos de pacientes en Africa Occidental con SIDA, se le dió el nombre de VIH-2 con el fin de diferenciarlo del primero, al cual también se le llama VIH-1. Hasta el año de 1988, el VIH-2 se había detectado solo en Africa Occidental y en Europa, y registrando un caso en Estados Unidos; siendo más frecuente el VIH-1 que el VIH-2.

Tanto el VIH-1 como el VIH-2 tienen una extraordinaria capacidad de mutación, por lo tanto existen diversas estructuras moleculares de la envoltura del virus, lo cual explica la dificultad para destruirlo a la que se enfrenta el Sistema Inmunológico; así como para crear alguna vacuna.

Generalmente, la vacunación consiste en introducir al organismo un antígeno en forma inocua, es decir, que no produzca enfermedad o daño al individuo, con el fin de producir defensas y "memorizar" la molécula extraña, así en un contacto futuro con el antígeno dañino el sistema inmunológico lo inactiva rápido y eficazmente.

En el caso del VIH, al cambiar su composición externa rápidamente, la vacuna que servía para la estructura inicial del virus ya no funcionará para la nueva composición. Por otra parte el virus se incorpora a las células y permanece latente por periodos largos de tiempo, por lo tanto el sistema inmunológico no se percata de su existencia hasta que comienza a multiplicarse. Otro problema al que se enfrentan los investigadores que buscan una vacuna es que el virus ataca las células que deben activar la vacuna, así como células del Sistema Nervioso Central donde el Sistema Inmunológico no puede actuar, ya que no alcanza las células infectadas del cerebro. Se carece de un modelo animal para la investigación, tendiéndose que experimentar directamente en humanos sumándose las dificultades inherentes. Por último, el

largo periodo de latencia prolonga también la obtención de conclusiones de dichas investigaciones.

1.2 VIAS DE TRANSMISION.

El VIH ha sido aislado en diversos líquidos corporales, sin embargo sólo la sangre, semen, secreciones vaginales y cervicales son capaces de transmitir el virus. También pueden transmitir el virus líquidos corporales que contengan sangre o leucocitos, por ejemplo pus o líquido cefalorraquídeo.

Por lo tanto, actualmente se sabe que el virus es transmitido por vías identificadas:

- 1.- SEXUAL. De hombre a hombre, de mujer a hombre o de hombre a mujer. Esto es a través del contacto sexual con una persona infectada, mediante el ejercicio de prácticas sexuales de mayor riesgo que otras, como sexo oral, coito anal o vaginal sin preservativo.
- 2.- SANGUINEA. Por transfusiones de sangre o sus derivados, uso de jeringas o agujas infectadas, hemodialisis o transplantes de órganos.
- 3.- PERINATAL. Las madres portadoras del VIH pueden transmitirlo a sus hijos durante el embarazo por la placenta, en el parto por contacto con su sangre infectada y por medio de la leche materna.

Se ha encontrado que según la forma de transmisión y la "permeabilidad" de los tejidos del virus, las principales formas de contagio de VIH, en orden decreciente de importancia, son mucosas rectal y vaginal, torrente circulatorio, placenta y parto, mucosa oral y tejidos u órganos (transplante) (CONASIDA, 1989).

A continuación serán descritas de forma más amplia y específica las principales vías de transmisión.

TRANSMISION SEXUAL

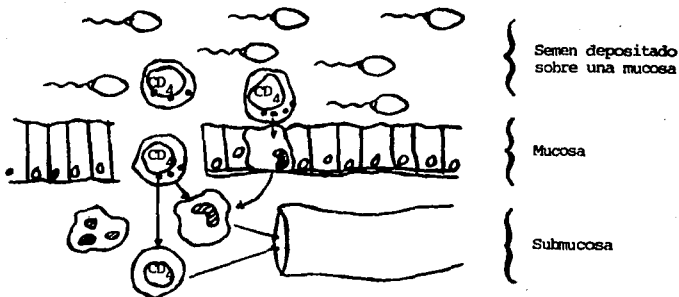
El hombre practica su sexualidad con diversas modalidades, habitualmente transfiere líquidos corporales e intercambia microorganismos. Puede transferir diversos líquidos corporales según la práctica sexual, como semen,

secreciones vaginales y cervicales, saliva, moco rectal, sangre, orina o heces fecales. Se ha demostrado que el virus se transmite de hombre a hombre, mujer a hombre o viceversa; siendo distinta la eficacia de transmisión en todos los casos, existiendo por consiguiente prácticas con mayor riesgo.

COITO RECTAL.

Existe un mayor riesgo de transmisión del VIH al penetrar el pene en el recto del compañero o compañera, debido a la estructura de la mucosa rectal y si a esto se le añade que esta lacerada, lo cual es muy común por lo delgado del epitelio de la mucosa, permitiendo con facilidad el paso del VIH a los linfocitos presentes en el tejido linfoide, pudiendo viajar por la circulación a todo el organismo; esto puede suceder aun cuando la mucosa rectal no esté dañada, ya que el epitelio posee receptores del virus pudiendo almacenarlo y liberarlo posteriormente. (Ver figura 2)

FIGURA 2. Transmisión del VIH a través del semen.



En el caso del penetrador, puede tener lesiones en el pene y adquirir el virus al ponerse en contacto con la sangre proveniente de la mucosa rectal. De éste modo, cualquier práctica que dañe la mucosa rectal aumenta el riesgo de transmisión.

COITO VAGINAL.

El epitelio de la mucosa vaginal está formado por varias capas de células, resistente a la fricción durante el coito, haciendo menos efectiva la transmisión por el VIH, también posee menor cantidad de células de Langerhans que pueden funcionar como receptoras del virus.

Las mujeres jóvenes tienen una mucosa vaginal poco madura, pudiendo ser poco resistente al paso del virus, incrementando el riesgo de contagio. También existe mayor riesgo cuando la mujer está menstruando debido a los cambios de la mucosa vaginal y a la mayor vascularidad, aumentando también el riesgo de contagio para el hombre al exponerse a la sangre de la mujer.

Debido a que el semen tiene más partículas virales que las secreciones vaginales y cervicales, diversos estudios indican un mayor riesgo de contagio de hombre a mujer que de mujer a hombre (CONASIDA, 1989).

SEXO ORAL.

Existe un caso informado por transmisión oral, sin embargo, es difícil valorar el riesgo de contraer el virus por ésta vía ya que generalmente finaliza en coito vaginal o rectal. El sexo oral implica contacto de la mucosa oral con el pene o con las mucosas rectal o vaginal, e intercambio de saliva y secreciones de las mucosas mencionadas, lo cual podría transmitir el VIH.

TRANSMISION SANGUINEA

El VIH se transmite por la sangre y sus derivados: glóbulos rojos, plaquetas, plasma y concentrado de factores de la coagulación. La incidencia de infección es baja, de un caso por cada 200 mil transfundidos (CONASIDA, 1989).

TRANSFUSION.

El periodo transcurrido entre la transfusión y el diagnóstico de SIDA es en promedio de 31 meses en el adulto y

14 meses en el niño. Los hemofílicos tienen mayor riesgo de adquirir el VIH, debido a los requerimientos de su organismo, estimándose que de 80 a 90% de éstos pacientes se encuentran infectados de VIH en algunas partes del mundo (CONASIDA, 1989).

AGUJAS Y JERINGAS.

Los drogadictos se encuentran en mayor riesgo al compartir agujas y jeringas contaminadas, así como toda aquella persona que no utilice jeringas y agujas desechables, ya que a través de los residuos corporales que quedan en éstas puede transmitirse el VIH.

TRANSMISION PERINATAL

Se estima que una mujer seropositiva puede infectar a uno de tres hijos con el virus, quien a su vez puede desarrollar la enfermedad en los primeros años de su vida (Chan, 1992).

Al igual que los adultos, los niños pueden adquirir el VIH, sumándose una posibilidad más: transmisión intrauterina, durante el parto o durante el amamantamiento.

TRANSMISION INTRAUTERINA

Es la más importante causa de infección en los niños, se da a través de la placenta durante el embarazo. Aún se desconoce el periodo exacto en que el virus infecta al feto, el VIH se ha detectado en tejidos fetales a las 15 y 20 semanas de gestación.

TRANSMISION DURANTE EL PARTO

Debido a que el VIH se ha aislado de las secreciones cervicales, se considera que éstas pueden ser una fuente de infección. Para reducir el riesgo de contagio por ésta vía algunos recomiendan la cesárea, sin embargo aún no existen pruebas suficientes de que se reduzca el riesgo de contagio.

TRANSMISION POR MEDIO DE LA LECHE MATERNA

El calostro y la leche materna contienen concentraciones elevadas del VIH, reportándose cinco casos de transmisión por ésta vía (CONASIDA, 1989).

Por otra parte, las mujeres seropositivas que se embarazan pueden tener mayor riesgo de desarrollar el SIDA. Se cree que ésto se debe a las alteraciones hormonales o a la supresión del Sistema Inmunológico para detener el rechazo del feto de su cuerpo, o bien a la activación de dicho sistema en algunas etapas del embarazo, en respuesta al feto, que percibe como tejido "extraño". (Esquema 1)

ESQUEMA 1	
PRINCIPALES VIAS DE TRANSMISION	
1. SEXUAL:	- Coito vaginal - Coito rectal - Sexo oral
2. SANGUINEA:	- Transfusiones de sangre y derivados - Agujas y jeringas
3. PERINATAL:	- Intrauterina - Durante el parto - Por leche materna

MITOS SOBRE LAS VIAS DE TRANSMISION.

Por otra parte, la transmisión del virus no se asocia a:

- Besos, caricias o prácticas sexuales donde no hay participación genital, o sólo existe manipulación manual o de objetos con función sexual (los cuales no deben compartirse)
- Picadura de insectos
- Tos o estornudos
- Uso de sanitarios, teléfonos, cubiertos, platos, vasos, que pudo usar una persona seropositiva
- Contacto casual con un sujeto infectado
- Compartir lugares públicos de recreo, laborales, transporte, etc.

1.3 SINTOMATOLOGIA

Como ya se ha mencionado, cuando una persona entra en

contacto con el VIH se le debilitan sus defensas inmunológicas, por lo tanto se facilita el desarrollo de enfermedades que suelen ser mortales, de éste modo las personas no contraen SIDA, sino el VIH, el cual puede producir SIDA como veremos más adelante, el síndrome por lo tanto no es una enfermedad en sí, sino la etapa terminal de una infección de tipo viral. No se muere de SIDA, sino de las enfermedades oportunistas.

La infección por VIH produce diversas manifestaciones clínicas, que van desde una fase asintomática hasta el cuadro clínico del SIDA. Existen diversas clasificaciones de la infección del VIH, siempre coincidiendo en su carácter evolutivo progresivo a través del tiempo y en el deterioro inmunológico, sin embargo, la más aceptada es la propuesta por el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), propuesta en 1986. En el caso de los adultos, clasifican las etapas de la infección en:

- I. Infección aguda
- II. Infección asintomática
- III. Linfadenopatía generalizada persistente
- IV. Otras manifestaciones

- Enfermedad constitucional
- Síndromes neurológicos
- Infecciones secundarias
- Categoría C-1 Infecciones indicadores de SIDA
- Categoría C-2 Otras enfermedades infecciosas
- Neoplasias secundarias asociadas con infecciones por VIH
- Otras condiciones

Esta clasificación no incluye una identidad que reciba el nombre de SIDA, sin embargo, generalmente se acepta que la etapa IV comprende lo que es el SIDA en sí. A continuación se revisan más detenidamente.

I. Infección aguda

Cerca del 10% de los individuos que se encuentran infectados por el VIH experimentan, de 3 a 6 semanas después de la infección, un conjunto de síntomas de presentación e intensidad variables e inespecíficas. Se caracteriza por:

- Adenomegalias. Crecimiento de ganglios en diversas partes del cuerpo, principalmente cuello, axilas y región inguinal.
- Malestar general. Dolores musculares, articulares, apatía, falta de apetito.
- Fiebre, dolor de cabeza, diarrea.
- En ocasiones se puede desarrollar artritis.

- Erupción cutánea. Una reacción de la piel con formación de manchas y ronchas.

En muy pocos casos, el cuadro puede ser severo y presentarse manifestaciones a nivel de sistema nervioso, como:

- Pérdida del estado de alerta.
- Desorientación.
- Encefalopatía aguda. Incapacidad para concentrarse y desarrollar tareas intelectuales.
- Dolores intensos de cabeza y dificultad para movilizar el cuello, cuadro conocido como meningitis.

No se presentan cambios inmunológicos detectables por el laboratorio y no todos son positivos en la prueba de detección del VIH.

La sintomatología desaparece en forma espontánea en un lapso menor a tres semanas, no hay un tratamiento específico. Este cuadro se debe al efecto de la multiplicación viral dentro del organismo y a la reacción inmunológica que es muy intensa. La aparición de ésta "infección aguda", se debe a la cantidad de virus recibido, a mayor cantidad existe mayor posibilidad de desarrollo de una infección aguda. El desarrollo de ésta infección no tiene implicaciones pronósticas.

En el 90% restante de los pacientes infectados, no se manifiesta el virus más que por la prueba de detección de anticuerpos que resulta positiva. En promedio pueden transcurrir de 6 a 14 semanas entre la infección y la existencia suficiente de anticuerpos para ser detectada por la prueba, convirtiéndose en "paciente seropositivo". Al lapso transcurrido entre la infección y la existencia suficiente de anticuerpos detectables, se le denomina "periodo de ventana", y es sumamente importante ya que a pesar de salir negativo en las pruebas, la persona puede transmitir el virus por los mecanismos ya expuestos.

II. Infección asintomática

Se incluye en ésta fase a los individuos que se sabe tienen el VIH, sin embargo, no presentan evidencia de la enfermedad. Esta fase de la enfermedad se presenta independientemente de que la persona haya presentado el cuadro de infección aguda o no.

Este periodo libre de síntomas se debe a que el virus está "latente" dentro de las células, cuando se libera destruye la célula que lo "almacenó", liberando partículas nuevas hacia la sangre, las cuales se replican nuevamente.

Este proceso es lento, debiendo existir un periodo largo de tiempo antes de que el deterioro del Sistema Inmunológico sea grave como para manifestarse clínicamente.

III. Linfadenopatía generalizada persistente (LGP).

En los primeros 5 a 6 años, del 25 al 40% de los individuos seropositivos llegan a esta etapa. El término linfadenopatía se refiere a enfermedad en los ganglios linfáticos. Durante esta fase el individuo portador de VIH presenta crecimiento ganglionar en dos o más regiones anatómicas, excepto ingles, por más de un mes y miden de 1 a 5 cm., se manifiesta dolor, cambios de consistencia al tacto y los más afectados son: frente al cuello y nuca (cervicales), detrás de las orejas (occipitales), sobre los huesos del cuello (supraclaviculares), bajo los brazos (axilares), en los codos (epitrocleares), y detrás de la rodilla (poplíteos). Es posible que también desarrollen síntomas como fiebre, fatiga, sudor nocturno, pérdida de peso y diarrea.

Resulta difícil precisar el pronóstico, sin embargo, se estima que un 25% de los casos evolucionará a SIDA en un lapso de 3 años del comienzo de esta etapa, el 60% lo hará en los siguientes 5 años.

IV. Síndrome de Inmunodeficiencia Humana

Como ya se mencionó en la 4ª fase de la infección se presentan diversas subetapas, las cuales serán descritas más amplia y específicamente a continuación:

- Enfermedad constitucional. Caracterizada por: a) pérdida de peso involuntaria mayor al 10% del peso normal del sujeto, b) fiebre intermitente o constante durante 30 días o más, c) diarrea por 30 días o más (tres o más evacuaciones líquidas al día) y/o malestar y letargo intensos, así como presencia de infecciones bucales.

- Encefalopatía por VIH. Transtornos neurológicos del Sistema Nervioso, con ausencia de otro padecimiento que los provoque, clasificándose en:

a) Demencia asociada con el SIDA. Se presenta en un 50 a 70% de pacientes con SIDA. Se caracteriza por transtornos en las funciones cognitivas, motoras y del comportamiento, los cuales pueden llegar a apatía aguda, dificultad de hablar y demencia severa conforme avanza la enfermedad, variando su presencia e intensidad de paciente a paciente.

b) Meningoencefalitis aguda aséptica. Se refiere al

término meningitis, y se le denomina aséptica porque los cultivos para bacterias son negativos. Se manifiesta principalmente por dolor de cabeza persistente, puede presentarse desde las primeras etapas de infección por VIH, aunque también puede presentarse en etapas más tardías de forma crónica.

c) Trastorno del Sistema Nervioso Periférico. Se presentan en un 15 a 50% de pacientes infectados. Puede iniciarse desde etapas tempranas. Consiste en un daño a nivel de las terminaciones nerviosas, afectando nervios sensoriales, autónomos o los encargados de hacer funcionar los músculos, provocando diversos trastornos como: disminución en la capacidad de captación o en la transmisión de estímulos, disfunción de órganos autónomos, debilidad muscular y calambres.

A el conjunto de síntomas antes mencionados, también se les maneja como la etapa de Complejo Relacionado al SIDA (CRS).

- Infecciones secundarias. El SIDA es el estado más grave de la infección por el VIH, se manifiesta por el ataque al organismo de infecciones graves, llamadas secundarias u "oportunistas", las causan microorganismos y son las siguientes:

- ^ Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
- ^ Toxoplasmosis cerebral.
- ^ Criptosporidiosis intestinal (con diarrea mayor de un mes).
- ^ Isosporiasis (con diarrea mayor de un mes).
- ^ Strongyloidiasis extraintestinal.
- ^ Herpes simplex mucocutáneo crónico (mayor de un mes).
- ^ Citomegalovirus (no limitada a ganglios o hígado).
- ^ Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- ^ Mycobacteriosis atípica (*Mycobacterium avium* intracellulare).
- ^ Tuberculosis (extrapulmonar, diseminada).
- ^ Salmonelosis recidivante (extraintestinal).
- ^ Criptococosis meníngea.
- ^ Histoplasmosis diseminada.
- ^ Candidiasis esofágica, bronquial o pulmonar.

La más común de las alteraciones pulmonares en el SIDA es la neumonía por *Pneumocystis carinii*, se trata de una neumonía progresiva, fiebre, tos y dificultad respiratoria. Su tratamiento apropiado lleva a una recuperación adecuada en la mayor parte de los casos.

La segunda infección oportunista en nuestro país es la tuberculosis, severa en pacientes con VIH. Otro agente

infeccioso frecuente que afecta al Sistema Nervioso Central es el *Cryptococcus*, que produce meningitis con manifestaciones diversas, desde fiebre y dolor de cabeza hasta signos neurológicos graves. Otras formas de infección son: toxoplasmosis, que genera fiebre, trastornos del sensorio, convulsiones y eventual evolución al coma; así como la leucoencefalopatía multifocal progresiva, producida por el papovavirus, provocando trastornos del sensorio, afasia, hemiparesia, ataxia y otros signos focales. Prácticamente ningún paciente con SIDA deja de tener problemas en la piel, son muy comunes la resequead y la descamación. Otras infecciones son la herpes, varicela y tuberculosis cutánea.

Cerca de un 80% de pacientes con SIDA, tiene manifestaciones intestinales, caracterizadas por diarrea, dolor abdominal y en algunos casos hemorragia intestinal. La diarrea frecuentemente va acompañada de pérdida de peso y fiebre.

- Neoplasias secundarias. Las neoplasias más frecuentes en pacientes con VIH son:

- ^ Sarcoma de Kaposi (SK).
- ^ Linfoma no-Hodgkin.
- ^ Linfoma primario del cerebro.

El SK es un tumor multicéntrico de piel y mucosas, produce lesiones de color rosado o violáceo, lo padecen cerca del 30% de pacientes con SIDA. Las lesiones predominan en tronco, brazos, cabeza y cuello, también en el paladar, regiones faríngea, amigdalina y gingival. Los pacientes con este tipo de neoplasias tienen mejor pronóstico que los que padecen de enfermedades oportunistas, va que algunos pacientes con SK no tienen cambios inmunológicos de consideración como sucede en los pacientes con infecciones oportunistas; lo cual sugiere que el origen del SK puede no deberse a la insuficiencia inmunológica, sino posiblemente a otros factores como los niveles de linfocitos CD4 normales y bajos, dado que se ha diagnosticado SK en pacientes con estas características.

El linfoma puede atacar hasta a un 20% de pacientes con SIDA, la forma más característica de estos pacientes es la denominada "no-Hodgkin", ataca primero en regiones extralinfáticas y luego a ganglios; también puede atacar médula ósea, intestinos y piel. El linfoma primario se manifiesta únicamente a nivel de sistema nervioso central.

- Otras manifestaciones. En pacientes con SIDA, es frecuente el daño hepático, las infecciones oportunistas pueden producir artritis, daño a las glándulas suprarrenales, daño a los ganglios linfáticos y al páncreas, todo esto producido por infecciones diseminadas, provocadas por virus y bacterias. (Esquema 2)

ESQUEMA 2.

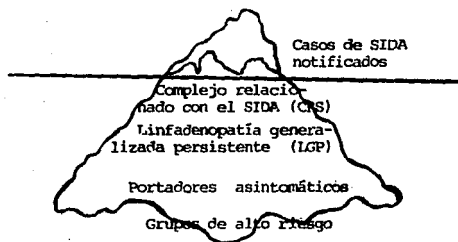
PROCESO DE LA ENFERMEDAD POR INFECCION DE VIH

- Adenopatías
 - Malestar general
 - Fiebre
 - Artritis
 - Erupción cutánea
- I. INFECCION AGUDA: - Pérdida del estado de alerta
- Desorientación
 - Encefalopatía aguda
 - Dolor de cabeza
- II. INFECCION ASINTOMATICA: No se presentan evidencias de la enfermedad.
- Cervicales
 - Occipitales
 - Supraclaviculares
 - Axilares
 - Epitrocleares
 - Popliteos
- III. LINFADENOPATIA GENERALIZADA PERSISTENTE: Crecimiento ganglionar
- Pérdida de peso
 - Fiebre
- Enfermedad constitucional - Diarrea
- Infecciones bucales
- Encefalopatía - Demencia
- Meningoencefalitis aguda aséptica
 - Trastorno del S.N.P.
- IV. SIDA:
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
 - Toxoplasmosis cerebral.
 - Criptosporidiosis intestinal (con diarrea mayor de un mes).
 - Isosporiasis (con diarrea mayor de un mes).
 - Strongyloidiasis extraintestinal.
 - Herpes simplex socutáneo crónico (mayor de un mes).
 - Citomegalovirosis (no limitada a ganglios o hígado).
- Infecciones secundarias - Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Mycobacteriosis atípica (*Mycobacterium avium* intracelulare).
 - Tuberculosis (extrapulmonar, diseminada).
 - Salmonellosis recidivante (extraintestinal).
 - Criptococosis meníngea.
 - Histoplasmosis diseminada.
 - Candidiasis esofágica, bronquial o pulmonar.

	- Sarcoma de Kaposi (SK)
Neoplasias secundarias	- Linfoma no-Hodgkin
	- Linfoma primario del cerebro
	- Daño hepático
	- Artritis
Otras manifestaciones	- Daño a glándulas suprarrenales
	- Daño a ganglios linfáticos
	- Daño al páncreas

Debido al curso de la enfermedad, los casos de SIDA registrados son solamente la punta del "iceberg", existiendo muchos posibles casos futuros de SIDA. (Ver figura 3)

FIGURA 3. "Iceberg" de las etapas por infección del VIH.



1.4 EPIDEMIOLOGIA.

Al abordar el tema del SIDA es de suma importancia referirse al avance de la epidemia, a las cifras, que pueden resultar alarmantes al observar su veloz incremento y hablan por sí mismas de la necesidad de prevenir la mortal enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reportaba 81,433 casos de SIDA en el mundo a principios de 1988; para mediados del mismo año la cifra ya había ascendido a 108,176 casos; dos años después en 1990 se llegaba a la cifra de 266,098 casos en el mundo, alcanzando un incremento de más del doble (CONASIDA 1988, 1990).

Para el año de 1991, la OMS notifica 314,611 casos de SIDA a nivel mundial (CONASIDA,1991). Había detectado SIDA en 143 países del mundo, de los cuales poco más del 70% correspondían a América, cerca del 15% a África, poco más del 10% a Europa y solo 1% a Asia y Oceanía.

Como se observa, América es el continente con mayor casos de SIDA notificados, de los cuales el 91.1% corresponde a Norteamérica, 0.4% a Centroamérica, 4.8% a Sudamérica y 3.7% al Caribe.

En el año de 1987, la OMS reportaba 1,233 casos de SIDA en México, cifra que se multiplicó con rapidez en los años subsiguientes, llegando a la cantidad de 8,889 casos acumulados y registrados para el año de 1991. (CONASIDA, 1991).

Según estimaciones de la OMS, para 1993 México ocupa el tercer lugar en América Latina de acuerdo a los casos registrados de SIDA, después de Estados Unidos y Brasil. (Ver tabla 1)

A los 17,387 casos registrados en México hasta 1993, se suman 966 casos hasta marzo de 1994, incrementándose la cifra a 18,353 personas con SIDA (CONASIDA,1994).

Desde el año de 1992 hasta 1994, el grupo más afectado es el de personas entre 25 y 44 años, siendo la principal vía de contagio la sexual. Para el año de 1994 por cada 6 hombres con SIDA existe una mujer infectada (CONASIDA, 1994).

TABLA 1. Casos de SIDA en América, diez países con mayor frecuencia. Hasta diciembre de 1993.

POSICION	PAIS	FRECUENCIA	TASA POR MILLON DE HABITANTES
1	E.U.	339,250	1,343
2	BRASIL	43,455	283
3	MEXICO	17,387	200
4	CANADA	8,640	320
5	COLOMBIA	3,870	115
6	VENEZUELA	3,150	158
7	HAITI	3,086	466
8	HONDURAS	2,865	544
9	ARGENTINA	2,767	85
10	REPUBLICA DOMINICANA	2,179	293

FUENTE: SIDA/ETS, 1994.

Aún cuando se trata una enfermedad de predominio urbano, se concentra en las grandes áreas metropolitanas, sin embargo se extiende con gran rapidez a áreas semiurbanas y rurales. Del total de casos notificados en 1994, el 56.5% se acumulan en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco; siendo las entidades con menos casos: Campeche, Colima, B.C.S., Zacatecas y Aguascalientes. (Ver tabla 2)

TABLA 2. CASOS DE SIDA EN MEXICO POR REGION GEOGRAFICA, HASTA MARZO DE 1994.

ESTADO	Nº DE CASOS ACUMULADOS
D.F.	5,756
Edo. México	2,293
Puebla	975
Veracruz	764
Morelos	448
Guanajuato	269
Hidalgo	112
Tlaxcala	103
Queretaro	102
Jalisco	2,314
Guerrero	485
Michoacán	485
Sinaloa	248
Nayarit	185
San Luis Potosí	184
Durango	104
Zacatecas	73
Aguascalientes	67
Colima	54
Nuevo León	579
Baja California	554
Coahuila	329
Tamaulipas	270
Chihuahua	234
Sonora	174
Baja California Sur	54
Yucatán	348
Oaxaca	234
Chiapas	162
Tabasco	92
Quintan Roo	88
Campeche	44
Extranjero	170
Total	18,353

Fuente: SIDA/ETS, 1994, 2637, 2640.

La literatura pone especial énfasis en el mecanismo de transmisión sexual, ya que constituye la principal forma de transmisión y contagio del VIH, tanto en México como en el mundo. La OMS reportó que en 1993, un 75% de los casos reportados habían sido transmitidos por la vía sexual. Es importante resaltar que la infección por vía heterosexual está tomando gran fuerza, la Organización Mundial de la Salud señala que para el año 2,000 se espera que el 90% de los casos totales de infección en todo el mundo sean transmitidos por ésta vía. Hasta 1993, en nuestro país el 84.5% de hombres y el 50% de mujeres con SIDA, se habían contagiado por vía sexual, como se muestra en la tabla 3. Porcentaje que se incrementó para el año de 1994, dándose en contagio por vía sexual en un 93.4% en hombres y 65.5% en mujeres (SIDA/ETS, 1994).

TABLA 3: Total de casos reportados hasta marzo de 1993, por transmisión sexual.

AÑO	TRANSMISION SEXUAL	
	HOMBRES	MUJERES
1991	86.7%	22%
1992	88.8%	44.4%
1993	84.5%	50%

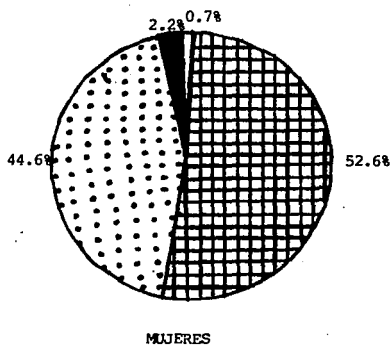
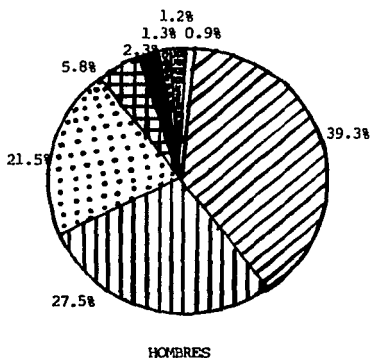
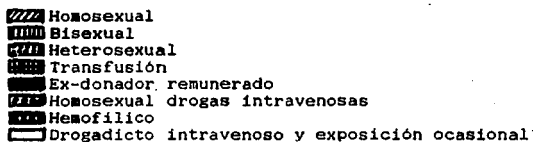
FUENTE: SIDA: perspectiva psicológica de un problema de salud mundial (1993).

Con respecto a la vía de transmisión sanguínea, se ha observado en distintos países que puede ser controlada con medidas enérgicas de detección de donadores, así como en el caso de mujeres que planean embarazarse.

Del total de casos reportados hasta marzo de 1994, el cual asciende a 18,353 como ya se mencionó, se realizó una relación porcentual según la categoría de transmisión en adultos, en la cual se puede observar nuevamente el incremento en la transmisión del VIH por vía sexual. (Ver gráfica 1)

Debido a que la principal vía de contagio es la sexual, los grupos con mayor riesgo de adquirir la infección son los jóvenes, debido a que se encuentran en la etapa reproductiva y tienen necesidad de relaciones sexuales frecuentes, pudiendo ser de alto riesgo si no se les informa y se les concientiza del problema que es el SIDA.

GRAFICA 1. Porcentaje de casos de SIDA, por categoría de transmisión en adultos. Hasta marzo de 1994.



FUENTE: SIDA/ETS, 1994, 2647.

CAPITULO II

2. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL SIDA

El SIDA es un problema social, que ha despertado el interés médico debido a la dimensión biológica de la enfermedad, por otro lado también existe gran interés en los aspectos sociales de la enfermedad ya que influyen en la propagación de ésta: al darse consecuencias sociales displacenteras para los seropositivos y personas con SIDA, la población en general prefiere negar la posibilidad de infección y por lo tanto dichas consecuencias.

Es necesario considerar la perspectiva social, con el fin de establecer medidas de prevención y evitar así la expansión del SIDA; esto implica factores económicos, socioculturales, educativos e ideológico-políticos.

Los individuos poseen determinados patrones socioculturales y expectativas que modelan sus ideas y actitudes, así como la manera de comportarse socialmente, desgraciadamente el comportamiento social es de rechazo a los enfermos y familiares, segregación en escuelas y centros de trabajo, incluso la agresión física. Lo anterior impide al enfermo y familiares tener un ambiente social adecuado para enfrentar la enfermedad (CONASIDA, 1988).

Por lo tanto el SIDA debe ser estudiado de forma multidisciplinaria, al unirse diversas ciencias y enfrentar conjuntamente la epidemia se podrán obtener mejores resultados.

En el caso particular de los Psicólogos, existe una colaboración importante tanto en investigación como en la aplicación en diversas áreas, como: prevención y tratamiento, estimulándose los diversos campos para prevenir, tratar y erradicar la enfermedad.

2.1 REACCIONES SOCIALES

En México prevalece la asociación SIDA-homosexual, lo que conlleva ideas de culpa y de castigo divino, propiciando diversas reacciones sociales como son la indiferencia y hasta la agresión física, lo cual puede observarse a nivel

macrosocial.

El Doctor J. Sepúlveda señaló que existen tres razones fundamentales para la falta de consideración hacia los seropositivos y personas con SIDA:

1. Miedo al contagio.
2. El escaso valor social que se da a los mal llamados "grupos de alto riesgo".
3. El rechazo a todo aquello que nos recuerde nuestra vulnerabilidad. (Citado por Ríos. M. 1991)

Las reacciones sociales son efectos claros del SIDA, entre los más comunes se encuentran: prejuicio, estigmatización, pánico, hostigamiento y la movilización social, originadas por la idea de que el SIDA es un castigo y el buscar en otros la causa de la enfermedad, excluyéndose así de responsabilidades. Ante algo desconocido, las personas tienen necesidad de darse una explicación completa sobre ello, esto sucede en el caso del SIDA por ser una nueva enfermedad, dándose diversas explicaciones y nombres como, "Síndrome Gay", "Cáncer lila", "mal de los haitianos", etc., adjudicándoles a otros la enfermedad, lo cual nos libera de la responsabilidad y de un posible contagio.

Jarvalov (1986), define prejuicio como: "Una actitud sin fundamento suficiente en la experiencia, que suele apoyarse en una generalización excesiva, manifestándose en una resistencia emocional al cambio", por ejemplo el hecho de negarse a velar a un muerto de SIDA en X velatorio o rechazarse a incinerarlo, uso del aislamiento, incendio de celdas de prisioneros, despido, desalojo de vivienda, entre muchos otros.

Estigmatizar a otros, permite a las personas sentirse superiores, separados de las cualidades percibidas y menos vulnerables (Strawn, 1985). "Estigma es un atributo de un individuo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito. El término estigma, entonces, hace referencia a un atributo profundamente desacreditador" (Goffman citado por Castro Pérez, 1988). Se pueden distinguir tres clases de estigmas:

- a) Todos aquellos que padecen enfermedades físicas o deformidades como: pacientes con lepra, cáncer o con pérdida de algún miembro.
- b) Aquellos que tienen falta de voluntad, que presentan conductas antinaturales, perversas y los que se dejan llevar por sus pasiones como, drogadictos, homosexuales, prostitutas, exconvictos, etc.

- c) Estigma asociado a una raza, religión o nación: judíos, negros, etc. (Citado por Orellan, G. 1991)

Los enfermos de SIDA se estigmatiza debido a la enfermedad física y a su preferencia, como es el caso de homosexuales, prostitutas o drogadictos, se llegó al extremo de comentar que se deberían aislar en cavernas o llevarlos a una isla, para evitar la epidemia.

Sherkovin (1985), define al pánico como: "estado emocional que se produce como consecuencia de la falta de información sobre alguna situación que atemoriza o es incomprensible, o bien por una desmedida abundancia de noticias que se manifiestan en acciones impulsivas". Un claro ejemplo de pánico es el de las madres, al negarse a llevar a sus hijos al colegio sabiendo que asiste al mismo un niño con VIH. Debido a la desinformación o mala información que tienen sobre el tema.

El hostigamiento es otra reacción frecuente para con los pacientes con SIDA, y García (1986) lo define como, "el trato discriminatorio con expresiones de desprecio que resultan ofensivas y objetables para quien las recibe, causándole incomodidad y humillación. Es una agresión repetida y no deseada". El hostigamiento es muy común hacia los homosexuales desde hace varios años, sin embargo se ha acrecentado con la presencia del SIDA, ahora también insultan y humillan a pacientes con ésta enfermedad pertenezcan o no a dicho grupo.

Afortunadamente, no todas las reacciones sociales hacia las personas con SIDA han sido negativas, como ya se mencionó ha propiciado trabajos multidisciplinarios, investigaciones, hablar sobre sexualidad más abiertamente y otro aspecto muy importante "movimientos sociales", que son "acciones colectivas con cierta continuidad y dirigidas contra algún aspecto importante y general del orden establecido en la vida social, con la que se pretende introducir un cambio en la sociedad" (Munné, 1986), dando como resultado apoyo y solidaridad con los enfermos de SIDA y portadores del VIH.

La sociedad civil se organizó en grupos independientes, como la Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA, AVE de México, Grupo Cálamó; sumándose asociaciones ya establecidas como el Círculo Cultural Gay, unificándose para ayudar a los enfermos y combatir la enfermedad.

No es extraño que el SIDA, se interprete como un azote de Dios, como un castigo por el comportamiento sexual inadecuado, por abusar del sexo o como un castigo de la naturaleza, dichas ideas sugieren una fijación de la moral en el comportamiento sexual. Quien considera el SIDA "un castigo de Dios", supone en los enfermos un comportamiento

personal pecaminoso por lo que es castigado y se da a la tarea de juzgar al prójimo como culpable, descargando sus agresiones acumuladas.

A la persona que señala el SIDA como un castigo de Dios, habrá que preguntarle la imagen de Dios que se ha hecho. Según el Nuevo Testamento, Dios es misericordioso y el hombre redimido del pecado, dolor, necesidad y muerte, lo cual se contradiría y hacen de Dios un verdugo para el hombre.

Aunado a lo anterior se encuentra la ideología religiosa que profesa la Iglesia Católica de México, la cual a llevado a que la cúpula eclesiástica rechace la campaña de la Secretaría de Salud y enjuicie a funcionarios de la misma por estar incitando a la promiscuidad y perversión sexual. El 10 de enero de 1988, la Iglesia Católica publicó el documento "Moral y sexualidad", donde señala su postura que sin duda fué tomada por mucha gente. Por su parte, el dirigente del Comité Pro-Vida expresó: "La televisión se ha prestado a campañas gubernamentales enemigas de la familia, en lugar de educarla, la están desintegrando" (CONASIDA, 1988), argumentos que entorpecen la lucha contra el SIDA.

También es común que el SIDA sea considerado como una peste, la cual ha sido vista durante mucho tiempo como la peor de las calamidades colectivas, representando un castigo divino.

Las actitudes hacia el SIDA a nivel social, han generado dos bandos: para los primeros el problema del SIDA es un problema moral, en cambio el otro bando adopta una actitud más humanista (Liguori, 1990).

Existen dos tipos de moral: la liberal y la conservadora, las cuales se manejan en las diversas campañas. La moral liberal pretende que continúe la libertad sexual de los años '60 y '70, tratando de que exista mayor tolerancia hacia grupos de homosexuales, lesbianas, feministas, etc., existiendo mayor libertad para hablar sobre sexualidad abiertamente, no permitir que se estigmatice a ningún grupo de la sociedad, otro aspecto muy importante que defienden son los derechos humanos y civiles de portadores y enfermos de SIDA, así como brindar apoyo a las campañas que promuevan una sexualidad responsable y el uso del condón para prevenir el contagio por VIH.

La moral conservadora desea poner fin a las libertades alcanzadas en los sesentas y setentas, para los conservadores el SIDA afecta a personas por su actividad y preferencia sexual y que es "un castigo divino", creen que solo afecta a homosexuales y bisexuales, no existiendo peligro para los heterosexuales, por lo tanto, se oponen a la existencia de

campañas preventivas, rechazan el uso del condón por no ser "100% seguro" y que fomenta la perversión entre jóvenes.

Los enfermos de SIDA y los portadores que ven la enfermedad como un castigo, experimentan culpa y se lamentan, lo cual produce efectos desfavorables para su salud. A esto se suman todas estas reacciones sociales "negativas" hacia ellos, provocándoles preocupaciones psicológicas y obstáculos en su ambiente social dificultándoles aún más el enfrentamiento a la enfermedad. (Esquema 3)

ESQUEMA 3.		
ACTITUDES SOCIALES		
- Moral conservadora:	- Rechazo a campañas - Rechazo al uso del condón - Consideran importante la preferencia sexual, para percibir riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> @ PRO-VIDA @ IGLESIA CATOLICA
- Moral liberal:	- Libertad sexual - Tolerancia - Defienden los derechos humanos - Apoyan campañas: uso del condón y sexualidad responsable	<ul style="list-style-type: none"> @ COMASIDA @ GRUPO CALAMO @ AVE DE MEXICO @ CIRCULO CULTURAL GAY @ FUNDACION MEXICANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA

Entre las preocupaciones psicológicas más comunes están diversas pérdidas y el aislamiento. Las pérdidas pueden ser repentinas o graduales, traumáticas o no (Peretz, 1990), ser físicas o simbólicas (psicosociales) (Rando, 1989). Las pérdidas en un enfermo de SIDA, frecuentemente incluyen:

- Paz mental y del espíritu. Ante el diagnóstico existe una sentencia de muerte, por lo tanto el enfermo ve su futuro atemorizante, como ya se mencionó es común el sentimiento de culpa y la vergüenza sobre su preferencia sexual o uso de drogas, experimentando inquietud espiritual, en ocasiones no pueden ni refugiarse en su religión ya que los mismos grupos religiosos los juzgan y manejan que "están obteniendo lo que merecen".

- Empleo. El trabajo en general es imposible al progresar el SIDA, ya sea porque la persona no puede trabajar establemente por lo avanzado de la enfermedad o porque se le despide por padecerla. Generalmente pierden su sueldo y prestaciones, como el seguro de salud afectándolos demasiado por tratarse de una enfermedad tan costosa; aparte de sentirse inproductivos, inútiles y afectar su autoestima.

- Apoyos sociales. Al estudiar las reacciones sociales, es de esperarse que el paciente con SIDA pierda amigos, memberships en clubes, compañeros de trabajo, etc. Su declinación física y mental puede resultar muy abrumadora y su ambiente inmediato no lo puede confrontar.

- Intimidad física. La capacidad sexual puede afectarse adversamente por las consecuencias del SIDA, sin embargo algunos enfermos pueden experimentar un aumento de reafirmación y aceptación a través del sexo, mientras el compañero sexual está atemorizado por su propia seguridad.

- Apariencia física y control de funciones corporales. Como se puede observar en el capítulo 1, los estragos del SIDA sobre el cuerpo son numerosos, perdiéndose gradualmente también las funciones corporales, es necesario ayudar al enfermo a aceptar y comprender estas pérdidas con el fin de no dejar caer su autoestima.

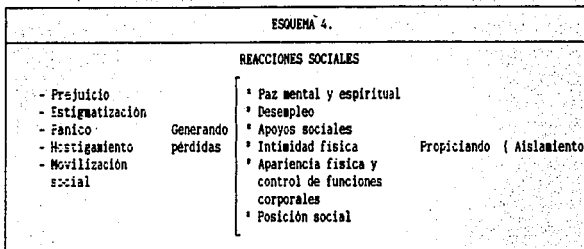
- Posición social. Debido a la prolongada enfermedad, el enfermo de SIDA no puede satisfacer su papel social, afectando su sentimiento de identidad, con frecuencia se sienten humillados y deprimidos al tener que depender de otras personas.

- Aislamiento. Todas las pérdidas mencionadas originan que se aisle al enfermo de SIDA, en ocasiones el mismo prefiere evitar el rechazo y se aísla, también puede darse una combinación de ambas.

Todo lo anterior lleva al individuo con SIDA a experimentar lapsos de ansiedad y depresión durante el curso de la enfermedad, son respuestas normales y se espera, sin embargo, pueden volverse incapacitantes y contribuir al decaimiento del paciente. En casos extremos, una minoría, no pueden enfrentar el dolor físico, emocional, la enfermedad prolongada y llegan al suicidio (Morin y Batchelor, 1984).

La persona con SIDA no puede satisfacer ni resolver, por sí sola, los problemas que se le presentan durante el curso de la enfermedad, por lo tanto es necesario trabajar en equipo para lograr el bienestar del enfermo, cuidarlo y proporcionarle apoyo. (Esquema 4)

ESQUEMA 4.



2.2 PREVENCIÓN

Debido que hasta éste momento no existe vacuna ni medicación específica para la cura del SIDA, sino solo para las enfermedades derivadas o asociadas con el mismo, la prevención es el aspecto más apropiado para poner en práctica.

La prevención es la única vía para detener la pandemia del SIDA, debe de llevarse a cabo a un nivel social por medio de las autoridades sanitarias, realizando programas de prevención y realizando pruebas de detección de VIH a la sangre y sus derivados; por otra parte a un nivel individual, se deben cambiar comportamientos, disminuyendo las conductas de alto riesgo. Es necesario adoptar cambios en las prácticas sexuales, los cuales pueden ser desde las propuestas por grupos conservadores:

- Fidelidad entre parejas casadas.
 - Abstinencia entre solteros.
- Hasta propuestas más liberales:
- Práctica de relaciones monógamas.
 - Evitar la inoculación de sangre y material.
 - Uso del preservativo. (Ramírez, 1989)

Los diversos programas de prevención tienen por objetivo concientizar a la población sobre la necesidad de un cambio en la conducta sexual y/o utilizar el condón, sin embargo esto se ha topado con la resistencia de amplios grupos de la sociedad, incluyendo a los grupos más afectados y a los heterosexuales, quienes se consideran exentos de contraer el virus.

Muchos hombres no lo utilizan alegando que no logran la misma sensación sexual y otros por simple negligencia, no obstante que éste método logra un alto grado de prevención si se emplea correctamente (CONASIDA, 1988).

Las OMS, reporta que la única medida preventiva es educar e informar, desterrar el miedo. Por lo tanto el objetivo de toda campaña preventiva deberá ser: combatir prejuicios; estigmas, hostigamiento y pánico, modificando la representación social que se tiene del SIDA, también se debe motivar la movilización social solidaria para apoyar y ayudar a los enfermos e infectados por el VIH. Se debe educar sobre los medios de transmisión, principalmente el sexual, explicar el riesgo de cada práctica sexual y sus opciones preventivas, así el individuo será responsable de la elección de sus prácticas sexuales y no se impondrán reglas.

El conocimiento de la realidad social del individuo permitirá también orientar mejor las campañas de educación sexual. La forma como se concibe el fenómeno de la sexualidad difiere de un individuo a otro, por lo tanto las medidas y su difusión deberán responder a los diversos marcos socioeconómicos, culturales e ideológicos de una sociedad. Esto permitirá efectivamente un refuerzo de actitudes, cambiar ideas erróneas y conductas sexuales de riesgo (CONASIDA, 1988).

A nivel macrosocial y de manera más específica, Gorzarelli, J. (1993), divide la prevención en primaria y secundaria. Para Gorzarelli, la prevención primaria debe estar dirigida a anticipar las posibilidades de infección del VIH y a:

- a) Determinar conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación al SIDA.
- b) Publicidad de prevención y percepción de enfermedad.
- c) Diseñar modelos y ejecutar acciones de comunicación social para grupos específicos y población general.
- d) Formar centros de información y atención telefónica.
- e) Promover higiene y educación sexual en colegios.
- f) Introducir valores positivos hacia la salud: arte, deporte y relaciones comunitarias.
- g) Aclarar precauciones a tomar en empresas, hospitales e instituciones públicas.
- h) Especificar recomendaciones en centros educativos, militares, comunitarios y civiles.

1) Publicidad radial, televisiva y gráfica, comunicando medidas de protección, como:

- Abstenerse de las relaciones sexuales con desconocidos.
- Tener relaciones sexuales con quien se tenga la seguridad que no estén infectados.
- Reducir el número de parejas sexuales.
- Realizar la penetración con preservativos de comprobada eficacia.
- Evitar las relaciones promiscuas.
- Evitar la penetración ante la duda de persona infectada.
- No compartir agujas, ni jeringas.
- Usar material desechable en transfusiones.
- Extremar reglas de higiene en el uso de instrumental.
- Evitar el uso de drogas.
- Chequeos médicos periódicos, incluyendo para SIDA.
- No abusar de bebidas alcohólicas, ni el tabaco.
- Apoyar las campañas de investigación, docencia, y prevención de esta enfermedad.
- Mantener un estado óptimo físico y psíquico.
- Ante la duda acudir a instituciones especializadas.
- Ante duda en embarazadas realizarse análisis y seguir criterios éticos y médicos.
- Utilizar la sexualidad para placer y vida, no para precipitarse a la muerte.
- En el área profesional, favorecer y facilitar el trabajo multi e interdisciplinario.

j) Aumentar la calidad de vida.

k) Formar centros informativos para familias y adolescentes.

l) Organizar grupos para informar y prevenir.

m) Usar solo sangre o hemoderivados tipificados.

n) Al igual que tejidos, órganos o esperma.

ñ) Usar equipo anti-SIDA en caso de riesgo conocido.

o) Evitar lesiones con objetos que pudieran estar contaminados.

p) Evitar embarazos en la mujer infectada, o de alguien infectado o con conductas de alto riesgo.

q) Evitar situaciones estresantes, peligrosas o depresión ya que desfavorecen al sistema inmunológico.

r) Uso adecuado de antisépticos.

s) Limpieza estricta de cualquier superficie contaminada con sangre o secreciones que tengan o puedan tener el VIH.

La prevención secundaria es muy importante, a pesar de que ya se observa la patogenicidad de la enfermedad, es indispensable para que el seropositivo o enfermo de SIDA viva lo mejor que sea posible. Gorzarelli, J. (1993), en términos generales propone:

- * Diagnóstico oportuno.
- * Realizar pruebas en la población, aconsejar los beneficios que representa, debiendo ser gratuito, anónimo e individual.
- * Efectuar pruebas serológicas en bancos de sangre y grupos con conductas de alto riesgo.
- * Tratamiento con AZT.
- * Tratamiento adecuado de las enfermedades oportunistas.
- * Asistencia psicológica al portador y familiares.
- * Evaluaciones periódicas a seropositivos y en proceso de recuperación.
- * Informar a la pareja, dentista, personal de salud de que se es portador, para que tomen medidas necesarias.
- * Fomentar campañas que desmitifiquen la enfermedad.
- * Estar conscientes y alertas de que la enfermedad es permanente y que todos los portadores son transmisores del virus, y que las relaciones sexuales con otros infectados producen nuevas cargas virológicas. Las sobreinfecciones aumentan la posibilidad de mortalidad. Un caso similar es el de los drogadependientes intravenosos.

Por otra parte, es indispensable que la sociedad no continúe lesionando los derechos humanos de las personas que viven con SIDA, con reacciones como: rechazo, despidos, lanzamientos, discriminación, abusos, falta de atención médica, entre muchos otros. Por lo cual, se creó la Cartilla de derechos humanos VIH y SIDA, aprobada y respaldada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, publicada el 9 de abril de 1992, con el fin de que las personas que viven con VIH o SIDA recuperen y conserven sus derechos, que nuestras leyes consignen por igual para todos los mexicanos y la cual incluye los siguientes 14 puntos básicos:

Si vives con VIH/SIDA en México, estos son tus derechos fundamentales:

1. La ley protege a todos los individuos por igual, en consecuencia, no debes sufrir discriminación de ningún tipo.

2. No estas obligado a someterte a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vives con VIH o que has desarrollado SIDA.

Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tienes derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.

3. En ningún caso puedes ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o por haber desarrollado SIDA.

4. No podrá restringirse tu libre tránsito dentro del territorio nacional.

5. Si deseas contraer matrimonio no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.

6. Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.

7. Cuando solicites empleo, no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección del VIH.

Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que seas suspendido o despedido de tu empleo.

8. No se te puede privar del derecho a superarte mediante educación formal o informal que se imparta en instituciones públicas o privadas.

9. Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o afiliarte a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.

10. Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerte.

11. Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedas someterte.

12. Tienes derechos a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar tu calidad y tiempo de vida.

13. Tienes derecho a una atención médica digna, y tu historial médico deberá manejarse en forma confidencial.

14. Tienes derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.

Todas estas acciones , tienden a un estado de bienestar biopsicosocial completo. Con la prevención se trata de permanecer en la salud, retornar a la salud o ampliar al máximo posible el espacio de salud (Cahn, 1992).

CAPITULO III

3. CONDUCTAS DE ALTO RIESGO Y PERCEPCION DE RIESGO E INVESTIGACIONES

Al revisar las cifras epidemiológicas del SIDA, nos podemos percatar de la rapidez con que avanza la enfermedad, a pesar de que actualmente se saben los mecanismos de transmisión del VIH. Esto significa que la población continúa realizando conductas de alto riesgo, lo cual está íntimamente ligado a la percepción de riesgo que se tiene de adquirir la enfermedad, ya que al ser poca o nula y por lo tanto pensar que no se va a infectar al realizar determinadas conductas, se incrementa la posibilidad de incurrir en riesgo; resultando de suma importancia revisar éstos aspectos con la finalidad de prevenir futuras infecciones.

La práctica de conductas de riesgo, es aquella en la existe un alto grado de exposición al virus del SIDA, dándose principalmente cuando no se utiliza una barrera protectora. En orden decreciente, las conductas de mayor riesgo son: penetración anal, penetración vaginal, eyaculación en boca, contacto boca-año o boca-vagina y compartir juguetes sexuales. Todas éstas se vuelven prácticas de riesgo cuando no se utiliza adecuadamente el condón o alguna otra barrera que impida que los fluidos infectados entren en contacto con la sangre de un individuo sano (CONASIDA, 1994).

Por lo tanto a las conductas que conllevan riesgo de contraer el VIH se les llama "Conductas de alto riesgo", dentro de las cuales destacan:

- Promiscuidad sexual.
- Utilización de agujas y jeringas no desechables, las cuales pueden estar infectadas.
- Prostitución femenina y masculina.
- Múltiples parejas sexuales.
- órganos, etc. infectados por el VIH.
- La no utilización del preservativo.

Se pueden considerar factores de riesgo:

- Deficiente educación sexual.
- Violaciones sexuales.
- Hijos de padres infectados.
- Exponerse a sangre y/o a objetos punzocortantes.

- Ser receptor de sangre, plasma, semen, tejidos, órganos, etc. infectados por el VIH. (May, Anderson y Blower, 1990; Ellebrock y Oxtorb, 1991; CONASIDA, 1988)

Es de gran interés el grupo de los adultos jóvenes, ya que en su mayoría son sexualmente activos, posiblemente con más de una pareja y quizá con hijos o próximos a tenerlos, estando en riesgo de contraer el VIH y propagarlo, se sabe que es muy importante el uso del condón ya que es el método más eficaz para prevenir una posible infección, sin embargo, diversas investigaciones revelan que su uso es muy bajo.

El uso del condón depende de diversos factores, si la población es sexualmente activa, si lo conoce, si sabe usarlo, si se percibe en riesgo de contagio de enfermedades sexualmente transmitibles, si sabe que disminuye el riesgo de infección de éstas, especialmente del SIDA. (Villagrán, G., 1993).

La información que se tiene sobre el SIDA, es un factor que parece incidir en la disminución de las conductas de riesgo, jugando un papel importante en la percepción de riesgo.

Para Fieshbein y Ajzen (citado por Pratkanis, 1989). las creencias dentro de un constructo son anteriores a las actitudes. Se difunde como información acerca del objeto psicológico, que proviene de otros individuos, de la experiencia directa o bien de inferencias que el sujeto hace acerca del objeto. Por otra parte el conocimiento se refiere a la información organizada que los sujetos poseen sobre algún tema o sobre un conjunto de temas, el conocimiento estaría más cercano a la objetividad, a la información documentada, a diferencia de las creencias que se acercarian más a información con poco o ningún fundamento científico (Pepitone, 1992, citado por Villagrán, G., 1993).

Si no se tiene la información correcta y suficiente sobre la enfermedad, se puede dar origen a conductas riesgosas, por ejemplo algunas personas creen que el SIDA solo afecta a homosexuales, excluyéndose de la posibilidad de contagio, pero a la vez exponiéndose a éste.

En un estudio realizado en estudiantes universitarios entre 18 y 29 años de edad, por Izazola, Valdespino, Juárez y Mondragón (cit. Sepúlveda 1988), entre otros aspectos se investigaron las conductas preventivas para no contraer el VIH, encontraron que el 98% consideró útil no tener relaciones sexuales con portadores o enfermos de SIDA, 97% estuvieron conscientes de que no se deben usar agujas ni jeringas sin esterilizar, 96% reconocieron la utilidad de realizar la prueba de detección de VIH a la sangre de

donadores. 89% el evitar relaciones sexuales con personas recién conocidas y el 74% el uso del condón durante la relación sexual. El uso del condón fué de los más bajos para prevenir la enfermedad.

Diversas investigaciones han demostrado que la sola información sobre el SIDA no es suficiente para un cambio de conducta, por ejemplo Quadland y Shattls (1987). Encontraron que los homosexuales continuaban con relaciones sexuales casuales, a pesar de su conocimiento sobre el SIDA. Bayés (1989) señala que la información no produce cambios en la conducta por sí sola. Díaz-Loving (en prensa) señala que los conocimientos son necesarios pero no suficientes para provocar cambios conductuales deseados. Harrison, Wambach, Byers e Imersheim (1991), reportan que mujeres entre 18 y 53 años, con conocimientos suficientes sobre el SIDA, no se perciben en riesgo a pesar de sus conductas riesgosas. En otro estudio realizado por O'Gorman y Dinsmore (1990), se observó que hombres entre 16 y 44 años de edad, con buenos conocimientos no presentaban prácticas de conductas de sexo seguro (cit. Villagrà, G. 1993).

Afortunadamente no todos los grupos han continuado con las conductas riesgosas, estudios realizados por Jurán (1989) en homosexuales y heterosexuales de ambos sexos, así como Simkins y Kusher (1986) en estudiantes universitarios, encontraron que la mayoría de las mujeres homosexuales, más de la mitad de las mujeres heterosexuales y una cuarta parte de los heterosexuales habían cambiado su conducta, especialmente en el sexo casual.

Ya que la información sobre el SIDA no es suficiente para provocar un cambio de conducta, resulta necesario investigar otros aspectos como la percepción de riesgo de contagio con la finalidad de tomar las medidas necesarias para evitar la propagación de la enfermedad.

La percepción es un proceso por el cual entran en la consciencia impresiones sensoriales, llegadas previamente a los centros nerviosos, interpreta estímulos sensoriales (Dorsch, 1977). Parece ser que en gran parte es una característica aprendida del comportamiento, influyen señales externas (estímulos) y señales internas (factores personales).

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

La percepción de riesgo de contagio de SIDA es la conciencia de riesgo de contagio, protección contra el SIDA, precauciones para no adquirir la enfermedad, influya en su

estructura dos factores: el miedo y la comprensión o incompreensión del riesgo (Gómez, M., y Muñoz, M., 1993).

Para Leventhal (cit. Bauman y Siegel, 1987), el miedo produce inconformidad o tensión que motiva a la acción. Este concepto se usa en el Modelo de conducción del miedo, puede ser un motivador efectivo cuando se asocia a una amenaza a la salud, o cuando es muy grande puede generar desesperanza (cit. Villagrán, G., 1993).

La percepción de riesgo se basa en los aspectos que se enumeran a continuación, según Johnson (1991):

1. Surge la atención (Que eventos capta la persona en el medio y le llaman la atención porque le resultan significativamente amenazantes).

2. Estimación del riesgo (Que tan grande es el riesgo).

3. Evaluación del riesgo (Que tan serio es el riesgo).

4. Atribución de la causa y culpa (quién causa el riesgo y quién es el culpable de la distribución).

5. El control del peligro (Cómo trata la persona de controlar el riesgo).

6. Estrategia (Que acciones elige la persona para conseguir un control sobre el riesgo).
(cit. Diaz y Rivera, 1992).

Se ha observado un elevado incremento en los casos de SIDA entre heterosexuales, a pesar de sus conocimientos sobre la enfermedad, lo cual significa que no se ven a si mismos en riesgo de contraer la enfermedad, a pesar de incurrir en prácticas de alto riesgo de adquirir el VIH, por lo que no valoran las consecuencias de su comportamiento sexual (Sepúlveda 1989).

Según el Dr. Lawrence Green, director del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston, "la percepción de un alto riesgo y un resultado catastrófico son factores que pueden influir grandemente para la motivación al cambio, mientras que la percepción que tiene la mayoría de los heterosexuales acerca del riesgo que ellos enfrentan de contraer la enfermedad es tan bajo, que difícilmente las campañas educativas en favor de relaciones monógamas tendrán efecto" (CONASIDA, 1988).

El estudio de la autopercepción de riesgo de enfermar, es importante para entender porque la gente realiza conductas que ponen en riesgo su salud o que los motiva a buscar su

salud, como lo reporta Prohaska, Albrecht, Levi, Sugrue y Kim (1990), (cit. Villagrán, G., 1993).

McDonald y Smiyh (1990), a través de una encuesta encontró que las personas que se perciben con más riesgo de contagio están entre los 15 y 34 años, a pesar de ésto el riesgo percibido es bajo.

La baja percepción de riesgo también se pudo observar en un estudio realizado en personas de 15 a 45 años, de ambos sexos, encontrando sobre la autopercepción de riesgo de contraer el SIDA, que solo 1 de cada 5 personas declara tener riesgo de adquirirla (Licea, 1993).

Autores como Villagrán-Vázquez, Cubas-Carlin, Diaz-Loving y Camacho-Valladares (1990), encontraron en un estudio en universitarios, que los grupos percibidos con más riesgo según sus preferencias sexuales, son: Hombre homosexual con más de una pareja ($x=2.88$), mujer homosexual con más de una pareja ($x=2.75$), hombre y mujer heterosexual con más de una pareja ($x=2.68$ y $x=2.69$), el propio riesgo nuevamente se percibe como muy bajo ($x=1.38$), ésto se observa incluso cuando tienen más de una pareja.

Otro estudio realizado en estudiantes universitarios por Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawski y Valdespino (1989), se reporta que perciben a los homosexuales y a las prostitutas con mayor riesgo de contagiarse de SIDA, los estudiantes universitarios sexualmente activos se consideran inmunes o con pocas probabilidades de contraer el VIH.

Estos estudios corroboran la tendencia a culpar a otros grupos de la enfermedad, lo cual permite a las otras personas negar la posibilidad de contagio y sentirse a salvo de contraer el VIH.

Piña-López, Márquez-Munguía y Bulle-Goyri (1993), sugieren que el principal estilo de vida de las personas con VIH o con SIDA, es el estilo interactivo llamado "tendencia al riesgo", el cual plantea que si se considera el comportamiento de una persona en una situación en la que existe la posibilidad de tener una consecuencia estable y predecible, y a la vez una consecuencia variable e impredecible y que puede ser mayor en probabilidad, la persona elegirá la última. En el caso del SIDA, un ejemplo es: si una persona puede tener una relación sexual con una persona desconocida y en ese momento no cuenta con preservativos, aún así elige tener la relación, debido a las consecuencias inmediatas como placer, satisfacción, etc., independientemente de que sepa que existe la posibilidad de que la pareja puede estar contagiada de SIDA.

Con lo anterior concuerda lo postulado por Bayes (1989), quien considera que las personas seguirán con el comportamiento riesgoso, a pesar de estar informados sobre el peligro, esto debido al placer que se produce de forma inmediata, la aparición a largo plazo de las consecuencias nocivas, no hay una relación definida de infección-sintomatología, sólo es probable la consecuencia de la conducta riesgosa.

Por otra parte, desde el punto de vista de prevención empiezan a aparecer en el campo estudios, con el interés de asociar rasgos de la personalidad con el hecho de llevar a cabo conductas de alto riesgo, así como rasgos y características que inducen a las personas a realizar conductas que reducen la posibilidad de contagio.

Las perspectivas y aumento de las investigaciones en conjunto sobre la cultura, psicología y riesgo es muy interesante, ya que las 3 áreas se integran e influyen entre sí (Johnson, 1991). Por lo tanto, las investigaciones que a continuación se describen, y que se refieren a la percepción de riesgo y a las conductas de alto riesgo, incluyen dichas áreas.

En una investigación realizada por Díaz-Loving (1993), se pueden observar dos tipos de personas: con control interno de la salud y con control externo, las primeras se responsabilizan de sus actos, asumen las consecuencias de su conducta y por lo tanto reducen riesgos siendo óptimas sus conductas preventivas, para este grupo de personas basta con informales sobre las formas de contagio, para obtener conductas deseadas. Por otra parte, las personas con control externo dejan su destino a la suerte, realizan conductas de alto riesgo y subestiman su peligro, para ellos la prevención primaria de la salud, debe empezar por atacar los procesos cognitivos involucrados en la toma de decisiones, de lo contrario no servirá aumentar sus conocimientos, ni tratar de cambiar sus actitudes hacia el contagio.

Flores Galaz y Díaz-Loving (1994), investigaron el locus de control, asertividad y comunicación en la prevención del SIDA, con estudiantes de nivel medio superior, encontrando que existen diferencias por género, donde las mujeres tienen mayor control en su vida sexual y son más asertivas con su pareja que los hombres y tienen mayor comunicación sexual con su pareja. En cuanto a asertividad los sujetos más abiertos y asertivos en sus relaciones sexuales y de pareja usan más en forma regular el condón.

Autores como Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1994), consideran aspectos primordiales para una adecuada prevención el locus de control, la asertividad y la jerarquía de valores que regulan la interacción social, con el fin de que no

aparezcan las conductas riesgosas.

Por lo tanto el conocimiento de las estructuras de personalidad que se relacionen con las conductas de alto riesgo deben ser estudiadas para contribuir a la prevención primaria.

Reyes-Lagunes (1990), en un estudio realizado con estudiantes, hombres homosexuales y mujeres que ejercen la prostitución, encontró que el SIDA se percibe como algo muy lejano, lo cual se reafirma en otros estudios que muestran que los estudiantes universitarios consideran que la pandemia es algo que le ocurre a otros y no a ellos.

Kelly, Lawrencw, Brasfield, Lemke, Amidei, Roffman, Hood, Smith, Kilgore y Mcneill (1990), en un estudio realizado con hombres homosexuales de tres ciudades de Estados Unidos, encontraron tres variables predictoras de conductas de riesgo (contacto anal desprotegido):

1. Estimación del riesgo.
2. Aceptabilidad social del uso del condón.
3. Conocimiento de las conductas de riesgo.

Estos autores encontraron que a menor riesgo percibido, presentaron menor número de conductas de riesgo, la aceptabilidad social del uso del condón y el conocimiento de las conductas de riesgo correlacionaron negativamente con la percepción de riesgo. Por otra parte, encontraron que a menor conocimiento sobre el SIDA y aceptabilidad social del uso del condón, los hombres tenían más conductas de riesgo. Los hombres que tenían amigos con SIDA, se consideraron con mayor riesgo, por último, en el caso de haber tenido coito anal desprotegido el 87% subestimaron el riesgo de dicha conducta (cit. Villagrán, 1993).

Dorantes (1988), llevó a cabo un estudio sobre cambios de conducta de riesgo por la transmisión del SIDA, en homosexuales de la Ciudad de México, no encontró cambios en la conducta sexual de riesgo, tampoco encontró influencia de su grado de conocimientos sobre la enfermedad, de su nivel socio-económico, escolaridad, ni edad, esto se dió aún en los casos de saberse portador.

En un estudio realizado en población mexicana, Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda (1989), se pudo observar que el 41% de la muestra no sentía temor de enfermarse, por otra parte los estudiantes universitarios reportaron un miedo moderado a adquirir la enfermedad en un 47%, poco miedo un 23%, y el resto no sentía ningún miedo.

La poca preocupación por adquirir la enfermedad en los estudiantes universitarios también se reporta en el estudio

realizado por Simkins y Eberhage (1984). Otro estudio realizado por Diclemente, Zorn y Temoshok (1987), señala que el 61% de los estudiantes percibe poco riesgo de contagio, también encontraron que un 40% de la población estudiada no sabía o estaban inseguros de que el uso del condón en la relación sexual redujera el riesgo de contagio.

Hamilton (1988), realizó una investigación en estudiantes, encontrando que perciben un mayor riesgo de adquirir la enfermedad en homosexuales, no los demás, incluyéndose a sí mismos.

Un estudio más realizado por Mays y Cochran (1988) con preparatorianos negros, indica que el 50% de las mujeres sexualmente activas estaban poco o nada preocupadas por contraer el VIH, además de no haber cambiado su patrón para reducir la posibilidad de contagio.

Montgomery, Joseph, Becker, Ostrow (1989), encontraron que no había relación entre los conocimientos sobre SIDA y la percepción de riesgo, en hombres homosexuales. Por su parte, Díaz-Loving y Rivera-Aragón (en prensa), reportaron que estudiantes sexualmente activos no perciben riesgo de infectarse del VIH, aparentemente para tener control y tranquilidad en su vida (cit. Villagrán, 1993).

Por su parte Ishii-Kuntz, Whitbeck y Simons (1990), realizaron una investigación en estudiantes de sociología, en Iowa y California, reportando que en los estudiantes de California había un mayor uso del condón, más experiencia homosexual, así como menor actitud favorable hacia la homosexualidad, una mayor percepción del SIDA como un problema y mayor preocupación por la enfermedad. La percepción del SIDA como un problema no incrementa directamente el uso del condón en los estudiantes de Iowa, afectando, por lo tanto, la percepción para el cambio en la conducta sexual. Los estudiantes monógamos o con una pareja estable, se muestran menos preocupados por adquirir el VIH, encontrando que, desafortunadamente, regularmente no son monógamos en sus relaciones. Concluyendo que el conocimiento sobre los mecanismos de transmisión y la preocupación por adquirir el SIDA, son algunos factores que pueden llevar al cambio en las prácticas sexuales.

En otra investigación realizada por Díaz-Loving, Flores-Galaz, Rivera-Aragón, Andrade-Palos, Ramos-Lira, Villagrán-Vázquez, Cubas-Carlin, Camacho-Valladares y Muñiz-Campos (1992), se obtuvieron resultados similares, ya que los estudiantes perciben correctamente un mayor riesgo en aquellas personas que tienen relaciones sexuales con más de una pareja, pero subestiman la posibilidad de riesgo en ellos mismos. Teniendo una igual percepción de riesgo en personas

que usan y no usan el condón. Enfatizando una urgente concientización de que todos, incluyéndose a si mismos, están en riesgo de contagio si no se tienen prácticas seguras.

Severn (1990), reportan problemas de autopercepción de riesgo, en estudiantes con una vida sexual más activa, corriendo el riesgo de contraer el VIH y propagarlo. Gray y Saracino (1989), encontraron relación entre una baja autoevaluación del riesgo y el reducido número de contactos sexuales (cit. Villagrán, G., 1993).

Villagrán-Vázquez (1993), realizó una investigación en estudiantes universitarios, encontrando que a mayor número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y a menor edad de debut sexual, los estudiantes se percibirán con mayor riesgo, considerando positivos los hallazgos si los estudiantes toman medidas para prevenir el contagio al percibir el riesgo. A pesar de la existencia de una percepción de riesgo de contagio, señala lo baja que ésta es. También encontró que al estimar el riesgo de contagio del grupo (según orientación sexual y número de parejas sexuales), en el que el estudiante se podía ubicar, lo estimaron muy alto, cercano a la máxima puntuación, es decir, con mucho riesgo a pesar de subestimar el propio.

Con respecto a los adolescentes, quienes han tenido relaciones sexuales y tienen entre 18 y 20 años, existe una actitud más favorable hacia el sexo seguro y al cambio de patrones de conducta sexual, que en adolescentes de menor edad de 15 a 17 años, los cuales muestran menos conocimientos de sexualidad y paralelamente no se sienten en riesgo de contraer el virus del SIDA (Alfaro-Martínez, Rivera-Aragón y Díaz-Loving, 1992).

Los mismos autores, reportan que la mayoría de los adolescentes temen al contagio del VIH y a realizarse la prueba de detección. Esto es particularmente evidente en los que han tenido relaciones sexuales y en especial en los hombres. Encontraron que entre más temor al contagio exista, hay una actitud más favorable hacia los cambios en la actitud sexual y el sexo seguro. En general, los adolescentes no perciben riesgo de adquirir el VIH, por lo cual no previenen y practican conductas sexuales de alto riesgo.

Otros autores como Strunin y Hingson (1987), señalan la poca percepción de riesgo en adolescentes, en su estudio reportan un 54% de adolescentes no preocupados por la posibilidad de contagiarse, así como Price, Desmond y Kukulka (1985), quienes reportan un 73% de estudiantes de preparatoria no preocupados por el hecho de poder contraer SIDA.

Recientes descubrimientos por Van Der Valde (1992). indican que los sujetos que son optimistas tienen una percepción relativamente adecuada de riesgo, cediendo en la práctica de conductas riesgosas, dicho autor descubrió una relación entre previsión de conductas de riesgo y el optimismo, corroborándose con el estudio realizado por Van Der Valde, Van Der Pligt y Hooykas (1994).

Para poder entender las actitudes y creencias, Vasconcelos, Cláudio, Gouveia, Pereira, Dias, Brandao, Robalo y Sousa (1994), realizaron una comparación de resultados obtenidos con 30 parientes de sujetos infectados, ambos sexos y edades entre 25 y 45 años; y los resultados de una muestra de 441 estudiantes universitarios, ambos sexos, edad entre 18 y 45 años. Entre otros aspectos se les cuestionó si algunas personas estaban más expuestas que otras al riesgo de contraer el VIH. Se encontró que en ambas poblaciones existe un buen nivel de información en relación al entendimiento de cómo se transmite el VIH, y existe la silenciosa y errónea idea de que el riesgo pertenece a ciertos grupos como prostitutas, hombres homosexuales y adictos a drogas.

Por lo tanto, existe ésta creencia que aparentemente mantiene la idea de que el SIDA está lejos, y la percepción de que no hay riesgo para los sujetos al no pertenecer a alguno de esos grupos. Que el riesgo depende de la conducta de los sujetos y de pertenecer a alguno de los grupos mencionados prevaleció en la población estudiada.

En suma, se encontró que la comparación de resultados obtenidos en ambas muestras refuerza la hipótesis de que en una relación, los sujetos minimizan el riesgo de infección.

Vasconcelos, Cláudio, Gouveia-Pereira, Dias, Brandao, Robalo y Sousa (1994), realizaron otra investigación en base a lo anterior, es decir, a la asociación entre la infección por VIH y algunos grupos específicos como una creencia que, aunque completamente errónea, tiene importantes implicaciones en el proceso de información sobre el SIDA. Basándose en que:

1. Los sujetos no se identifican ellos mismos con la posibilidad de estar infectados y en consecuencia, subestiman la información.

2. Los sujetos asumen conductas discriminatorias con los sujetos infectados.

La propuesta de esta investigación fué para estudiar, en una población universitaria, la creencia de que el riesgo de infección es de otros, ésto permite una mayor práctica de conductas inseguras y menor protección cuando los individuos se envuelven en alguna relación. Los autores asociaron el nivel de información sobre la enfermedad y dicha creencia.

El estudio se llevó a cabo con 441 estudiantes universitarios de ambos sexos y una edad entre 18 y 45 años. Se observó que la totalidad de los sujetos encontraron perjudicial no usar el condón en una relación ocasional, lo cual es un buen indicador del entendimiento del medio de transmisión de la enfermedad.

Al referirse a una relación heterosexual propia, solamente 72% de los sujetos indicaron el uso del condón, mientras solo el 21.5% rechazan hacer el amor sin protección. Que los sujetos se envuelvan en una relación es una variable que influye para minimizar el riesgo de infección.

Los datos que dió la investigación es la subestimación del riesgo de infección, en una relación cuando el sujeto está directamente involucrado. Este aspecto señala la existencia de la creencia de que la infección puede solamente suceder a otros, aunque la situación de riesgo sea igual.

Al involucrarse el sujeto en una relación subestima el miedo a infectarse, esto es una sobreestimación de la relación y una subestimación de los medios de transmisión de la enfermedad. El sujeto es más demandante con la conducta que otros asumen y más permisivo consigo mismo. Este aspecto es de gran importancia para los programas de prevención.

Es un aspecto relevante el referirse al elevado número de sujetos masculinos que tienen relaciones sexuales sin precauciones, pudiendo estar relacionados con una sobre estimación del contacto físico, que es culturalmente reforzado, en oposición a lo encontrado en las mujeres.

Otro estudio es el realizado por Bouton, Gallaher, Garlinghouse, Leal, Rosenstein y Young (1989), con 527 estudiantes de introducción a la Psicología de la Universidad de Austin, Texas, para medir el miedo al SIDA, conocimiento del SIDA, homofilia y cambio de conducta, entre otros aspectos; tuvo como resultados que los hombres son quienes saben más sobre el SIDA tienen menos miedo a la enfermedad que quienes tienen el mínimo conocimiento. No se encontró la misma relación en el caso de las mujeres.

En resumen, las respuestas reportaron que los cambios en la conducta fueron por percibir la epidemia del SIDA, incluyendo algunas conductas relacionadas con el SIDA y algunas no relacionadas. También se encontró que los políticos y religiosos conservadores tienen más miedo al SIDA que los liberales. Los conservadores prefieren generalmente la protección del pueblo y los liberales la educación. Se observó que las personas con conocidos homosexuales o con la enfermedad estaban mejor informados sobre ésta, que quienes no conocían a enfermos u homosexuales. Esto fué una evidencia

que indica claros cambios de conducta sexual previo a ponerse en riesgo de contraer el VIH. Los autores sugieren una mejor información sobre la enfermedad para reducir el miedo a la misma.

En otra muestra con adultos de Texas (Shoemaker, Lasorsa y McAlister, 1988) y en una de estudiantes de la Universidad de Maryland, se encontró que "no personalizan el riesgo de contraer SIDA" (Freimuth, Edgar y Hammond, 1987). Esta tendencia concuerda con los resultados de Price, Desmond y Kukulka (1985) y contrasta con los resultados de DiClemente, Zorn y Temoshok (1987). Con el aparente incremento en la frecuencia de SIDA entre la población heterosexual, esta percepción puede tener un cambio en los próximos años.

Marks, Richardson, Lochner, McGuigan y Levine (1988), realizaron una investigación entre médicos homosexuales y heterosexuales, en relación a sus actitudes asumidas sobre el SIDA. Encontrando que los médicos homosexuales y heterosexuales indican que poseen actitudes diversas relacionadas a la epidemia del SIDA. Los heterosexuales tienen actitudes más negativas que los homosexuales, a pesar de esto, ambos grupos juzgaron que la mayoría de la gente toma actitudes más negativas que las propias, situación más marcada entre la población homosexual. Estas actitudes negativas nos llevan nuevamente a no personalizar el riesgo, ya que conllevaría ser el blanco de dichas actitudes.

Por su parte Kelaher y Ross (1992), basándose en que la valoración personal de susceptibilidad es un concepto central en la investigación de la percepción de riesgo, investigaron la relación entre la susceptibilidad percibida por infección de VIH y el riesgo de la conducta de inyectarse droga. El estudio se llevó a cabo con 1.262 australianos usuarios de droga intravenosa; fueron divididos en grupos de alto y bajo riesgo dependiendo de su conducta de inyectarse, y grupos de alta, media y baja percepción personal de susceptibilidad.

El análisis indicó que los usuarios de droga inyectada en el grupo de alto riesgo subestiman la prevalencia de infección por VIH en relación al grupo de bajo riesgo, y que la susceptibilidad personal percibida de infectarse fué racionalmente relacionada con la estimación de infectarse.

La ausencia de diferencias significativas entre el grupo de media y baja susceptibilidad, indica que la relación entre la susceptibilidad personal percibida y la estimación de la prevalencia de SIDA no es uniforme en los diferentes niveles de percepción de susceptibilidad personal.

Campbell y Stewart (1992), consideran que el rol de la identidad social como un moderador de la percepción de riesgo

de SIDA no ha sido muy examinado. Por lo tanto, realizaron un estudio, por medio del cual deciden estudiar la percepción de riesgo de SIDA como una función de la relación de un grupo de riesgo identificado. En la investigación participaron 34 homosexuales, 58 usuarios de droga intravenosa y 34 estudiantes de un Colegio.

Los resultados indicaron que el grupo de usuarios de droga subestiman significativamente las conductas propias de riesgo. El grupo de homosexuales también subestiman significativamente las conductas de riesgo características de dicho grupo. El grupo de estudiantes fueron generalmente más exactos en señalar el riesgo, que cualquiera de los otros grupos. Esto soporta la hipótesis de que ser miembro de un grupo y percibir el riesgo relacionado a éste, se da con sesgo, asociado a una necesidad de identidad social positiva de un grupo.

Las investigaciones se han esforzado por entender el riesgo como una variable psicológica que afecta la percepción de riesgo, tanto en la teoría como en la investigación; sin embargo, no se han enfocado en los factores que afectan la autopercepción de riesgo (Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim, 1990). Los modelos que hablan sobre riesgo consideran el cambio de conducta como resultado del riesgo percibido (Cleary, Rogers, Singer, Avorn, VanDevanter, Perry y Pindyck, 1986; Joseph, Montgomery, Emmons, Kirscht, Kessler, Ostrow, Wortman, O'Brien, Eller y Eshleman, 1987), el resultado del riesgo percibido (Clarke, 1985) y los procesos cognoscitivos de toma de decisión en el riesgo determinado (Kahneman y Tversky, 1982). Estas aproximaciones examinan los procesos de definición, selección y acción en la información sobre riesgo, sin embargo, pocos factores han sido identificados, los cuales moderan el riesgo percibido (Campbell y Stewart, 1992).

Según Campbell y Stewart (1992), a los miembros de un grupo parece afectarles la percepción de características conductas de riesgo de su grupo, diferencialmente a la percepción de riesgo de los miembros de otro grupo. Los riesgos de la conducta de su grupo comparada con las conductas de otros grupos son consistentemente subestimadas. Los niveles de información o el conocimiento deficiente, en suma a los juicios perceptuales y otras variables afectan la estimación de riesgo.

Por otra parte Tashakkori y Thompson (1992), exploraron la relación entre la conducta de tener intentos de dejar las prácticas sexuales de riesgo de contraer SIDA y diversas variables que son teóricamente o popularmente asumidas por ser factores importantes en la prevención contra el SIDA. Estas variables incluyen creencias y conocimientos sobre el

SIDA, miedo al SIDA, percepción de vulnerabilidad de sí mismo y otros, percepción eficaz para controlar la exposición al SIDA, autoestimación, locus de control y la conducta pasada en relación a la amenaza del SIDA.

La investigación se realizó en un colegio de estudiantes predominantemente negros, 53 hombres y 71 mujeres. Los resultados mostraron que la situación eficaz para protegerse uno del SIDA, usar el condón en el sexo vaginal, fué el predictor superior de la intención general, seguido por reporte de cambios de conducta pasada como resultado de la epidemia del SIDA y por conocimiento sobre la enfermedad. El miedo al SIDA fué un factor que resultó negativo como predictor de un cambio de conducta de riesgo. Según las creencias normativas, la creencia de que el condón puede prevenir la enfermedad y la amenaza del SIDA fueron predictores significativos. En combinación con el conocimiento sobre el SIDA y las creencias sobre la amenaza de la enfermedad, fuertemente predictivas, se da como reacción el cambio de conducta por el SIDA.

Un aspecto importante que también se examinó fué las consecuencias del uso del condón y la percepción respecto a las posibles inconveniencias de éste, siendo el predictor superior de la intención de usarlo o no en un futuro sexual.

Los autores llegaron a la conclusión de que los componentes que influyen en la predicción de la conducta, son:

- a) La acción razonada.
- b) la conducta planeada
- c) las creencias y normas, siendo elementos básicos.

Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim (1990), estudiaron la autopercepción de riesgo por SIDA y los factores que contribuyen para la estimación de riesgo. La investigación la realizaron a través de una entrevista telefónica de 1.540 adultos entre 18 y 65 años de Chicago y suburbios, con el objetivo de encontrar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué factores predicen la percepción de riesgo por el SIDA?

Los resultados indican que 7 categorías determinan la autopercepción de riesgo:

- Prácticas sexuales de riesgo
- Evaluación moral de gente con SIDA
- Respuesta emocional por el SIDA
- Acciones de protección en respuesta al SIDA
- Características demográficas
- Exposición a la información sobre el SIDA
- Conocimientos sobre las vías de transmisión

Se encontró que el número de parejas en el pasado y el conocimiento de la conducta sexual pasada de las parejas, son asociadas significativamente con el aumento de la percepción de riesgo. El miedo al SIDA y la preocupación por la salud de uno, también contribuye significativamente a la autopercepción de riesgo, así como la vergüenza asociada a tener SIDA. Los asiáticos-americanos y personas sin una religión particular, reportaron gran percepción de riesgo, la religión formal no fué asociada con la percepción de riesgo de SIDA.

Los resultados sugieren que una considerable proporción de la comunidad adulta de Chicago, se consideran en peligro de desarrollar SIDA. El 44% de la muestra reportó que se perciben con algún riesgo, más solo el 25% cambió su conducta en años pasados por la percepción de riesgo.

Ser miembro de un grupo con la categoría de poco riesgo no se asoció con una percepción baja de riesgo. Las personas creen ser influenciadas por la cantidad y origen de la información disponible sobre la enfermedad. El conocimiento de factores sobre el SIDA y transmisión del VIH, no influyeron en la percepción de riesgo de las personas. Tomar acciones protectivas contra la enfermedad permite bajar el riesgo de la gente y quizá también su percepción de riesgo. La preocupación por la salud y el miedo como una forma de respuesta emocional a la amenaza del SIDA fué asociada con un incremento en la percepción de riesgo. Los valores morales parece ser que aparecen en el cálculo de riesgo de contraer SIDA. Esto es, aquellos que ven el SIDA como una situación vergonzosa, son los que probablemente estiman su propio riesgo como menor.

Evidencia acumulada basada en los esfuerzos de prevención del SIDA, sugieren que una percepción elevada de riesgo provoca un cambio en la conducta, aunque los efectos pueden disminuir con el tiempo (Allard, 1989; Becker y Joseph 1988; Emmonds, 1986; Solomon y Dejong, 1989). Mientras tanto, otros resultados muestran que mucha gente continúa ignorando el riesgo de contraer SIDA o su probabilidad de quedar infectado por el virus.

El SIDA en Estados Unidos, es asociado con hombres homosexuales y con usuarios ilegales de droga, por ésto los hombres heterosexuales, los no-drogadictos y las mujeres desechan un riesgo propio, debido a que no se identifican con la imagen popular de la gente que contrae SIDA.

Otro aspecto interesante, son las reacciones emocionales hacia la enfermedad. La relación entre emociones y percepción de riesgo se aplica a la salud en general, aunque con

diferentes influencias. El miedo excesivo o la preocupación sobre la salud de uno, guía la gran autopercepción de riesgo por contraer serios males (Miller, 1990).

Se sabe que la información que conlleva un alto o un bajo miedo repercute de forma similar en la conducta, en el caso del SIDA se genera tal ansiedad que el sujeto niega la posibilidad de infectarse y el bajo miedo no moviliza el cambio de conductas (Herek y Glunt, 1988; Janis y Feshbach, 1989, cit. López, Villagrán y Díaz, 1994).

En un estudio realizado por López Muños, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving (1994), en mujeres adolescentes y adultas, se encontró que ambos grupos manifestaron miedo a la muerte y al rechazo de seres queridos, sobre todo si el contagio se daba por vía sexual. También encontraron que el primer grupo percibía en mayor riesgo de contagio a homosexuales, bisexuales, lesbianas, prostitutas, drogadictos y a los que tienen múltiples parejas; en el caso de las adultas, la gente mal alimentada, los infieles, prostitutas, alcohólicos, pobres, analfabetas y adolescentes. Ambos grupos desplazaron el riesgo a otros, presentando sesgos cognoscitivos como lo indica Slovic, Fishoff y Lichtenstein (cit. Villagrán, 1993).

En la investigación realizada por Torrès Maldonado, Alfaro Martínez, Díaz Loving y Villagrán Vázquez (1994), se encontró que hombres adolescentes y adultos mencionan tener miedo ante un posible contagio y que se sentirían culpables si estuvieran infectados. Nuevamente se encontró que no se percibían en riesgo de infectarse por el VIH, atribuyendo el riesgo a otros grupos como homosexuales, bisexuales, prostitutas, drogadictos, hemofílicos y personas con múltiples parejas sexuales principalmente.

Weinstein (1982, 1983) demostró que los estudiantes, aunque generalmente exactos en estimar su propio riesgo por la experiencia de enfermedades no amenazantes a su vida, tienden a subestimar el riesgo por males que amenazan su vida.

Hernández Robledo, Camacho Valladares, Moreno Camacho y Andrade Palos (1994), encontraron que la edad donde se presenta un mayor riesgo de contagio es entre los 20 y 30 años, así como el hecho de que pacientes infectados no se perciben como agentes de riesgo, ni sus conductas sexuales, persistiendo la creencia de que el SIDA afecta a grupos como drogadictos y prostitutas.

La percepción de riesgo es derivada de un sistema de creencias, que justifican y refuerzan la conducta sancionada socialmente. En este sentido, los males son antiguamente

interpretados como una forma de justicia punitiva (Williams, 1986). Por ejemplo, si una persona contrae SIDA, se le ve como un castigo por su conducta inmoral (Beeson, Zones y Nye, 1986; Sontag, 1988). Las personas con SIDA son estigmatizadas, debido a que son extremadamente juzgadas (Conrad, 1986). La gente tiende a evitar la admisión de riesgo por un evento asociado con vergüenza o desviación, debido a sus reglas morales (Weinstein, 1988). Dividiendo a los enfermos en buenos, los infectados por transfusiones y malos, quienes se contagiaron por relaciones sexuales reflejando sus tabúes en cuanto a sexualidad (López Muñoz, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1994).

En suma, la gente usa numerosas guías y planes, basados en el conocimiento adquirido a través de la experiencia, factores socio-culturales, y procesos cognitivos, los cuales estiman y seleccionan entre orígenes de riesgo en un mundo incierto (Kahneman y Tversky, 1974).

Para lograr un desarrollo integral del sujeto es necesario contar con programas para la educación de la salud, para la vida familiar y sexualidad (Martínez, Givaudan y Pick, 1994). La educación formal juega un papel muy importante, sin embargo el ambiente familiar es básico para la formación de la persona (Hildrebrand, 1990).

Se ha observado que como factor importante en la conducta sexual y la percepción de riesgo de contraer el SIDA, está la comunicación padres-hijos. Andrade-Palcos, Camacho-Valladares y Díaz-Loving (1992), después de un estudio en adolescentes, reportan que los jóvenes a los que les preocupa más contagiarse de SIDA, son aquellos que tienen más comunicación con la madre y en especial las mujeres. Los estudiantes de ambos sexos que han tenido más comunicación con la madre y con el padre, son quienes han cambiado alguna de sus conductas para protegerse de contraer la enfermedad. Esto indica la importancia de la comunicación como medio de prevención de conductas de alto riesgo.

Según Vasconcelos, Cláudio, Gouveia-Pereira, Dias, Brandao, Robalo y Sousa (1994), para realizar una prevención eficiente, es crucial evaluar las dimensiones educacionales de la familia, esto es necesario para cambiar actitudes, valores, creencias y hábitos. Este tipo de prevención requiere información y ayudar a familiares de infectados lo largo de un proceso completo educacional, que es acompañado de pequeños progresos.

En México falta educación sexual adecuada aunada a las creencias erróneas sobre el uso de diversos anticonceptivos, conllevan la propagación de enfermedades sexualmente transmisibles, como el SIDA. S., Pick y M., Givaudan, (1994),

realizaron una investigación entre población mexicana, padres, madres y personas sin hijos, encontrando una solicitud de la mayoría para que se diera educación sexual en las escuelas, no importando nivel socioeconómico, educativo, edad, o número de hijos. Datos importantes para tomarse en cuenta, aprovecharlos y así disminuir la propagación de enfermedades, entre otros beneficios que se pueden obtener.

Otro aspecto que debe ser explotado, es la disponibilidad que demostraron los farmacéuticos de México, para asistir a cursos y orientar a los clientes sobre la prevención del SIDA y la utilización del condón, reportados por Pick y Reyes (1994), ya que el 60% de ventas de condones y anticonceptivos en las farmacias (Lande, Blackburn, 1989).

Los programas educativos para la población como padres y farmacéuticos, entre otros, pueden incluir aspectos señalados por Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1994), como rasgos de personalidad, tomando en cuenta el género y actividad sexual de la población a quienes se dirijan, manejar valores como la fidelidad, moderación, disciplina y autodisciplina en el caso de mujeres que no han tenido relaciones sexuales; al dirigirse a hombres o población iniciada sexualmente conviene manejar valores de hedonismo-erótico.

CAPITULO IV

4. METODOLOGIA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El virus del SIDA no se transmite por el contacto cotidiano normal, ya que el VIH no puede sobrevivir en el agua, aire o cosas que las personas tocan. El VIH solo sobrevive en sangre, tejidos y en algunos líquidos del cuerpo y se transmite únicamente si esos líquidos infectados llegan a la sangre o a los tejidos corporales de otra persona.

Por lo tanto, es difícil adquirir el virus siempre y cuando no se realicen conductas de alto riesgo, no obstante esto no significa que las personas queden inmunes ya que existen otras conductas que no necesariamente son de alto riesgo; sin embargo se ha encontrado que la gente se sigue infectando por transmisión sexual, lo cual parece ocurrir con demasiada frecuencia, ya que el virus se está transmitiendo con mucha rapidez. Las cifras epidemiológicas muestran el gran incremento en los casos de SIDA o portadores; afectando a niños, mujeres y hombres, independientemente de su edad, sexo, raza, preferencia sexual, etc., sin embargo se ha observado un mayor incremento de casos en la población heterosexual, el cual parece seguir en aumento.

Lo anterior nos lleva a cuestionarnos qué sucede con la percepción de ser contagiado, parece ser que no hay cambios en las conductas de riesgo o no se tiene conciencia de la gravedad del problema. De aquí la importancia de la percepción de riesgo de contagio como una medida preventiva para que no se continúe con conductas de alto riesgo y por lo tanto con la transmisión del VIH, ya que al saber más sobre los factores que influyen en la percepción de riesgo, se pueden realizar programas que la incrementen y por lo tanto, al percibir posibilidades de contraer el VIH se puede esperar que la población disminuya las conductas riesgosas.

Considerando el riesgo de contagio en que se encuentra la población heterosexual, que en su mayoría son adultos jóvenes, sexualmente activos, sumándose otro factor: el

riesgo de transmitir el VIH a los hijos y con la finalidad de prevenir resulta necesario saber:

¿Existe relación entre la percepción de riesgo de contagio, que tienen los adultos jóvenes con respecto a la práctica de conductas de alto riesgo?

¿Existe relación entre la edad de los adultos jóvenes con respecto a la práctica de conductas de alto riesgo?

¿Existe relación entre el sexo de los adultos jóvenes con respecto a la práctica de conductas de alto riesgo?

4.2 HIPOTESIS

4.2.1 HIPOTESIS DE TRABAJO

Los adultos jóvenes perciben bajo riesgo de contagiarse del VIH, lo que se asocia con la práctica de conductas de alto riesgo.

Los distintos grupos de edad de los adultos jóvenes, se asocian con la práctica de conductas de alto riesgo.

El sexo de los adultos jóvenes se asocia con la práctica de conductas de alto riesgo.

4.2.2 HIPOTESIS ESTADISTICAS

a) Hipótesis por sexo:

1. Hi: Existen diferencias significativas entre los adultos jóvenes de ambos sexos y la práctica de conductas de alto riesgo.
2. Ho: No existen diferencias significativas entre los adultos jóvenes de ambos sexos y la práctica de conductas de alto riesgo.
1. Hi: Existen diferencias significativas entre los adultos jóvenes de ambos sexos y la percepción de riesgo de contagio.
2. Ho: No existen diferencias significativas entre los adultos jóvenes de ambos sexos y la percepción de riesgo de contagio.

b) Hipótesis por edad:

1. **Hi:** Existen diferencias significativas entre los adultos jóvenes de diferentes edades y la práctica de conductas de alto riesgo.
2. **Ho:** No existen diferencias significativas entre los adultos jóvenes de diferentes edades y la práctica de conductas de alto riesgo.
1. **Hi:** Existen diferencias significativas entre los adultos jóvenes de diferentes edades y la percepción de riesgo de contagio.
2. **Ho:** No existen diferencias significativas entre los adultos jóvenes de diferentes edades y la percepción de riesgo de contagio.

c) Hipótesis por percepción de riesgo:

1. **Hi:** Existen diferencias significativas entre la percepción de riesgo de los adultos jóvenes y la práctica de conductas de alto riesgo.
2. **Ho:** No existen diferencias significativas entre la percepción de riesgo de los adultos jóvenes y la práctica de conductas de alto riesgo.

4.3 VARIABLES

4.3.1 IDENTIFICACION DE VARIABLES

Variables clasificación: 1) Sexo.
2) Edad.

Variable dependiente: 1) Conductas de alto riesgo.
2) Percepción de riesgo

4.3.2 DEFINICION DE VARIABLES

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES CLASIFICACION:

SEXO. Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los animales (Diccionario enciclopédico Larousse, 1984).

EDAD. Tiempo transcurrido desde el nacimiento, duración de la vida (Idem).

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES CLASIFICACION:

SEXO. Clasificación de los adultos jóvenes en femenino y masculino.

EDAD. Tiempo vivido por los adultos jóvenes, el cual tiene un rango entre 20 y 36 años.

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES:

CONDUCTA DE RIESGO. Es aquella en la que existe un alto grado de exposición al virus del SIDA, dándose principalmente cuando no se utiliza una barrera protectora (CONASIDA, 1994).

PERCEPCION DE RIESGO DE CONTAGIO. Conciencia de riesgo de contagio, protección contra el SIDA, precauciones para no adquirir la enfermedad, influyen en su estructura 2 factores; miedo y comprensión o incomprensión del riesgo. (Gómez, M. y Muñoz, M; 1993).

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES:

CONDUCTAS DE ALTO RIESGO. Se darán en base a los cambios en la conducta personal y de amigos cercanos, situación de riesgo en el pasado, utilización del preservativo, utilización de jeringas y agujas desechables, vida sexual propia y de la pareja.

PERCEPCION DE RIESGO DE CONTAGIO. Se dará en base al tipo de personas que se perciben con menor riesgo de contagio, conocimiento sobre las medidas a tomar por una persona infectada, percepción de amenaza en la comunidad universitaria, posibilidad percibida de contagio de diferentes grupos sexuales y en si mismo y preocupación por el contagio. También se obtendrá el riesgo percibido de infección ante diferentes conductas sexuales y no sexuales, así como mitos sobre la transmisión y medidas preventivas para con la pareja si se contrajo alguna enfermedad sexualmente transmisible.

4.4 POBLACION

El estudio se llevó a cabo con un total de 60 sujetos. Los individuos presentaron las siguientes características: edad entre 20 y 36 años, ambos sexos, no se habían realizado la prueba de detección de VIH o en caso de habersela hecho el resultado fue negativo, de un nivel socio-económico medio, heterosexuales y con escolaridad mínima de secundaria.

4.5 MUESTREO

Se trató de un muestreo no probabilístico intencional, ya que se buscaron a los individuos con las características ya mencionadas. Los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes:

- Edad entre 20 y 36 años
- Sin haberse realizado la prueba del SIDA o tuvieran un resultado negativo
- Nivel socio-económico medio
- Heterosexuales
- Escolaridad mínima de secundaria

4.6 ESCENARIO

El estudio se realizó en el ambiente natural de los sujetos: de recreo, descanso, trabajo y enseñanza, donde se localizaron a las personas que cumplieran con los requisitos necesarios para la investigación.

4.7 TIPO DE ESTUDIO

La investigación es evaluativa, pues no se manipularon variables, solo se pretendió descubrir su relación y confirmar o rechazar hipótesis.

Solo se aplicó una vez el instrumento y no hubo seguimiento, por lo cual fué un estudio transversal.

Por el lugar es de campo, ya que se trabajó con los sujetos en su ambiente natural. (Pick y López, 1988)

4.8 DISEÑO DE INVESTIGACION

Se trata de un diseño factorial de 2x3, que relaciona:

VI₁: Sexo (1) Femenino
(2) Masculino

VI₂: Edad (1) 20 a 24 años
(2) 25 a 29 años
(3) 30 a 36 años

VD₁: Conductas de alto riesgo.

VD₂: Percepción de riesgo de contagio

4.9 INSTRUMENTO

Se aplicó el instrumento "CAP", al cual se anexaron las siguientes preguntas:

- COMPARANDOTE CON OTRAS PERSONAS, PIENSAS QUE TIENES:

Mayor riesgo de contagiarte de SIDA
Menor riesgo de contagiarte de SIDA

- ¿ QUE HACE QUE TE PERCIBAS CON MAYOR O MENOR RIESGO DE CONTAGIARTE DE SIDA ?

El cuestionario incluye la siguiente pregunta:

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

Sí
No
No sé, no estoy seguro

Con la finalidad de obtener más información para poder prevenir de una manera más acertada, se le añadió lo siguiente:

SÍ ¿Cuál?
No ¿ Porqué ?
No sé, no estoy seguro

Se trata de un instrumento autoaplicable, consta de 113 reactivos, incluidos en 8 secciones, las cuales son las siguientes:

- a) Datos generales
- b) Vida sexual
- c) Anticoncepción y uso del condón
- d) Información y actitudes hacia el SIDA
- e) Enfermedades sexualmente transmisibles
- f) Inyecciones
- g) Consumo de drogas

A continuación serán descritas cada una de las secciones:

a) DATOS GENERALES.

Está conformada por 16 reactivos, cinco conforman la ficha de identificación; ocho se relacionan con aspectos sociodemográficos y los últimos tres se refieren a la frecuencia con la que el sujeto se exponía a los diferentes medios de comunicación. La forma de respuesta es de tipo abierta y en otros casos de opciones precodificadas.

b) VIDA SEXUAL.

Se conforma por 20 reactivos, son preguntas cerradas. En caso de haber tenido relaciones sexuales, se incluyen los aspectos: primera relación sexual, parejas sexuales en la vida, parejas sexuales regulares, tipo de relaciones, tiempo de la última relación sexual, número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, así como frecuencia de relaciones sexuales en condiciones de intercambio de dinero, favores o regalos en el mismo tiempo. Por otra parte se pregunta sobre la presencia de una pareja sexual regular, que en caso de haberla se explora el sexo, tiempo de la relación, edad, escolaridad, vida en común, frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 6 meses y conocimiento sobre la presencia de otras parejas sexuales de la pareja regular.

c) ANTICONCEPCION Y USO DEL CONDON.

Incluye ocho reactivos, dos sobre el uso de métodos antoconceptivos, si se habian utilizado y cuáles, la segunda siendo de tipo abierto. Las otras seis preguntas se refieren al condón, incluyendo la frecuencia de uso con la pareja regular, quién propuso su uso, y su utilización con parejas casuales en el último mes.

d) CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL CONDON.

Esta sección incluye dos reactivos sobre conocimientos: si el sujeto habia oído hablar del condón y de forma abierta que explique como se usa. Para explorar el aspecto de actitudes se incluyen doce reactivos, calificada en forma dicotómica, relacionados con aspectos positivos y negativos del uso del condón, siendo 2 la calificación positiva y 1 la negativa, es decir, a mayor calificación una actitud más positiva hacia el condón. Dentro de esta área se aplicó un análisis factorial de tipo varimax que explicaba el 68.7% de la varianza, en el cual se encontraron 3 factores:

1.- Actitud hacia el placer. Incluyó 2 reactivos, este factor quedó definido como la parte edonista y placentera de la relación, así como la pérdida o sensibilidad en la erección del hombre, con un alfa de .80.

2.- Actitud de inteligencia. El cual incluyó 4 reactivos y éste se refería a que tan inteligente o bueno era usar el condón, se obtuvo un alfa de .75.

3.- Actitud hacia su utilidad. Quedó compuesto de 6 reactivos, este factor estaba referido a que tan barato,

benéfico y fácil de usar era el condón, teniendo un alfa de .63. (Díaz Loving, R., Flores Galaz, M., Rivera Aragón, S., Andrade Palos, P., Ramos Lira, L., Villagrán Vázquez, G., Cubas Carlin, E., Camacho Valladares, M., Muñiz Campos, A.; 1992).

e) INFORMACION Y ACTITUDES HACIA EL SIDA.

Está conformada por 40 reactivos, incluyendo reactivos independientes y una escala. Los reactivos independientes evalúan los siguientes aspectos: explicación sobre lo que es el SIDA, principales formas de contagio, conocimiento sobre la fase asintomática de la enfermedad, posibilidad de cura de un enfermo, conocimiento de una persona con SIDA, tipo de personas percibidas con menor riesgo de contagio, conocimientos sobre las medidas a tomar por una persona infectada, percepción de amenaza en la comunidad universitaria, preocupación por el contagio, conocimientos sobre cambios de conducta que favorezcan el evitar la infección, intención de cambiar conductas, cambios de conducta personales y de amigos cercanos, situaciones de riesgo en el pasado, opinión de las medidas que debe tomar el gobierno para prevenir la extensión del SIDA, conocimiento sobre lugares para realizarse la prueba de anticuerpos del SIDA y disposición para llevarla a cabo, así como la posibilidad percibida de contagio de diferentes grupos sexuales y en sí mismo. Con respecto a ésta última área, fueron incluidos 10 reactivos, los cuales se manejaron cada uno por separado teniendo un rango de respuesta de 1 a 3, en donde la mayor calificación indica mayor percepción de riesgo, (Díaz Loving, R., Flores Galaz, M., Rivera Aragón, S., Andrade Palos, P., Ramos Lira, L., Villagrán Vázquez, G., Cubas Carlin, E., Camacho Valladares, M., Muñiz Campos, A.; 1992). En esta sección cuatro de las preguntas son abiertas, seis son semiabiertas y veinte de tipo cerrado.

La escala evalúa el riesgo percibido de infección ante diferentes conductas sexuales y no sexuales, tanto documentadas como medios de transmisión del virus y "mitos" sobre la transmisión o no totalmente documentadas. La forma de respuesta incluye 3 opciones: 1) nada riesgoso, 2) medianamente riesgoso y 3) muy riesgoso, donde a mayor calificación se consideraba una conducta de mayor riesgo. En esta escala igual que en la de actitudes hacia el condón, se aplicó un análisis factorial de tipo varimax, el cual explicó 68.8% de varianza. En éste caso se encontraron 5 factores, denominándose de la siguiente manera:

1.- Conductas sexuales de alto riesgo con desconocidos. El cual incluyó 5 reactivos, este factor puede ser definido

como llevar a cabo conductas en las que no se hace uso del preservativo con parejas ocasionales o prostitutas y tener un alto número de parejas sexuales, el alfa de este factor fué de .75.

2.- Conductas de prevención con alguien que lo pudiera contagiar. Incluyó 4 reactivos, con un alfa de .63, éste se definió como conductas en donde se usa el preservativo, ya sea con pareja ocasional o regular e independientemente si es seropositivo o no.

3.- Conductas de bajo riesgo en situaciones públicas. Incluyó 4 reactivos, con un alfa de .87, este factor se definió como la percepción de riesgo que existe al usar baños y albercas públicas, así como donación y transfusión sanguínea en hospitales.

4.- Relacionarse con personas que tienen SIDA. en situaciones de bajo riesgo. Se constituyó de 4 reactivos, con un alfa de .65. Este se definió como la percepción de riesgo en situaciones de bajo riesgo como son saludarse de mano, jugar, besarse o ir a una clínica donde atienden a pacientes con SIDA.

5.- Drogas. Estuvo integrado por 2 reactivos, con un alfa de .63. Este factor incluyó reactivos referentes a inyectarse heroína y cocaína, o tener relaciones sexuales con alguien que se inyecta o ingiere drogas. (Díaz Loving, R., Flores Galaz, M., Rivera Aragón, S., Andrade Palos, P., Ramos Lira, L., Villagrán Vázquez, G., Cubas Carlin, E., Camacho Valladares, M., Muñoz Campos, A.; 1992).

f) ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

Consta de cuatro preguntas. En caso de haber sufrido alguna de éstas enfermedades, se pregunta en forma abierta sobre cual(es), número de veces en la vida y en los últimos doce meses. Después se pregunta sobre las medidas preventivas para con la pareja la última vez que se contrajo una enfermedad de éste tipo y por último el conocimiento sobre las formas de evitar el contagio de una enfermedad sexualmente transmisible. Las dos últimas se responden en forma semiabierta.

g) INYECCIONES.

La sección incluye cuatro reactivos, son preguntas cerradas, exploran transfusiones en los últimos 5 años y/o

inyecciones en los últimos doce meses, si se responde afirmativamente a ésta última, se pregunta sobre el uso o no de jeringas desechables.

h) CONSUMO DE DROGAS.

Esta sección incluye siete reactivos, de los cuales cuatro son de tipo cerrado y exploran el consumo de alcohol en cuanto a frecuencia de uso, grado de embriaguez usual, tener relaciones sexuales cuando se bebe y la percepción de que beber facilita las relaciones con la gente. Los tres reactivos restantes se refieren al uso de drogas inyectables y relaciones sexuales cuando éstas se consumen. Respondiendo los dos primeros en forma semiabierta y el último de forma cerrada.

4.1.1 PROCEDIMIENTO

Se aplicó el instrumento a adultos jóvenes en escenarios naturales, de forma individual, colectiva y autoaplicable, después de establecer rapport, se les dijo: "Soy psicóloga y estoy llevando a cabo una investigación sobre el SIDA y las conductas de riesgo de contraer la enfermedad", solicitando su cooperación para responder el cuestionario honestamente, agregando que "los datos serán anónimos y confidenciales, utilizándose solo para fines estadísticos", se les explicó como se contesta y se les pidió que preguntaran en caso de duda, agradeciéndoles su cooperación.

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 INTRODUCCION

Para la obtención de los resultados, el paquete estadístico que se utilizó fue el SPSS V4 (Statistical Package of the Social Science).

Del paquete ya mencionado, se usaron los siguientes programas:

1) FRECUENCIAS. Cuyo objetivo es dar a conocer la distribución de las características de la muestra. Obteniéndose:

- a) Frecuencias absolutas.
- b) Frecuencias relativas.
- c) Medidas de tendencia central (\bar{X}) y dispersión (σ).

2) χ^2 . Comparando grupos de edad y sexo, con el objetivo de saber si existen diferencias.

3) ANOVA. Con la cual también se comparan grupos de edad y sexo, cuyo objetivo es saber si existen diferencias significativas en las escalas de uso del condón y percepción de riesgo.

5.2 FRECUENCIAS Y χ^2

A continuación se presentan las tablas de frecuencias obtenidas, incluyendo variables y porcentajes de cada una de éstas, así como su interpretación, con el objetivo, como ya se mencionó, de conocer la distribución de las características de la muestra. También se incluyen los resultados obtenidos de las frecuencias cruzadas (χ^2), donde se pueden observar las diferencias significativas que existieron entre edad y sexo respecto a características

sociodemográficas, vida sexual, percepción y conductas de riesgo. Finalizando con las diferencias significativas de la interacción de las 2 últimas variables.

CUADRO 1

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO		
Hombres	26	43.3
Mujeres	34	56.7
EDAD		
20-24 años	22	36.7
25-29 años	22	36.6
30-36 años	16	26.6
ESCOLARIDAD		
Secundaria	6	10.0
Preparatoria	6	10.0
Escuela Técnica	10	16.7
Profesional	38	63.3
INGRESO MENSUAL		
1 a 2 salarios mínimos	6	10.0
3 a 4 salarios mínimos	46	76.7
5 a 6 salarios mínimos	8	13.4
ESTADO CIVIL		
Soltero(a) sin pareja	21	35.0
Soltero(a) con pareja	20	33.3
Casado(a)	17	28.3
Divorciado, separado o viudo sin pareja	1	1.7
Divorciado, separado o viudo con pareja	1	1.7
TRABAJA ACTUALMENTE		
Tiempo completo	25	41.7
Medio tiempo	13	21.7
No trabaja	22	36.7
RELIGION		
Ninguna	14	23.3
Católica	41	68.3
Creyente	2	3.3
Evangélica	1	1.7
Cainito	1	1.7
Prestiteriano	1	1.7

La mayoría de la muestra de la presente investigación, está confirmada por mujeres.

Por edad, se conformaron 3 grupos, con la finalidad de establecer comparaciones. La muestra tiene como promedio de edad 26.5 años y una desviación estándar de 4.5 años. Se encontró que con respecto a la relación entre edad y sexo, que en el grupo de edad de 20 a 24 años la mayoría son mujeres, en el segundo grupo de 25 a 29 años la mayoría son hombres y en el tercer grupo de 30 a 36 años conforma la mayor parte del grupo mujeres. Habiendo un valor de χ^2 de 6.22583, con 2 grados de libertad y .04447 de significancia.

Con respecto a la escolaridad, en su mayoría son profesionistas quienes conforman la muestra, no obstante, observarse de todas las escolaridades. Como puede observarse, prevalece el nivel medio entre la población estudiada.

Se encontró que la mayoría de la muestra está conformada por solteros (a) sin pareja, seguido por solteros (a) con pareja, conformando entre ambos la mayoría. El estado civil que predomina entre la población de 20 a 24 años es soltero (a) sin pareja, al igual que en el grupo de 25 a 29 años, del último grupo de 30 a 36 años en su mayoría son casados, teniendo un promedio de 1.4 años de matrimonio. El valor de χ^2 es 15.34583 8 grados de libertad y .05276 de significancia.

Solo el 13.3% de la muestra tiene hijas, de éstos la mayoría tienen una, siendo personas entre los 30 y 36 años principalmente, con 2 hijas solo hay personas que pertenecen a dicho grupo. Teniendo un valor de χ^2 de 12.89336, con 4 grados de libertad y .01181 de significancia. Sucede lo mismo en el caso de hijos varones, sin embargo hay un mayor porcentaje de hijos entre la muestra (23.3%). Se obtuvo una χ^2 de 10.86462 y 4 grados de libertad, con .02813 de significancia.

Conforman casi la totalidad de la muestra personas nacidas en el Distrito Federal, obteniéndose un promedio de 24.5 años de radicar en la capital.

El 36.7% de la muestra no trabaja, el resto trabaja tiempo completo o medio tiempo. Los hombres, en su mayoría trabajan tiempo completo y en el caso de las mujeres casi la mitad no trabaja. Teniendo una χ^2 de 8.49863 y 3 grados de libertad, con .03676 de significancia. Con respecto a la edad el grupo de 20 a 24 años en su mayoría no trabaja, las personas de 25 a 29 años trabajan tiempo completo por lo general al igual que los jóvenes de 30 a 36 años. Su χ^2 es de 17.75534. 6 grados de libertad y .00687 de significancia.

La religión que prevalece entre la población estudiada es la católica, y de quienes pertenecen a alguna religión, en su mayoría admiten una regular influencia de ésta al actuar.

VIDA SEXUAL

El sexo de la primer pareja sexual fué en su mayoría masculino, esto debido a que la mayoría de la muestra está conformada por mujeres. Así como el de las demás parejas y la actual, ya que las mujeres reportan haber tenido relaciones solo con hombres, así como los hombres solo con mujeres, obteniéndose una χ^2 de 50.83711, 2 grados de libertad y .00000 de significancia. Hablándonos de una población heterosexual.

La edad de la pareja sexual regular de las personas de la muestra, tuvo como promedio 28.4 años, con una desviación estándar de 7.47. La mayoría de las parejas sexuales regulares, tienen estudios de preparatoria según los que reportan, sin embargo existen de todas las escolaridades.

El 96.7% de la muestra mencionó no haber tenido ninguna enfermedad sexualmente transmisible (ETS), ni en el último año ni antes. El 80.0% dijo saber como evitar o protegerse del contagio de ETS, mencionando en su mayoría el uso del condón.

CUADRO 2

CONDUCTAS DE RIESGO		
VARIABLE	FRECUENCIA PORCENTAJE	
HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		
Sí	48	80.0
No	11	18.3
EDAD DE LA PRIMERA RELACION		
14	3	5.0
15	3	5.0
16	4	6.7
17	9	15.0
18	11	18.3
19	5	8.3
20	4	6.7
21	2	3.3
23	2	3.3
25	1	1.7
26	2	3.3
27	1	1.7
30	1	1.7

CON QUIEN TUVO LA 1ª RELACION		
Novio(a)	30	50.0
Amigo(a)	7	11.7
Conocido(a)	2	3.3
Esposo(a)	9	15.0
Nº DE PAREJAS SEXUALES EN SU VIDA		
1	14	23.3
2	12	20.0
3	7	11.7
4	5	8.3
5	1	1.7
8	2	3.3
9	2	3.3
15	1	1.7
17	1	1.7
50	1	1.7
CUANTAS DE ESAS PERSONAS FUERON O SON SU PAREJA SEXUAL REGULAR (P.S.R.)		
0	21	35.0
1	27	45.0
2	5	8.3
3	3	5.0
4	2	3.3
8	1	1.7
10	1	1.7
Nº DE PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO		
0	16	26.7
1	32	53.3
2	9	15.0
3	2	3.3
4	1	1.7
TIENE PAREJA SEXUAL REGULAR ACTUAL		
Sí	36	60.0
No	12	20.0
VIVEN JUNTOS		
Sí	17	28.3
No	19	31.7
FRECUENCIA DE RELACIONES CON SU P.S.R. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES		
Menos de una vez al mes	1	1.7
Una o dos veces al mes	9	15.0
Una o dos veces cada 15 días	8	13.3
Una o dos veces por semana	16	26.7
Diario o casi diario	1	1.7

EN EL ULTIMO MES A TENIDO RELACIONES SEXUALES CON OTRA PERSONA		
Si	6	10.0
No	30	50.0
HA UTILIZADO ANTICONCEPTIVOS		
Si	31	51.7
No	5	8.3
CUAL		
D.I.U.	8	13.3
Pastillas	10	16.7
Condón	20	33.3
EN CUANTAS DE SUS RELACIONES USO		
Nunca	9	15.0
Algunas veces	13	21.7
Siempre	11	18.3
UTILIZA EL CONDON CON ALGUNA PAREJA OCASIONAL		
Nunca	5	8.3
Algunas veces	3	5.0
Siempre	7	11.7
HA OIDO SOBRE EL CONDON O PRESERVATIVO		
Si	55	91.7
No	3	5.0
EXPLICAR COMO SE USA		
Sabe	13	21.7
No sabe	37	61.7
SI INGIERE ALCOHOL TIENE RELACIONES SEXUALES		
Nunca	18	30.0
Algunas veces	13	21.7

El 80% de la muestra ha tenido relaciones sexuales. La mayoría reportó su primera relación a los 18 años, obteniéndose un promedio de 18.7 años de edad para la primera relación. Siendo ésta con su novio (a), en la mayoría de las mujeres y casi la mitad de los hombres, sin embargo un alto porcentaje de hombres la tuvo con una amiga y en el caso de las mujeres con su esposo. Teniendo una χ^2 de 15.18100 y 4 grados de libertad, con .00434 de significancia. Respecto a la edad, los 3 grupos de edad obtienen el mayor porcentaje en el rubro de primera relación sexual con su novio(a), sobre todo el grupo de 20 a 24 años, tener la primer relación con un amigo(a) en su mayoría fué reportada por personas de 25 a 29 años, al igual que con algun conocido y el haberla tenido

con su esposo(a) en su mayoría, la mencionó el grupo de 30 a 36 años. Obteniéndose una χ^2 de 16.89610 y 8 grados de libertad, con .03121 de significancia.

El 23.3% reportó haber tenido solo una pareja sexual, obteniéndose un promedio de 4.3 parejas por persona. Haber tenido solo una pareja sexual regular fué reportado por casi la mitad de la muestra. El 96.7% de la muestra no reportó cuántos años tenía de la última relación, o tenía menos de un año de la relación. En último año más de la mitad de la muestra tuvo una pareja sexual. Actualmente el 60% reportó tener pareja sexual regular, sobre todo el grupo de 30 a 36 años, seguido por las personas de 25 a 29 años. Con una χ^2 de 11.47727, 4 grados de libertad y con .02169 de significancia, más de la mitad de éstos no reportó tener más de un año con ésta, sin embargo la mayoría de las personas de 20 a 24 años reportan 5 años con su pareja actual, en el caso del grupo de 25 a 29 años la mayoría lleva 1 ó 2 años con ésta, y los de 30 a 36 años tienen 8 ó 10 años con su pareja en su mayoría. Se obtuvo una χ^2 de 40.73864 y 22 grados de libertad, con .00885 de significancia. Se reportó no vivir con la pareja en un 31.7% de los casos, sobre todo las personas entre 20 y 29 años, cambio los de 30 a 36 años en su mayor parte si viven con su pareja. Obteniéndose una χ^2 de 14.20043 y 6 grados de libertad, con .02748 de significancia. El 26.7% reporea tener relaciones sexuales con su pareja una dos veces por semana.

Casi la mitad de la muestra respondió que su pareja no tiene otra pareja sexual regular, quienes si reportan otra pareja la mayoría pertenecen al grupo de 30 a 36 años, al mismo grupo pertenecen la mayoría de los que dicen no saber. Se obtuvo una χ^2 de 16.15596 y 6 grados de libertad, con .01294 de significancia. Al pedirseles que mencionaran cuantas parejas más tiene su pareja sexual, solo 3 personas mencionaron que una.

La mitad de la muestra reportó tener solo una pareja sexual regular, y sólo el 10% mencionó haber tenido más de una pareja sexual en el último mes. De éste 10%, el 8.3% reportó haber tenido solo una pareja más, reportando un promedio de .2 relaciones con ésta en el último mes. La mayoría de éstos casos son personas de 30 a 36 años, seguido por las personas que integran el grupo de 25 a 29 años de edad. Teniéndose una χ^2 de 12.98580, 4 grados de libertad y .01135 de significancia.

El 78.3% de la muestra, consideró que no ha habido situaciones en las que debió protegerse y no lo hizo. La situación más mencionada en que no se han protegido fué el sexo sin protección. En el caso de haber vivido una situación así en su mayoría fueron hombres. Obteniéndose una χ^2 de 8.47117, de libertad 2 grados y de significancia .01447.

De los que sí han tenido relaciones, el 73.3% reportó nunca ha recibido algo a cambio, esto en el último año.

El 51.7% de la muestra reporta haber utilizado algún método anticonceptivo. Entre el grupo de 30 a 36 años existe el mayor reporte de uso de anticonceptivos, seguido por los jóvenes de 25 a 29 años; siendo el grupo de 20 a 24 años quienes reportan un menor uso de los mismos. Teniendo como χ^2 14.26915, con 4 grados de libertad y de significancia .00648. El 13.3% de la muestra menciona haber utilizado el DIU, siendo en su mayoría personas entre 30 y 36 años, seguido por el grupo de 20 a 24 años, las personas entre 25 y 29 años no reportaron haberlo utilizado. Se obtuvo una χ^2 de 12.27647, 4 grados de libertad y de significancia .01541. En el caso de las pastillas, el 16.7% las han utilizado. Respecto a la utilización del condón, solo el 33.3% de la muestra lo ha utilizado, su utilización tiende a ser irregular, es decir, a veces lo usan y a veces no. Casi la mitad no lo usa o no respondió con que frecuencia lo utiliza. Cuando lo utilizan en su mayoría es por idea de ambos, ya sea con la pareja regular u ocasional.

Las mujeres reportan en su mayoría nunca haber utilizado el condón, los hombres mencionaron utilizarlo algunas veces en la mayoría de los casos. Comparando únicamente hombres y mujeres que lo usaron siempre, el mayor porcentaje lo obtienen las mujeres. Se tiene una χ^2 de 8.28550, 3 grados de libertad y una significancia de .04047. Respecto a la edad, las personas de 30 a 36 años, reportan nunca haber usado el condón o solo algunas veces en la mayoría de los casos, en el caso de las personas de 25 a 29 años en general lo utilizaron algunas veces o siempre, los jóvenes entre 20 y 24 años en su mayoría lo usan siempre. Se obtuvo una χ^2 de 17.08837, con 6 grados de libertad y .00896 de significancia. En el caso de relaciones con otra pareja sexual, aumenta el uso del condón, ya que el 11.7% lo usó siempre.

El 91.7% de la muestra ha oído hablar sobre el condón. a pesar de esto, el 61.7% no saben como se usa. Hubo un 3.3% de personas entre 30 y 36 años, que mencionaron no haber oído sobre el condón, obteniéndose una χ^2 de 9.09504, con 4 grados de libertad y .05877 de significancia. La mayoría de las mujeres y la mitad de los hombres, no saben utilizar el preservativo, de quienes sí lo saben utilizar la mayoría son hombres, teniendo una χ^2 de 7.70990, con 2 grados de libertad y .02117 de significancia.

Solo el 3.3% de la muestra, mencionó haber recibido transfusión en los últimos 5 años.

El 60.0% ha sido inyectado en el último año, obteniéndose

un promedio de 2.6 inyecciones por persona, reportando uso de jeringas desechables.

El 48.3% reportó no beber y otro 48.3% lo hace una o dos veces al mes. El mayor porcentaje de mujeres reportan no ingerir bebidas alcohólicas nunca, en cambio la mayoría de los hombres dice hacerlo una o dos veces al mes. Obteniéndose una χ^2 de 9.72695, 2 grados de libertad y .00772 de significancia. Del 51.7% que si bebe, solo el 26.7% lo hace hasta sentirse nada borracho. De las mujeres que beben, la mayoría lo hace hasta sentirse nada borracha, la mayoría de los hombres beben hasta sentirse algo borracho. Teniéndose una χ^2 de 20.67311, con 4 grados de libertad y .00037 de significancia. Solo el 5.0% dice que el beber le ayuda a relacionarse más fácilmente, siendo hombres quienes reportan lo anterior. Obteniéndose una χ^2 de 10.44915, 2 grados de libertad y .00538 de significancia. De los que beben, el 30.0% nunca tiene relaciones sexuales y el resto algunas veces, siendo en su mayoría hombres. Se obtuvo una χ^2 de 8.99720, 2 grados de libertad y .01112 de significancia. El 1.7% que uso droga (Marihuana) en los últimos 6 meses, nunca tiene relaciones sexuales cuando la utiliza.

CUADRO 3

PREDICTORES DE PERCEPCION DE RIESGO		
VARIABLE	FRECUENCIA PORCENTAJE	
QUE ES EL SIDA		
Sabe	20	33.3
No sabe	34	56.7
PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO		
Sexual	50	83.3
Sanguinea	50	83.3
Perinatal	17	28.3
UNA PERSONA CONTAGIADA POR VIH PUEDE NO MOSTRAR SINTOMAS		
Sí	48	80.0
No	2	3.3
No sé, no estoy seguro	10	16.7
UNA PERSONA CON VIH QUE NO MUESTRA SINTOMAS, PUEDE CONTAGIAR A OTROS		
Sí	56	93.3
No	2	3.3
No sé, no estoy seguro	2	3.3

CONOCE A ALGUIEN CON SIDA		
Si	13	21.7
No	43	71.7
No sé, no estoy seguro	4	6.7
COMPARADO CON OTROS QUE RIESGO TIENE DE CONTRAER SIDA		
Mayor riesgo	5	8.3
Menor riesgo	52	86.7
SE PUEDE EVITAR CONTRAER SIDA HACIENDO ALGUNAS CONDUCTAS Y OTRAS NO		
Si	46	76.7
No	5	8.3
No sé, no estoy seguro	8	13.3
TIENES PENSADO CAMBIAR ALGUNA CONDUCTA POR LO APRENDIDO SOBRE SIDA		
Si	26	43.3
No	29	48.3
No sé, no estoy seguro	5	8.3
YA CAMBIO ALGUNA CONDUCTA PARA PROTEGERSE DEL SIDA		
Si	27	45.0
No	30	50.0
SUS AMIGOS HAN CAMBIADO SUS CONDUCTAS PARA PROTEGERSE DEL SIDA		
Si	16	27.6
No	8	13.3
No sé, no estoy seguro	35	58.3
HA HABIDO SITUACIONES EN LAS QUE NO SE PROTEGIO CONTRA EL SIDA Y DEBIO HACERLO		
Si	10	16.0
No	47	78.3
EL GOBIERNO DEBE TOMAR MEDIDAS PARA PREVENIR QUE EL SIDA SE EXTIENDA		
Si	49	81.7
No	10	16.7
SE HA HECHO LA PRUEBA DEL VIH		
Si	13	21.7
No	47	78.3
CUANTO PREVALECE EL SIDA EN MEXICO		
Algo	26	43.3
Mucho	34	56.7

El 56.7% de la muestra no sabe que es el SIDA, sin embargo el 83.3% de la muestra reportó saber que por vía sexual se transmite el SIDA. también el 83.3 % supo que otra vía de transmisión es la sanguínea, la vía perinatal es la menos conocida, solo el 28.3% de la muestra la mencionó. El 80% de la muestra supo que una persona con el VIH puede no mostrar síntomas. El 85% reportó que una persona con SIDA no puede curarse, que una persona infectada puede no mostrar síntomas y contagiar a otras fué mencionado por 93.3% de la población.

El 26.7% de la muestra piensan que las personas fieles tienen menor riesgo de contagiarse de SIDA, el sigue un 13.3% que piensa que nadie tiene menos riesgo de contagio.

Que el SIDA es una amenaza para su comunidad universitaria, lo reconocen el 81.7% de la población. El 80% considera que el SIDA también es una amenaza para su comunidad en los próximos años. El SIDA prevalece mucho en México y el 56.7% mencionó saberlo. Los jóvenes de 20 a 24 años consideran, en su mayoría, que el SIDA prevalece algo en México, en cambio las personas de 25 a 29 al igual que las de 30 a 36 años, consideran que prevalece mucho. Se obtuvo una χ^2 de 6.31839, con 2 grados de libertad y .04246 de significancia.

A pesar de que una persona con VIH puede no mostrar los síntomas, y reportarlo un 80% de la muestra, el 71.7% aseguró no conocer a alguien con SIDA. Quienes si conocen a alguien en dicho situación, en su mayoría son personas de de 30 a 36 años. Obteniéndose una χ^2 de 9.15774, de libertad 4 grados y .05728 de significancia.

El abstenerse y no donar sangre, fué la conducta que obtuvo el mayor porcentaje entre la muestra, para que una persona con SIDA lleve a cabo y no infecte a otras personas, principalmente lo reportan personas entre 20 y 29 años, las personas entre 30 y 36 años proponen solo evitar el contacto sexual. Se obtuvo una χ^2 de 51.44724, con 36 grados de libertad y .04582 de dispersión.

Comparandose con otras personas, el 86.7% de la muestra piensa que tiene menor riesgo de contagiarse de SIDA. De quienes se consideran en mayor riesgo de contagio se encuentran las personas con edades entre 30 y 36 años, seguidas por las personas de 25 a 29. Teniéndose una χ^2 de 9.84309, 4 grados de libertad y .04316 de significancia. Como razón principal de percibirse con menor riesgo de contagio, se mencionó el hecho de tener solo una pareja. A pesar de la baja percepción de riesgo, el 58.3% de la muestra reportó preocuparse mucho por contagiarse de SIDA.

El 76.7% de la muestra sabe que se puede prevenir el contagio, realizando algunas conductas y otras no, sin embargo el 8.3% de las personas de 20 a 24 años asegura que no es posible prevenir el contagio, un porcentaje igual del mismo grupo dice no saber. Teniéndose una χ^2 de 15.33350, 6 grados de libertad y .01782 de significancia. La principal conducta que propone la muestra para evitar el contagio, fué el uso del condón con un 16.7%, seguida por la fidelidad con un 11.7%. Casi la mitad de la muestra no tiene pensado cambiar alguna conducta para no contraer SIDA. Del 48.3% de la muestra que no piensa cambiar sus conductas, el 10% da como razón el ser fieles y solo el 5% mencionó que ya utilizaba el condón. La conducta que en mayor porcentaje piensan cambiar las personas de la muestra, es el ser monógamos.

A pesar de no pensar en cambiar sus conductas, la mitad de la muestra no las ha cambiado para protegerse de contraer SIDA, dando como razón principal el "estar informado", seguido por "cuidarse". La conducta a la cual cambiaron para protegerse del contagio es el utilizar condón, sin embargo solo fué un 18.3% de la muestra.

El 13.3% de la muestra reporta que sus amigos no han cambiado conductas para protegerse, el 26.7% asegura que sí lo han hecho, principalmente utilizar el condón. De quienes aseguran que sus amigos no han cambiado sus conductas, la mayoría no sabe por que, no obstante las demás respuestas nos hablan de una baja percepción de riesgo.

El 81.7% de la muestra considera que el gobierno debe tomar medidas para prevenir que el SIDA se extienda. Las medidas que sugiere la muestra debe tomar el gobierno, principalmente son "más información", seguida por "campañas masivas".

El 73.3% de la población estudiada, menciona saber donde puede hacerse la prueba del SIDA, el lugar más conocido fué CONASIDA. A pesar de esto, solo el 21.7% de la muestra reportó haberse realizado la prueba, reportando todos un resultado negativo. El 81.7% dice estar dispuesto a realizarse la prueba e informar el resultado a su pareja(s) sexual(es) el 83.3%. Solo un 5.0% de personas entre 20 y 24 años, menciona no estar dispuesto a realizarse la prueba del SIDA y un 6.7% del grupo de 25 a 29 años reporta no saber, no estar seguro de su disponibilidad. Se obtuvo una χ^2 de 17.32201, 6 grados de libertad y .00817.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO 4

PERCEPCION DE RIESGO POR PREFERENCIA Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES			
VARIABLE	PORCENTAJE		
QUE POSIBILIDADES HAY DE QUE LAS SIGUIENTES PERSONAS CONTRAIGAN SIDA	REGULAR		MUCHAS
	NINGUNA	MUCHAS	
Hombre homosexual con una pareja	31.7	51.7	15.0
Hombre homosexual con más de una pareja	1.7	12.0	47.0
Mujer homosexual con una pareja	35.0	46.7	16.7
Mujer homosexual con más de una pareja	1.7	25.0	73.3
Hombre heterosexual con una pareja	55.0	35.0	8.3
Hombre heterosexual con más de una pareja	6.7	25.0	68.3
Mujer heterosexual con una pareja	53.3	31.7	13.3
Mujer heterosexual con más de una pareja	5.0	21.7	71.7
Hombres o mujeres bisexuales	3.3	33.3	61.7
Tú	61.7	35.0	3.3

Mientras más parejas sexuales, la muestra consideró que incrementan las posibilidades de contagio de SIDA. Al cuestionarles sobre sí mismos, se aprecia claramente como baja la percepción de riesgo ya que el 61.7% consideró no tener ninguna posibilidad de contagio.

CONDUCTAS DE RIESGO Y PERCEPCION DE RIESGO

Con respecto al número de parejas sexuales que ha tenido la muestra en su vida y que tantas posibilidades consideran que tienen de contagiarse de VIH, se pudo observar que quienes han tenido 0, 1, 2, 4 y 5 parejas en su vida, en su mayoría, consideran no tener ninguna posibilidad de contagiarse del virus, en el caso de haber tenido 8 parejas sexuales la mitad cree no tener ninguna posibilidad de contagio y la otra mitad muchas posibilidades, la mitad de quienes han tenido 9 parejas creen tener ninguna posibilidad de contagio y el resto regulares, la mayoría de quienes han tenido 3, 15 y 17 parejas se ven con posibilidades regulares de contagio, solo una persona que ha tenido 50 parejas sexuales considera tener muchas posibilidades de contagio. Se obtuvo una χ^2 de 26.83158, 20 grados de libertad y .00002 de significancia.

Independientemente del número de parejas sexuales que se hayan tenido, la mayoría de las personas de la muestra considera que el tener relaciones sexuales con muchas

personas es muy riesgoso, a pesar de reportar hasta 15 pareja sexuales, principalmente por quienes han tenido una pareja, seguido por quienes no reportan parejas sexuales o han tenido 2. Teniéndose una χ^2 de 82.14377, 30 grados de libertad y .00000 de significancia.

La mayoría de las personas que han tenido 0, 1, 2, 3, 4, 5, 8 y 9 parejas consideran tener menor riesgo de contagiarse de SIDA comparándose con otras personas, solo el 1.7% que ha tenido 50 parejas sexuales se percibe en mayor riesgo de contagio. Teniéndose una χ^2 de 67.89540, 20 grados de libertad y .00000 de significancia.

Las personas que no reportan parejas sexuales, mencionan percibirse con menor riesgo de contagio el hecho de abstenerse, quienes han tenido una pareja dan como razón esto, tener solo una pareja sexual, quienes han tenido 2 parejas dicen "estar informado y cuidar a mi pareja", en el caso de haber tenido 3 parejas sexuales reportan tener solo una pareja actual, los que han tenido 4 parejas dicen usar condón y no relacionarse con cualquiera, el 1.7% que reportó haber tenido 5 parejas, dice tener solo una pareja actual, en el caso de haber tenido 8 parejas, la mitad dijo "no exponerse a situaciones riesgosas", la mitad de quienes han tenido 9 parejas dió la razón anterior y la otra mitad mencionó tener solo una pareja actual. El 1.7% que ha tenido 50 parejas sexuales se percibe con mayor riesgo de contagio, ya que se relaciona con más de una persona. se obtuvo una χ^2 de 159.56479, 90 grados de libertad y .00001 de significancia.

Quienes no han tenido otra pareja sexual en el último mes, dicen percibirse en menor riesgo de contagio ya que se abstienen, las personas que sí han tenido otra pareja sexual en el último mes, casi la mitad mencionó percibirse en menor riesgo por conocer de tiempo a sus parejas, el resto que no tuvo otra pareja sexual, reportó percibirse en menor riesgo ya que solo tienen una pareja. Se obtuvo una χ^2 de 44.03095, 18 grados de libertad y .00057 de significancia.

5.3. ANOVA

Continuando con el análisis de diferencias, a continuación aparecen las tablas de medias (ANOVA) obtenidas y su respectiva interpretación, comparando grupos de edad y sexo con las escalas de uso del condón y percepción de riesgo, con la finalidad de encontrar diferencias significativas. Los factores que se utilizaron en el presente estudio fueron obtenidos de la investigación realizada por Díaz Loving, R., Flores Galaz, M., Rivera Aragón, S., Andrade Palos, P., Ramos, Lira L., Villagrán Vázquez, G., Cubas

Carlin. E., Camacho Valladares, M. y Muñiz Campos, A., (1992).

Con respecto a la actitud de la población hacia el condón, se encontraron los datos presentados en el cuadro 5.

CUADRO 5

ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDÓN						
FACTOR	VARIABLE	MEDIAS			SIGNIFICANCIA	
Actitud hacia el placer.	Sexo	Hombres	1.50	1.59	.21	
		Mujeres	1.58			
	Edad	20 a 24 años	1.54	.16	.84	
		25 a 29 años	1.56			
		30 a 36 años	1.54			
	Sexo por Edad	20 a 24	25 a 29	30 a 36	.90	.41
Hombres		1.38	1.56	1.50		
Mujeres		1.60	1.56	1.56		
Actitud de inteligencia.	Sexo	Hombres	1.71	3.16	.08 **	
		Mujeres	1.79			
	Edad	20 a 24 años	1.71	1.22	.30	
		25 a 29 años	1.76			
		30 a 36 años	1.80			
	Sexo por Edad	20 a 24	25 a 29	30 a 36	2.69	.08 **
Hombres		1.65	1.78	1.64		
Mujeres		1.74	1.75	1.90		
Actitud hacia su utilidad.	Sexo	Hombres	1.96	1.31	.25	
		Mujeres	1.91			
	Edad	20 a 24 años	1.95	.51	.60	
		25 a 29 años	1.94			
		30 a 36 años	1.90			
	Sexo por Edad	20 a 24	25 a 29	30 a 36	1.09	.34
Hombres		1.92	2.00	1.93		
Mujeres		1.97	1.88	1.88		

* Valor igual o menor a .05

** Valor marginal, cercano a .05

FALLA DE ORIGEN!

Como se puede observar no existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres, grupos de edad o la interacción de ambas variables, respecto a la actitud hacia el preservativo, tomando en cuenta los siguientes aspectos: placer, como que el condón haga que el hombre pierda la erección o que su uso incremente el placer en la relación sexual; utilidad, considerando su precio, prevención de embarazos o facilidad al utilizarlos; y su uso inteligente, por ejemplo el hecho de ser apropiados en relaciones casuales o con la pareja habitual, el rechazar tener una relación si no se tiene preservativo, o la influencia de la religión en la decisión de utilizarlos.

Sin embargo, existe una diferencia marginal en cuanto a sexo y la actitud inteligente de utilizar el condón, siendo las mujeres quienes reportan un uso más inteligente del preservativo, como que son apropiados para usarse con la pareja habitual o con parejas ocasionales; respecto al sexo y edad también se encontraron diferencias marginales en el mismo rubro, donde las mujeres de 30 a 34 años y los hombres de 25 a 29 fueron quienes reportaron con más frecuencia una actitud inteligente en cuanto al uso del condón.

Los resultados que se obtuvieron al presentarse a los jóvenes diversas actividades y pedirles que estimaran las posibilidades de riesgo de contagio de VIH, pueden observarse en el cuadro 6.

CUADRO 6

ESTIMACION DE RIESGO DE CONTAGIO DE VIH, AL PRACTICAR DIVERSAS CONDUCTAS						
FACTOR	VARIABLE	MEDIAS			SIGNIFICANCIA	
Conductas sexuales de alto riesgo con desconocidos.	Sexo	Hombres	2.85			
		Mujeres	2.91	2.95	.09 **	
	Edad	20 a 24 años	2.86			
		25 a 29 años	2.95			
		30 a 36 años	2.84	2.51	.09 **	
	Sexo por Edad	20 a 24	2.86	2.96	2.90	
		25 a 29	2.60	2.96	2.90	
		30 a 36	2.96	2.94	2.80	
				7.02	.00 *	

Conductas de prevención, con algunas que lo pudiera contagiar.	Sexo	Hombres	2.11		
		Mujeres	2.08	.13	.71
	Edad	20 a 24 años	2.10		
		25 a 29 años	2.07		
		30 a 36 años	2.12	.07	.93
	Sexo por Edad	20 a 24	25 a 29	30 a 36	
Hombres		1.83	2.17	2.29	
Mujeres		2.20	1.93	2.00	
			3.73	.03 *	
Conductas de bajo riesgo en situaciones públicas.	Sexo	Hombres	1.68		
		Mujeres	1.72	.00	.99
	Edad	20 a 24 años	1.73		
		25 a 29 años	1.57		
		30 a 36 años	1.82	.93	.39
	Sexo por Edad	20 a 24	25 a 29	30 a 36	
Hombres		1.71	1.70	1.63	
Mujeres		1.73	1.39	1.94	
			1.50	.23	
Relacionarse con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo.	Sexo	Hombres	1.42		
		Mujeres	1.44	.13	.71
	Edad	20 a 24 años	1.38		
		25 a 29 años	1.41		
		30 a 36 años	1.53	1.44	.24
	Sexo por Edad	20 a 24	25 a 29	30 a 36	
Hombres		1.29	1.45	1.50	
Mujeres		1.42	1.36	1.56	
			.68	.51	
Drogas.	Sexo	Hombres	2.36		
		Mujeres	2.18	1.21	.27
	Edad	20 a 24 años	2.14		
		25 a 29 años	2.26		
		30 a 36 años	2.40	.83	.44
	Sexo por Edad	20 a 24	25 a 29	30 a 36	
Hombres		1.92	2.50	2.58	
Mujeres		2.23	1.93	2.28	
			2.90	.06 **	

* Valor igual o menor a .05

** Valor marginal, cercano a .05

Existen diferencias significativas en cuanto a sexo y edad, en la estimación de riesgo de contagio al realizar conductas sexuales de alto riesgo con desconocidos; donde las mujeres de 20 a 24 años y los hombres de 25 a 29, fueron quienes estimaron un mayor riesgo de contagio al tener relaciones sin preservativo con desconocidos, prostitutas y otras parejas ocasionales, tener varias parejas sexuales o utilizar jeringas no esterilizadas.

También se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo y edad, pero al estimar el riesgo de contagio al realizar conductas de prevención con alguien que lo pudiera contagiar; siendo los hombres de 30 a 36 años y nuevamente las mujeres de 20 a 24, quienes perciben muy riesgosas conductas como masturbación mutua o relación sexual con preservativo con una pareja ocasional, sexo oral con alguien a quien no se conoce bien o relaciones con condón con una persona con SIDA.

Se observa una diferencia marginal en cuanto a sexo y conductas sexuales de alto riesgo con desconocidos, quienes consideran muy riesgosas dichas conductas fueron las mujeres. También hay diferencia marginal en cuanto a edad en el mismo rubro, donde las personas de 24 a 29 años reportaron muy riesgosas las conductas ya descritas. En cuanto al uso de drogas, se encontraron diferencias marginales en por edad y sexo, donde los hombres de 30 a 36 años, seguidos por las mujeres de la misma edad perciben muy riesgosas conductas como inyectarse droga o tener relaciones usando condón con una persona que se inyecta droga.

No se encontraron diferencias significativas, ni marginales entre ambos sexos, por edades o su interacción, en cuanto a la estimación de riesgo de contagio al realizar conductas de bajo riesgo en situaciones públicas, como usar baños públicos y albercas, donar sangre o recibirla; y al relacionarse con personas con SIDA en situaciones de bajo riesgo, por ejemplo saludarse de mano, jugar, besarse en la boca o acudir a una clínica dental o de salud donde atienden a personas con el síndrome. Sin embargo, comparando las frecuencias, fueron las mujeres quienes consideraron más riesgoso dichas conductas, así como las personas de 30 a 36 años de edad.

Ante la pregunta: ¿Qué posibilidades hay de que las siguientes personas se contagien de SIDA?, se obtuvieron los datos registrados en el cuadro 7.

CUADRO 7

ESTIMACION DE RIESGO DE CONTAGIO DE VIH, SEGUN PREFERENCIA SEXUAL, NUMEROS DE PAREJAS Y AUTOPERCEPCION DE RIESGO						
FACTOR	VARIABLE	MEDIAS			SIGNIFICANCIA	
Hombre homosexual con una pareja.	Sexo	Hombres	1.88		.33	
		Mujeres	1.79	.93		
	Edad	20 a 24 años	1.91		.32	
		25 a 29 años	1.68			
		30 a 36 años	1.93	1.15		
	Sexo por Edad	20 a 24	25 a 29	30 a 36	.09	.91
Hombres		2.00	1.79	2.00		
Mujeres		1.88	1.50	1.69		
Hombre homosexual con más de una pareja	Sexo	Hombres	2.65		.39	
		Mujeres	2.91	4.50		
	Edad	20 a 24 años	2.91		.52	
		25 a 29 años	2.73			
		30 a 36 años	2.73	.64		
	Sexo por Edad	20 a 24	25 a 29	30 a 36	.31	.73
Hombres		2.67	2.64	2.67		
Mujeres		3.00	2.88	2.78		
Mujer homosexual con una pareja.	Sexo	Hombres	1.85		.58	
		Mujeres	1.79	.29		
	Edad	20 a 24 años	1.86		.70	
		25 a 29 años	1.73			
		30 a 36 años	1.87	.35		
	Sexo por Edad	20 a 24	25 a 29	30 a 36	.48	.62
Hombres		1.83	1.86	1.83		
Mujeres		1.88	1.50	1.89		

Mujer homosexual con más de una pareja.	Sexo	Hombres	2.65			
		Mujeres	2.82	1.08		.30
	Edad	20 a 24 años	2.91			
		25 a 29 años	2.68			
		30 a 36 años	2.60	2.20		.12
	Sexo por Edad		20 a 24	25 a 29	30 a 36	
		Hombres	2.67	2.64	2.67	
Mujeres		3.00	2.75	2.56		
					1.08 .34	
Hombre heterosexual con una pareja.	Sexo	Hombres	1.65			
		Mujeres	1.42	.95		.33
	Edad	20 a 24 años	1.36			
		25 a 29 años	1.64			
		30 a 36 años	1.60	.66		.51
	Sexo por Edad		20 a 24	25 a 29	30 a 36	
		Hombres	1.50	1.79	1.50	
Mujeres		1.31	1.38	1.67		
					.82 .44	
Hombre heterosexual con más de una pareja	Sexo	Hombres	2.42			
		Mujeres	2.84	9.24		.00 *
	Edad	20 a 24 años	2.71			
		25 a 29 años	2.68			
		30 a 36 años	2.53	.95		.39
	Sexo por Edad		20 a 24	25 a 29	30 a 36	
		Hombres	2.33	2.57	2.17	
Mujeres		2.87	2.88	2.78		
					.37 .68	
Mujer heterosexual con una pareja.	Sexo	Hombres	1.73			
		Mujeres	1.44	2.07		.15
	Edad	20 a 24 años	1.38			
		25 a 29 años	1.59			
		30 a 36 años	1.80	1.36		.26
	Sexo por Edad		20 a 24	25 a 29	30 a 36	
		Hombres	1.50	1.71	2.00	
Mujeres		1.33	1.38	1.67		
					.08 .91	

Mujer heterosexual con más de una pareja	Sexo	Hombres	2.58			
		Mujeres	2.81	3.20		.07 **
	Edad	20 a 24 años	2.71			
		25 a 29 años	2.73			
		30 a 36 años	2.67	.28		.75
	Sexo por Edad		20 a 24	25 a 29	30 a 36	
Hombres		2.50	2.64	2.50		
Mujeres		2.80	2.88	2.78		
					.01 .90	
Hombres o mujeres bisexuales.	Sexo	Hombres	2.58			
		Mujeres	2.59	.14		.70
	Edad	20 a 24 años	2.62			
		25 a 29 años	2.41			
		30 a 36 años	2.80	2.31		.10
	Sexo por Edad		20 a 24	25 a 29	30 a 36	
Hombres		2.50	2.43	3.00		
Mujeres		2.67	2.38	2.67		
					.78 .46	
Tó.	Sexo	Hombres	1.50			
		Mujeres	1.34	.78		.37
	Edad	20 a 24 años	1.33			
		25 a 29 años	1.45			
		30 a 36 años	1.47	.18		.82
	Sexo por Edad		20 a 24	25 a 29	30 a 36	
Hombres		1.50	1.43	1.67		
Mujeres		1.27	1.50	1.33		
					.60 .55	

* Valor igual o menor a .05

** Valor marginal, cercano a .05

Se encontraron diferencias significativas, con respecto al sexo, en el caso de estimar riesgo en hombres heterosexuales con más de una pareja, siendo las mujeres quienes perciben mayor riesgo de contagio en dicho grupo. Con respecto a estimación de riesgo de las demás personas y a la autopercepción, no se encontraron diferencias significativas ni en cuanto a diferencia de sexos, edad o en la interacción.

Existe diferencias marginales en cuanto a sexo y la estimación de posibilidades de que una mujer heterosexual con más de una pareja contraiga el VIH, donde las mujeres estimaron más posibilidades de riesgo de infectarse al pertenecer al grupo mencionado.

Resulta interesante hacer notar que analizando las frecuencias obtenidas, se puede observar que el tener una pareja independientemente de la preferencia sexual, fué considerado con mayores posibilidades de contagio por los hombres que por las mujeres, lo contrario sucedió si se tenían varias parejas, es decir, las mujeres consideraron ésto más riesgoso que los hombres. En el caso de la autopercepción de riesgo los hombres fueron quienes reportaron una mayor percepción de posibilidades de contagio, respecto a la edad la mayor percepción de riesgo se dió entre los jóvenes de 30 a 36 años, lo mismo fué encontrado en los hombres de 30 a 36 años y las mujeres de 24 a 29, cabe mencionar que en éste ítem las puntuaciones se cargan más hacia "ninguna posibilidad de contagio", que en cualquiera de los otros, siendo entre los más jóvenes donde se observa la más baja autopercepción de riesgo.

CAPITULO VI

6. DISCUSION

6.1 CONCLUSIONES

Posterior al procedimiento estadístico y el análisis de los resultados obtenidos del mismo, se procedió con las conclusiones de la presente investigación, a las cuales se da paso a continuación.

Existe actividad sexual en la mayoría de los jóvenes heterosexuales de 20 a 36 años de edad, principalmente se reportó pareja sexual actual entre los jóvenes de 25 a 36 años, independientemente de su sexo, esto es básico cuando hablamos de SIDA, ya que como se ha mencionado la vía sexual es la principal forma de transmisión de VIH, básicamente en heterosexuales, en la actualidad. Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñoz Campos (1992), reportan en un estudio realizado en estudiantes universitarios más de la mitad de la muestra sexualmente activa, en la presente investigación se notó un incremento alcanzando el 80% de jóvenes sexualmente activos. Rivera Aragón, Díaz Loving y Cubas Carlin (1994), encontraron datos similares en personas de 15 a 73 años, ya que el 83.3% ya se había iniciado sexualmente, así como en el caso de los datos reportados por Peña y Toledo (1991, cit. Rivera Aragón, Díaz Loving y Cubas Carlin, 1994), indicando un 76.3% de la población mexicana estudiada ya iniciada sexualmente, o el caso de los resultados encontrados por Ordiozola e Ibáñez (1992), que encontraron un alto porcentaje de estudiantes universitarios que ya habían tenido relaciones sexuales, principalmente entre los hombres; incrementándose con esto el riesgo de contraer SIDA.

Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñoz Campos (1992), reportaron un promedio de edad de la primera relación sexual a los 17.2 años, datos similares reportó el Consejo Nacional de Población (1988), proporcionando la edad para la primera relación entre 14 y 17 años para los hombres y entre 16 y 19 para las mujeres; Rivera Aragón, Díaz Loving y Cubas Carlin (1994), reportan el inicio de vida sexual desde la adolescencia con una media de

19 años, iniciándose los hombres antes que las mujeres (IMSS, 1981; Odrizola e Ibáñez, 1992), los datos que se obtuvieron de la presente investigación son similares a los de estas últimas investigaciones; el promedio encontrado de la primer relación sexual fué de 18.7 años, lo cual nos indica que los jóvenes están iniciando su actividad sexual a mayor edad, aspecto que influye favorablemente en la disminución de riesgo de adquirir VIH.

Por otra parte, el hecho de que la primer relación entre los más jóvenes generalmente fué con su novio(a) y entre los mayores fué con el esposo(a), ésto sobre todo entre mujeres, puede sugerirnos la existencia de un mayor número de parejas sexuales entre los jóvenes de 20 a 29 años antes del matrimonio, sumándose a ésto el que en su mayoría no se reportaron años con la pareja sexual actual y que no viven con ésta, indicándonos que puede tratarse de relaciones poco estables o no duraderas y por ende un incremento en el riesgo de contagio.

La mayoría de los adultos jóvenes reportaron tener una pareja sexual regular y ser heterosexuales, como se mencionará más adelante utilizan de manera irregular el preservativo, ésto puede deberse a que los sujetos se envuelven en una relación y al estar involucrados minimizan el riesgo de infección (Vasconcelos, Cláudio, Gouveia-Pereira, Dias, Brandao, Robalo y Sousa, 1994). Esto nos habla de una creencia errónea, que es necesario erradicar, el hecho de involucrarse o no, no es suficiente para eliminar el riesgo de una situación existente.

Otro aspecto interesante es el hecho de que el número de parejas que han tenido en su vida los jóvenes sexualmente activos, en su mayoría fueron más de 2, hecho que puede ayudar a la propagación del virus y que también se ha incrementado ya que Diaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos (1992), en el estudio ya mencionado reportan que la mayoría de los universitarios habían tenido una o dos parejas en su vida, en cambio en un estudio realizado por Rivera Aragón, Diaz Loving y Cubas Carlin (1994), ya se nota incremento reportando solo un 30% una pareja sexual en su vida y otro 30% mencionó haber tenido 6 o más parejas sexuales. Esto convierte al SIDA en un problema exponencial, ya que al incrementarse el número de parejas sexuales y a su vez éstas tener varias parejas se propaga el virus a pasos agigantados, aumentando también la posibilidad de relacionarse con alguna persona infectada.

Con respecto al uso de anticonceptivos, quienes menos reportan su uso son los jóvenes de 20 a 24 años, sin embargo también se obtuvo el reporte de menos parejas sexuales entre

éstos. Las mujeres de 30 a 36 años utilizan bastante el D.I.U. seguidas por las jóvenes de 20 a 24 años, con lo cual incurrir en conductas de riesgo si no utilizan aparte el preservativo, ya que están directamente expuestas al posible contagio de VIH. Así mismo, la mayoría de los adultos jóvenes que han utilizado métodos anticonceptivos han usado el condón (Rivera Aragón, Díaz Loving y Cubas Carlin, 1994), aparte de que es muy bajo su uso, es irregular (Díaz Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos, 1994), de quienes lo utilizan en todas sus relaciones la mayoría son mujeres y jóvenes de 20 a 24 años, una actitud más favorable hacia el sexo seguro entre jóvenes de 18 a 20 años, también fue reportada en un estudio por Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992), por otra parte se observó una diferencia marginal en el sentido de que las mujeres fueron quienes consideraron el uso del condón más adecuado en las relaciones casuales o con la pareja habitual, o el rechazar una relación si no se cuenta con preservativo, en relación con los hombres; comparando los grupos de edad, los más concientes de esto fueron las mujeres de 30 a 34 años y los hombres de 25 a 29, esto nos indica un avance en la necesidad de utilizar el condón para prevenir contagios y una mayor aceptación entre los jóvenes y mujeres, ya que datos reportados por Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos (1992), no nos muestran diferencias significativas o marginales. Volviendo al uso irregular del condón y su baja utilización, también se encontró que más de la mitad de la muestra no sabe como utilizarlo, datos similares fueron encontrados por Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos (1992), en su mayoría fueron mujeres quienes no saben utilizar el preservativo; estos datos nos hablan de que no se ha incrementado el uso del condón y es probable que quienes lo utilizan no lo hacen adecuadamente, incurriendo en conductas de riesgo de adquirir VIH, resultando necesaria una concientización del problema, ya que resultados encontrados por Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992), nos indican que mientras mayor temor al contagio, existe una actitud más favorable al cambio de conductas y al sexo seguro.

Un aspecto interesante que se encontró, fué el hecho de que el uso del condón se incrementa cuando es idea de ambos, ya sea en una relación casual o con la pareja regular (Díaz Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos, 1994).

La población estudiada reportó en una minoría haber tenido una pareja sexual ocasional, también un bajo porcentaje mencionó que su pareja sexual regular tenía otra pareja sexual, ambas situaciones parecen prevalecer más entre

las personas de 30 a 36 años de edad, aparentemente son quienes tienen más relaciones casuales tienen, a pesar de que reportaron un mayor porcentaje de pareja sexual regular actual; no por ser una minoría deja de ser sumamente importante ya que se está incurriendo en conductas de riesgo, existiendo la posibilidad de que existan más relaciones casuales de las reportadas, ya que en una investigación reciente llevada a cabo por Rivera Aragón Díaz Loving y Cubas Carlin (1994), se encontró que el 30% de la población entre 15 y 73 años había tenido más de 2 parejas sexuales y el 50% de esas parejas fueron ocasionales; sumándose a esto el uso del condón solo "algunas veces" generalmente (Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos, 1992; Díaz Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos, 1994), aunque aparentemente su uso se incrementa en el caso de las parejas ocasionales; esto lo corrobora el estudio realizado por Vasconcelos, Cláudio, Gouveia-Pereira, Dias, Brandao, Robalo y Sousa (1994), en estudiantes universitarios, los cuales mencionaron en su mayoría encontrar perjudicial no utilizar el condón en una relación ocasional; datos similares fueron encontrados por Jurán (1989) y Kusher (1986), quienes mencionan haber observado cambios conductuales principalmente en el caso del sexo casual.

Los adultos jóvenes consideraron que mientras más parejas sexuales, hay más posibilidades de contraer SIDA, sin importar su preferencia sexual (Villagrán Vázquez; 1993, Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos (1992)), esto se observó marcadamente entre las mujeres y al estimar riesgo en heterosexuales, sin embargo, al cuestionarseles a los jóvenes sobre sí mismo, baja significativamente la percepción de riesgo (Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos, 1992; y Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Díaz Loving y Camacho Valladares, 1990), observando los datos parece haber una mayor autopercepción de riesgo entre los hombres de 30 a 36 años y en las mujeres de 24 a 29, mostrándose la más baja autopercepción de riesgo entre los más jóvenes, esto aunado a que como se mencionará posteriormente, son quienes perciben bajo riesgo en conductas riesgosas los lleva a una posible exposición al virus y al subsecuente contagio. Como ya se mencionó la mayoría ha tenido más de una pareja sexual, desde quienes no han tenido parejas sexuales hasta los jóvenes que han tenido 5 parejas en su vida no existe ninguna percepción de riesgo de contagiarse, también predomina esta idea entre quienes han tenido 8 ó 9 parejas; apenas hay una percepción de "regular riesgo de contagio" al haber tenido más de 15 parejas; fué necesario haber tenido 50

parejas sexuales en su vida para que hubiera una percepción alta de riesgo de adquirir el virus del SIDA. Esto nos habla de una baja autopercepción de riesgo, lo cual contribuye a no cambiar conductas de riesgo y al incremento de la pandemia (Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving, 1992; Allard, 1989; Becker y Joseph, 1988; Emmonds, 1986; Solomon y DeJong, 1989), al parecer no existe incremento en la autopercepción de riesgo, lo cual puede deberse a la amenaza a la vida que el SIDA representa (Weinstein, 1982 y 1983), existiendo numerosos estudios anteriores que reportan datos similares, tal es el caso de Díaz Loving y Rivera Aragón, (1992) con estudiantes universitarios, Licea (1993) con personas entre 15 y 45 años, Reyes-Lagunes (1990), Díaz Díaz Loving y Rivera Aragón (en prensa), Shoemaker, Lasorsa y McAlister (1988), Freimuth, Edgar y Hammond (1987), Price, Desmond y Kukulka (1985) así como el estudio de Marks, Richardson, Lochner, McGuigan y Levine (1988) y Severn (1990), la baja admisión de riesgo puede asociarse también a la vergüenza que puede implicar tener SIDA (Weinstein, 1988; Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim, 1990).

Se pudo observar una estrecha relación entre el número de parejas sexuales y la estimación de riesgo de contagio en grupos en los que pudo haberse ubicado la población, sin embargo parecen tomar en cuenta el número de parejas sexuales actuales para estimar el riesgo, olvidándose de las parejas pasadas, contrario a lo reportado por Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim (1990), quienes encontraron una estrecha relación entre el número de parejas pasadas y el aumento en la percepción de riesgo de contagio; ya que dan como razones predominantes de su "menor riesgo de contagio" el hecho de no tener pareja sexual o tener solo una pareja actual, por lo tanto los jóvenes consideran que el ser fieles en su actual relación los exenta de adquirir el virus del SIDA, desafortunadamente no son monógamos en sus relaciones (Ishii-Kuntz, Whitbeck y Simons, 1990), a menor número de parejas sexuales hay una baja autoevaluación de riesgo (Gray y Saracino, 1989).

Se encontró que la mayoría de los jóvenes saben que se puede evitar contraer SIDA, dejando de realizar algunas conductas y realizando otras, la conducta más mencionada a realizar para evitar una posible infección fue la utilización del condón, seguida por la fidelidad. Al cuestionarseles sobre si pensaban cambiar sus conductas la mayoría respondió que no, dando como razón el hecho de ser fieles, ocupando el tercer lugar y por una minoría el utilizar el condón, de quienes piensan cambiar sus conductas, la mayor parte dice que será "monógamo", y solo una persona mencionó que utilizará el condón. Se pudo observar que la mitad de la población no ha cambiado sus conductas, ya que dicen estar "informados", y quienes sí han cambiado su comportamiento

reportan utilizar el preservativo. Resulta alarmante el hecho de que los jóvenes no han cambiado sus conductas para protegerse del SIDA y por lo general no piensan hacerlo, a pesar de que saben que pueden prevenir una posible infección, a esto se suma que la utilización del condón es muy baja tanto por quienes han cambiado ya sus conductas como por quienes saben que así se previene la transmisión del virus y ni hablar de los que piensan cambiar su comportamiento, ya que solo una persona piensa utilizar el condón. Al parecer no ha habido mayor avance con respecto a los cambios de conducta para prevenir el adquirir SIDA, como menciona Dorantes (1988), que no encontró cambios en la conducta sexual de riesgo entre homosexuales, así como Mays y Cochran (1988) quienes no encontraron cambios conductales en preparatorianos negros, Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim (1990) reportaron haber encontrado cambios en conductas pasadas en adultos, sin embargo, en una minoría. Contrario a éstos resultados, Tashakkori y Thompson (1992) encontraron que estudiantes predominantemente negros pensaban utilizar condón en sexo vaginal y reporte de cambios de conducta pasada.

Resulta interesante el observar que la utilización del condón fue mencionada en un alto porcentaje para prevenir enfermedades sexualmente transmisibles, bajando considerablemente en el caso de prevenir la transmisión del virus del SIDA, Diclemente, Zorn, y Temoshok, (1988) señalan la inseguridad en los estudiantes ante el hecho de que relacionarse con condón reduzca el riesgo de contagio.

A pesar de que la mayoría de los jóvenes reportan estar preocupados por adquirir SIDA (Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda, 1989), y generalmente sentirse muy preocupados, la mayoría de la población reportó no haber incurrido en situaciones donde debió protegerse y no lo hizo, de quienes admitieron haber incurrido en alguna situación semejante la mayoría fueron hombres (Vasconcelos, Cláudio, Gouveia-Pereira, Dias, Brandao, Robalo y Sousa (1994), desafortunadamente continúan incurriendo en conductas de riesgo, ya que se reportaron relaciones casuales, poca utilización del condón y no saberlo usar, relacionarse en ocasiones cuando ingieren alcohol, principalmente los hombres, entre otras conductas de riesgo, se encontró que las mujeres de 20 a 24 años y los hombres de 25 a 29, fueron quienes estimaron mayor riesgo de contagio al tener relaciones sin preservativo con desconocidos, prostitutas y otras parejas ocasionales, tener varias parejas sexuales o utilizar jeringas no esterilizadas. Los hombres de 30 a 36 años y nuevamente las mujeres de 20 a 24, percibieron muy riesgosas conductas como masturbación mutua o relaciones sexuales con preservativo con una pareja ocasional, sexo oral con alguien a quien no se conoce bien o relaciones con condón

con una persona que tiene SIDA, en cuanto al hecho de inyectarse droga o tener relaciones con un usuario de droga intravenosa, fué percibido ligeramente más riesgoso por los jóvenes de 30 a 36 años: Como se puede observar son las mujeres o los jóvenes mayores quienes perciben mayor riesgo en la realización de conductas en las que pueden adquirir el VIH, siendo los más jóvenes quienes pueden incurrir con mayor frecuencia en conductas de riesgo como las ya mencionadas y otras, ya que subestiman su peligrosidad, pudiendo adquirir el virus y propagarlo.

Sin embargo, el reporte sobre la preocupación por adquirir SIDA puede ser un factor predictivo de cambio (Frohaska, Albretch, Levy, Sugrue y Kim, 1990), al parecer ésto se ha incrementado ya que en un estudio realizado por Simkins y Ebarhe (1984), se encontró poca preocupación por adquirir la enfermedad, así como en los estudios realizados por Strunin e Hingson (1987) y Price, Desmond y Kakulka (1985), el miedo a la enfermedad y al rechazo también es reportado por adolescentes y adultos de ambos sexos, en investigaciones realizadas por López Muñoz, Villagrán Vázquez y Diaz Loving (1994), así como Torres Maldonado, Alfaro Martínez, Diaz Loving y Villagrán Vázquez (1994). Bouton, Gallaher, Garlinghouse, Leal, Rosenstein y Young (1989), mencionan que a mayor conocimiento sobre la enfermedad existe una disminución en el miedo hacia la misma, lo cual quizá lleve a esta baja percepción de riesgo, como mencionan Herek y Glunt, 1988; Janis y Feshbach (1989) un miedo excesivo o muy bajo lleva a una conducta similar, o debido a la ansiedad niega el riesgo de contagiarse o no moviliza el cambio, siendo necesario encontrar el equilibrio para lograr un cambio a conductas seguras.

Contario a lo que encontraron Diaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos (1992), se pudo observar que en su mayoría los jóvenes no saben que es el SIDA, sin embargo, coincidiendo con los resultados encontrados por los autores ya mencionados, se encontró que conocen las vías de transmisión, aunque la menos conocida es la vía perinatal. Considero éste rubro muy importante ya que como se mencionó en capítulos anteriores, los jóvenes con quienes se realizó la presente investigación están próximos a tener hijos o ya los tienen, y ante las conductas de riesgo que tienen no solo pelagra la población a que pertenecen, sino que ponen en peligro a la población infantil. El hecho de que no sepan que es el SIDA, también puede influir en sus conductas de riesgo, ya que como señala Kelly, Lawrence, Brasfield, Lemke, Amidei, Roffman, Hood, Smith, Kilgore, McNeill, (1990), a menor información sobre la enfermedad se tienen más conductas de riesgo, Tashakkori y Thompson (1992) también reportan cambios de conducta ante la pandemia del

SIDA y el conocimiento sobre la enfermedad, siendo básica la información clara, sencilla y suficiente para combatir en parte la pandemia. La información no parece ser suficiente, ya que autores como Harrison, Wambach, Byers e Imersheim (1991), O'Gorman y Dindmore (1990) y Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim (1990) reportaron que las poblaciones estudiadas tenían suficientes conocimientos sobre SIDA y aún así presentaban conductas riesgosas; sin embargo para los sujetos con un locus de control interno con la sola información bastaría, no así para las personas con locus externo en quienes hay que atacar sus procesos cognitivos involucrados en la toma de decisiones (Díaz Loving, 1993).

Con respecto a la etiología del SIDA, los jóvenes saben que una persona con VIH puede no mostrar los síntomas y que a pesar de esto puede infectar a otros (Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos, 1992), aspecto importante que puede influir en un cambio de creencias y no relacionarse con alguna persona que está "sana" aparentemente, ya que no muestra síntomas.

La mayoría de la población reportó no conocer a alguien con SIDA, sin embargo, comparado con cifras reportadas por Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos (1992), nos muestran que existe un leve, pero no por esto menos importante, incremento en los casos de SIDA conocidos por la población, en la presente investigación quienes reportaron conocer a personas con SIDA, en su mayoría fueron personas entre 30 y 36 años, este mismo grupo de edad fue quien se percibió en mayor riesgo de contagio comparándose con otras personas, el cual a pesar de ser bajo puede ayudar a la concientización del problema ante una inminente propagación del virus, ya que resultados encontrados por Kelly, Lawrence, Brasfield, Lemke, Amidei, Roffman, Hood, Smith, Kilgore y McNeill (1990), nos hablan de un aumento en la percepción de riesgo de contagio en hombres homosexuales con amigos infectados.

La mayor parte de los adultos jóvenes, consideraron que el SIDA es una amenaza tanto para la comunidad universitaria, como para su comunidad, las personas de 25 a 36 años están más conscientes de que el SIDA prevalece mucho en México, siendo en la mayor parte de los más jóvenes (20 a 24 años) donde prevalece la idea de que el SIDA prevalece "algo", esto puede ser un factor significativo el cual influya positivamente en un cambio de actitud con respecto a las conductas de riesgo, ya que como señalan Tashakkori y Thompson (1992), la creencia sobre la amenaza del SIDA es fuertemente predictiva y tiene como reacción un cambio de conducta por la enfermedad.

A pesar de saber donde realizarse la prueba de detección de VIH y mencionar estar dispuestos a realizarsela, se encontró que un bajo porcentaje de los jóvenes se la ha realizado. Lo anterior pone de manifiesto un temor a la prueba de detección (Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving, 1992), esto puede significar cierta percepción de riesgo a un nivel inconciente, ya que el temor a la prueba puede deberse a que saben que incurren en conductas riesgosas y pueden tener el VIH, lo anterior se encontró principalmente en los más jóvenes entre 20 y 24 años, ya que fué el único grupo en el que hubo reportes acerca de no estar dispuesto a realizarse la prueba.

Casi todos los jóvenes creen que el gobierno debe tomar medidas para prevenir la extensión del SIDA, básicamente proponen mayor información, lo cual nos habla de un predominante locus de control externo, al parecer creen que todos los demás deben hacer algo para frenar la epidemia, como proporcionar información, usar el condón o ser fieles, pero ellos no hacen nada por cuidar su propia salud, Flores Galaz y Díaz Loving (1994), así como Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1994) encontraron como factores básicos para la prevención del SIDA el locus de control, la asertividad, la comunicación y los valores, resultando aspectos básicos a tomarse en cuenta en la campañas futuras preventivas; esto también se refleja en el hecho de que se atribuye mayor riesgo a ciertos grupos (Díaz Loving y Rivera Aragón, 1992). tal es el caso de homosexuales hombres ó mujeres, éstas creencias y mitos erróneos deben erradicarse de tal forma que toda la población perciba el riesgo y éste influya en su forma de actuar. Hamilton (1988) reporta datos similares, los estudiantes perciben en mayor riesgo a homosexuales, aparte de éste grupo también a las prostitutas se les percibe en mayor riesgo (Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawski y Valdespino, 1989), Villagrán Vázquez (1993) encontró que los estudiantes estiman muy alto el riesgo del grupo en el que puede ubicarse, subestimando el propio, el sujeto es más demandante con las conductas de otros y permisivo con la propia conducta (Vasconcelos, Cláudio, Gouveia-Pereira, Dias, Brandao, Robalo y Sousa, 1994); datos similares fueron encontrados por Campbell y Stewart (1992), quienes al investigar percepción de riesgo en homosexuales, drogadictos intravenosos encontraron que subestiman su riesgo de contagio; por su parte Vasconcelos, Cláudio, Gouveia-Pereira, Dias, Bardao, Robalo y Sousa (1994) reportan que se percibe en riesgo a grupos como homosexuales, prostitutas y drogadictos; López Muñoz, Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1994), encontraron que mujeres adolescentes y adultas perciben en mayor riesgo a homosexuales, bisexuales, lesbianas, prostitutas, drogadictos, a quienes tienen múltiples parejas sexuales, alcohólicos, pobres, adolescentes, entre otros, desplazando su propio riesgo de

contagio; Torres Maldonado, Alfaro Martínez, Díaz Loving y Villagrán Vázquez (1994), encontraron datos similares a los anteriores, reportados por hombres adolescentes y adultos, la atribución de riesgo solo en otros grupos, también fue reportada en la investigación llevada a cabo por Hernández Robledo, Camacho Valladares, Moreno Camacho y Andrade Palos (1994), esto en personas infectadas por el VIH, persistiendo aún bajo estas circunstancias dicha creencia errónea.

La atribución de riesgo solo a otras personas y no a uno mismo, puede estar influenciada por el hecho de que se ve al SIDA como algo vergonzoso (Weinstein, 1988), una especie de justicia punitiva (Williams, 1986), un castigo por la conducta inmoral (Beeson, Zanes y Nye, 1986; Sontag, 1988), o el hecho de ver a la persona como mala por contagiarse por vía sexual, reflejando los tabúes sexuales aún existentes (Lopez Muñoz, Villagrán Vázquez y Díaz Loving, 1994). Resultando necesarias las campañas preventivas que incluyan aspectos que erradiquen este tipo de creencias erróneas, existentes aún en pleno siglo XX.

Para finalizar, de lo anterior cabe resaltar cuales fueron los puntos básicos extraídos de la presente investigación:

- En general, la percepción de riesgo es baja entre los adultos jóvenes, a pesar de que estiman un riesgo relativamente adecuado en grupos a los cuales pueden pertenecer.

- La población continúa con la práctica de conductas de alto riesgo.

- No se encontró relación entre conductas de riesgo y percepción de riesgo entre los adultos jóvenes.

- El uso de el preservativo tiende a ser irregular, lo cual incrementa el peligro de contagio.

- La educación sexual es deficiente, lo cual provoca que persistan mitos y creencias erróneas sobre lo que es el SIDA, vías de transmisión y poblaciones afectadas, principalmente.

- A pesar de que en general la percepción de riesgo es baja, se encontraron diferencias por sexo y edad. Al parecer la mujer es más consistente en cuanto al uso del condón, ingiere menos alcohol y mencionaron no haber incurrido en situaciones de riesgo en las que debieron protegerse y no lo hicieron; en cuanto a la edad los mayores tienden más a tener parejas ocasionales y los más jóvenes utilizan menos métodos anticonceptivos, sin embargo, fueron quienes menos relaciones reportaron haber tenido.

- Se reporta un incremento en la preocupación por adquirir la enfermedad, lo cual resulta alentador, así como en los casos conocidos de personas con SIDA, ésto principalmente entre los jóvenes de 30 a 36 años que como dato importante fueron quienes reportaron mayor percepción de riesgo comparándose con otros.

- Existe un claro locus de control externo, los jóvenes piensan que ellos no se van a infectar y que otros deben de tomar medidas o hacer algo para detener la pandemia, sintiéndose a salvo de un posible contagio.

6.2 LIMITACIONES

Es necesario considerar las limitantes que se tuvieron al realizar la presente investigación, con el fin de evaluar la posible influencia de éstas en los resultados.

Primeramente, el hecho de que la sexualidad se sigue considerando un mito, del cual no se habla abiertamente y que la misma está estrechamente relacionada con el problema del SIDA, nos encontramos con que la población no accedía a responder el cuestionario, puesto que incluye aspectos de su vida sexual o aceptaban responderlo y a pesar de que se les pedía que contestaran todas las preguntas, no lo hacían con las referentes a sexualidad.

Por otra parte el instrumento que se aplicó está muy completo, por lo tanto es extenso, lo cual también influyó en el tiempo de aplicación y en el tiempo del cual disponía la persona para poder responderlo; al ver el número de preguntas y calcular el tiempo que se llevarían en responderlo preferían negarse.

Otro aspecto importante a tomarse en cuenta, es la posible limitación que puede significar el hecho de haberse abocado a cierto grupo de la población, con determinada edad, escolaridad, nivel socioeconómico, entre otros; no obstante, investigaciones anteriores parecen demostrar que algunos de estos aspectos no influyen en la percepción de riesgo (Dorantes, 1988).

Por todo lo anterior se limitó el número de sujetos a quienes se les aplicó el cuestionario, aspecto que puede influir en los resultados, sin embargo, investigaciones anteriores con mayor población demuestran datos muy similares como se puede observar en las conclusiones.

6.3 SUGERENCIAS

Se sugiere para posteriores investigaciones relacionadas con el SIDA, percepción de riesgo y conductas de alto riesgo, abarcar una población más heterogénea e incrementar el número de sujetos participantes en la investigación, con la finalidad de conocer el estilo de vida llevado por otras poblaciones, evaluar la posible propagación del VIH, lo cual ayudaría a la realización de campañas de prevención eficaces y para toda la población.

También puede ayudar el hecho de reducir el número de preguntas del instrumento, validarlo y confiabilizarlo, con lo cual se puede lograr una mayor cooperación de la población.

En México aún falta educación sexual adecuada, influyendo en una persistente y gran cantidad de mitos y creencias erróneas, respecto a la sexualidad y al SIDA, contribuyendo, por lo tanto, a la propagación de enfermedades sexualmente transmisibles, como es el caso del contagio de VIH; por lo cual resulta necesaria y básica la educación sexual comenzando por la familia, ya que se ha demostrado que la comunicación con los padres influye en el aumento de precepción de riesgo de contagio (Andrade-Palos, Camacho-Valladares y Diaz-Loving, 1992). Pick y Givaudan (1994), encontraron en una investigación realizada en población mexicana representativa de diversos sectores gran disposición y más aún, solicitud de educación sexual en las escuelas; por su parte Pick y Reyes (1994) reportan disponibilidad de los farmacéutas para asistir a cursos e informar a sus clientes sobre el uso adecuado del condón y la prevención del SIDA, aspecto muy importante ya que son una de las fuentes principales de distribución de anticonceptivos; tanto la educación sexual como los cursos a farmacéutas pueden contribuir en gran medida a frenar la extensión de la pandemia de SIDA, por lo tanto deben ser explotados en futuras investigaciones y puestos en marcha en las campañas de prevención.

Existen mitos y creencias que refuerzan culturalmente el incurrir en riesgo, sobre todo en el caso de los hombres, como tener muchas parejas, beber en exceso o no utilizar el condón y algunos o todos desde la infancia se les inculcan a los niños en su propio hogar, jugando un papel importante la educación formal, pero también el ambiente familiar es básico en la formación de la persona (Hildebrand, 1990).

Debido a que actualmente ya existen los mitos y

creencias erróneas, inculcados desde la infancia, resulta necesario atacar los procesos cognitivos con el fin de cambiar conductas (Díaz-Loving, 1993), aspecto interesante a ser investigado actualmente, proponiendo factores cruciales que puedan incluir las campañas preventivas y reducir el número de contagios; como los factores propuestos por Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1994): rasgos de personalidad, género y actividad sexual, valores, fidelidad, moderación, disciplina y autodisciplina, así como valores hedonismo-eróticos.

A pesar de la información que se proporciona por los medios masivos de comunicación, se pudo observar que se desconocen aspectos importantes sobre lo que es el SIDA, como se transmite y como prevenir su contagio. Por lo tanto resulta importante continuar con las campañas de prevención, ya que al parecer para algunos "paso de moda el SIDA", se habla menos de la enfermedad y parece que solo "otros se pueden infectar": las campañas deben incluir, aparte del uso del condón explicar como se usa, ya que se encontró que la mayoría de la población no lo sabe usar, utilizarlo siempre o no servirá de nada usarlo en ocasiones, que el uso de otros anticonceptivos no los previene de un contagio de VIH, ya que el preservativo tiende a utilizarse como método anticonceptivo y no como un preventivo de contagio del virus del SIDA (Díaz Loving, Flores, Rivera, Andrade, Cubas, Ramos, Villagrán, 1991), también deben tomarse en cuenta para futuras campañas factores como el palcer, racionalidad y utilidad del condón, ya que Díaz Loving, Rivers Aragón y Andrade Palos (1994), encontraron una relación de éstos con la intención y uso del condón, dependiendo también del sexo y de relacionarse con parejas regulares o casuales.

Por otra parte es importante explicar qué es el SIDA y enfatizar que no ataca solo a ciertos grupos, que todos estamos expuestos a un posible contagio y mencionar las vías de transmisión, poniendo mayor énfasis en la transmisión perinatal que muchos desconocen, y debido a esto puede incrementarse en los próximos años.

REFERENCIAS

- Alfaro Martínez, L., (1991). Sexualidad y SIDA en el adolescente, Tesis: UNAM.
- Alfaro Martínez, L., Rivera Aragón, S., Díaz Loving, R., (1992). "Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria", La psicología social en México, 4, México: Ampeso.
- Allard, R., (1989). "Beliefs about AIDS as determinants of preventative practices and of support for coercive measures". American Journal of Public Health, 79, 448-52.
- Andrade Palos, P., Camacho Valladares, M., Díaz Loving, R., (1992). "Comunicación con los padres y su relación con conducta sexual y percepción de riesgo de contraer SIDA", La psicología social en México, 4, México: Ampeso.
- Bauman, L. y Siegel, K., (1987). "Misperception among gay men of the risk for aids associated with their sexual behavior". Journal of applied social psychology, 17 (3), 329-350.
- Báyes, R., (1989). "La prevención del SIDA", Cuadernos de salud, 2: 45-55.
- Becker, H. and Joseph, G., (1988). "AIDS and behavioral change to reduce risk: a review". American Journal of Public Health, 78 (4), 394-10.
- Beeson, D., Jane, Z. and Nye, J., (1986). "The social consequences of AIDS antibody testing: coping with stigma". Presented at the annual meeting of the society for the Study of Social Problems, New York.
- Bouton, R., Gallaher, P., Garlinghouse, P., Leal, T., Rosenstein, L., Young, R., (1989). "Demographic variables associated with fear of AIDS and homophobia". Journal of Applied Social Psychology, 885-901.
- Bowens, T., O'gorman, E. and 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.

- Campbell, L., Stewart, A., (1992). "Effects of group membership on perception of risk for AIDS", Psychological reports, 70, 1075-1092.
- Castro-Pérez, R., (1988). "Aspectos psicosociales del SIDA: estigma y prejuicio", Salud pública de México, 30, 4, México.
- Clarke, L., (1985) "The origins of nuclear power: a case institutional conflict". Social Problems, 32, 474-487.
- Cláudio, V., Pereira, M., Robalo, P., Dias, M., Brandao, A., Vasconcelos, P. y Sousa, S., (1994). "AIDS! It's only for other". Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1-11.
- Cleary, P., Rogers, T., Singer, E., Avorn, J., VanDevanter, N., Perry, S. y Pindick, J., (1986). "Health education about AIDS among seropositive blood donors". Education Quartely, 13, 317-329.
- CONASIDA, (1989). El odontólogo frente al SIDA, México: CONASIDA.
- Consejo Nacional de Población (1988). Encuesta nacional sobre sexualidad y familia en Jóvenes de Educación Media Superior. México: Consejo Nacional de Población.
- Conrad, P., (1986). "The social meaning of AIDS", Social Policy, 17 (1), 51-56.
- Cruz Páez, M., (1992). Actitud sexual ante el SIDA, Tesis: UNAM.
- Chan, P., (1992). PSIDA: Un enfoque integral, Argentina: Páidos.
- Daniels, V., (1994). SIDA, México: Manual Moderno.
- Díaz Loving, R., (1993). "Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA", SIDA: Perspectiva psicológica de un problema de salud mundial, México.
- Díaz Loving, R., Flores Galaz, M., Rivera Aragón, S., Andrade Falos, P., Ramos Lira, L., Villagrán Vázquez, G., Cubas Carlin, E., Camacho Valladares, M., Muñiz Campos, A., (1992). "Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios", Investigaciones e innovaciones docentes en psicología, UNAM.

- Díaz Loving, R., Rivera Aragón, S., (1992). "Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios", Investigación psicológica, 2, México.
- Díaz Loving, R., Rivera Aragón, S., (en prensa). "Prevención de contagio de VIH: Aplicación de la teoría de acción razonada a la predicción de uso del condón". Revista Latinoamericana de Psicología.
- Díaz Loving, R., Rivera Aragón, S. y Andrade Palos, P., (1994). "La teoría de la acción razonada en la predicción de uso y petición de uso del condón". La Psicología Social en México, 4, México: Ampeso.
- Díaz Clemente, R., Zorn, J. y Temoshok (1987). "The association of gender, ethnicity and length of residence in the Bay Area adolescents' knowledge and attitudes about acquired immune deficiency syndrome, Journal of applied social psychology, 17, 216-230.
- Dorantes, G., (1988). Cambios en las conductas sexuales de riesgo para la transmisión del SIDA, en un grupo de homosexuales masculinos de la ciudad de México. Tesis: Universidad del Valle de México.
- Dorsch, F., (1985). Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder.
- Durham, J. y Cohem, F., (1992). Pacientes con SIDA: Cuidados de enfermería, México: Manual Moderno.
- Eiff, A. y Gründel, J., (1988). El reto del SIDA: Orientaciones médico-éticas, España: Herder.
- Emmonds, C., Jill, G., Joseph, R., Kessler, C., Wortman, S., Montgomery and Ostrow G., (1986). "Psychosocial predictors of reported behavior change in homosexual men at risk for AIDS". Health education quarterly, 13 (4), 331-45.
- Fishbein, M., and Ajzen, I., (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior, Martin Fishbein (Ed.) Prentice Hall. Inc. Englewood cliffs. N.J.
- Flores Galaz, M. y Díaz Loving, R., (1994). "Locus de control, asertividad y comunicación en la prevención del SIDA". La Psicología Social en México, 4, México: Ampeso.
- Freimunt, V., Edgar, T. y Hammond, S., (1987). "College student's awareness and interpretation of the AIDS risk". Science, technology and human values, 12, 37-40.

- Gaceta CONASIDA (1988). Los heterosexuales y el SIDA, may-jun. (1) 1, 14-15.
- Gaceta CONASIDA (1988). Decreto de creación de CONASIDA, sep-oct. (1) 3, 14-15.
- Gaceta CONASIDA (1988). Otro virus del SIDA, jul-ago. (1) 2, 9.
- Gaceta CONASIDA (1988). SIDA en México, nov-dic. (1) 4, 8-9.
- Gaceta CONASIDA (1988). Aspectos sociales del SIDA, nov-dic. (1) 4, 5-7.
- Gaceta CONASIDA (1988). Mitos y realidades sobre la transmisión del VIH, nov-dic. (1) 4, 3-4.
- Gaceta CONASIDA (1990). ¿Porqué no hay una vacuna contra el SIDA?, ene-feb. (3) 1, 3-6.
- Gaceta CONASIDA (1991). Numerisida, ene-feb. (5) 1, 11.
- García, B. (1986). "El hostigamiento sexual en las mujeres trabajadoras", La Psicología social en México, México: AMPESO.
- García Pelayo y Gross (1976). Diccionario Enciclopédico Larousse, México: Larousse.
- Gómez Vergara, M. y Muñoz Sánchez, M., (1993). Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condón: Percepción de riesgo, Tesis: UNAM.
- Gorzarelli, J., (1993). "Aspectos psicosociales del SIDA en la República de Argentina", SIDA: Perspectiva psicológica de un problema de salud mundial, México.
- Gray, L. y Saracino, M., (1990). "AIDS on campus: preliminar study of college students knowledge and behaviors". Journal of counseling and development, nov-dic, 68 (2) 199-202.
- Hamilton, M., (1988). "Masculine generic terms and misperception of AIDS risk". Journal of Applied Social Psychology, (18) 14, 1222-1240.
- Hein, K. y Foy, T., (1991). SIDA: Verdades en lugar de miedo, México: Promexa.
- Herek, G. y Glunt, E., (1988, november) "An Epidemic of Stigma". Public Reaction to AIDS, 886-890.

- Hernández Robledo, A., Camacho Valladares, M., Moreno Camacho, S. y Andrade Palos, P., (1994). "Atribuciones del contagio del VIH en seropositivos y personas con SIDA". La Psicología Social en México, 4, México: Ampeso.
- Hildebrand, V., (1990). Parenting and teaching young children. Illinois: Glencoe.
- Ishii-Kuntz, M., Whitbeck, L., Simons, R., (1990). "AIDS and Perceived Change in Sexual Practice: An Analysis of a College Student Sample from California and Iowa", Journal of Applied Social Psychology, 16.
- Izazola, J., Valdespino, J., Juárez, L., Mondragón, M. y Sepúlveda, J., (1989). "Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el SIDA. Bases para el diseño de programas educativos". En J. Sepúlveda-Amor, M. Bronfman, G. Ruiz Palacios, E. Stanislawski y J.L. Valdespino (Coord.): SIDA, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jarvaloy, E. (1986). "Actitudes sociales", en Munné, F., Psicología social, Barcelona: CEAC.
- Jhonson, B., (1991). "Risk and culture research", Journal of Cross-Cultural Psychology, 141-149.
- Joseph, J., Montgomery, S., Emmons, C., Kirscht, J., Kessler, R., Ostrow, D., Wortman, C., O'Brien, K., Eller, M. and Eshleman, S., (1987). "Perceived risk of AIDS: assessing the behavioral and psychosocial consequences in a cohort of gay men". Journal of Applied Social Psychology, 17, 231-250.
- Juran, S., (1989). "Sexual behavior changes as a result of a concern about AIDS: gays, straights, females and males". Journal of Psychology and Human Sexuality, (2) 2, 61-77.
- Kahneman, D., and Amos, T., (1982). "The psychology of preferences". Scientific American, 246, 160-72.
- Kahneman, D. and Tversky, A., (1982). "The psychology of references". Scientific American, 246, 160-172.
- Kelaher, M. y Ross, M., (1992). "Sources of bias in perception of HIV risk by injecting drug-users", Psychological reports, 70, 771-774.

- Kelly, J., Lawrence, J., Brasfield, T., Lemke, A., Amidei, T., Roffman, R., Hood, H., Smith, J., Kilgore, H., McNeill Jr. Chip., (1990). "Psychological factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behavior". Journal of consulting and clinical psychology.
- Liguri, A., (1990). "Humanismo y SIDA, una perspectiva feminista", Los universitarios, 3ª época, 7, México: UNAM.
- Llewellyn, D., (1988). Enfermedades de transmisión sexual, México: Grijalbo.
- López Márquez, M., (1990). Actitud del personal de CONASIDA, ante pacientes infectados, Tesis: UNAM.
- López Muñoz, A., (1991). La negación y su relación con el VIH. Tesis: UNAM.
- López Muñoz, A., Villagrán Vázquez, G. y Díaz Loving R., (1994). "Percepción de riesgo, atribución del contagio y aspectos emocionales en relación con el SIDA". La Psicología Social en México, 4, México: Ampeso.
- Macdonald, G. y Smith, C., (1990). "Complacency, risk perception and the problem of HIV education". AIDS care, (2), 1, 63-68.
- Marks, G., Richardson, J., Lochner, T., McGuigan, K., Levine, A., (1988). "Assumed Similarity of attitudes about AIDS among gay and heterosexual Physicians", Journal of Applied Social Psychology, 774-786.
- Martínez, A., Givaudan, M. y Pick, S., (1994). "Curso de educación sexual para padres". La Psicología Social en México, 4, México: Ampeso.
- Masters, W. y Johnson, V., (1987). La sexualidad humana, Barcelona: Grijalbo.
- Mays, V. y Cochran, S., (1988). "Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities by black and Hispanic/Latina Women", American Psychologist, 43 (11), 949-957.
- Miller, D. Forthcoming. "The worried well: Phenomenology, Predictions of Psychological vulnerability and suggestions for management". In AIDS: Etiology, prevention, and treatment, edited by Lydia Temoshok and Andrew Baum. Englewood Cliffs, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Miller, D. y Green, J. (1992). Atención a pacientes de SIDA, México: Manual Moderno.

- Montgomery, J., Emmons, S., Kirscht, C., Kessler, J., Ostrow, R., Wortman, D., O'Brien, C., Eller, K. y Eshelman, M., (1987). "Perceived risk of AIDS: Assessing the behavioral and psychological consequences in a cohort of gay men", Applied social psychology, 170 (3), 231-250.
- Morris and Batchelor, W., (1984). "Responding to the psychological crisis of AIDS public". Health Reports, 99 (1), 4-9.
- Munné, F., (1986). Psicología social, Barcelona: CEAC.
- Ordiozola, U. e Ibáñez, B., (1992). "Actitudes y conducta sexual en estudiantes universitarios". La Psicología social en México, 4, Mexico: AMPESO.
- Orellán Alfaro, G., (1991). Representación social del SIDA en el adolescente, Tesis: UNAM.
- Pepitone, A., (1991), "El mundo de las creencias: Un análisis psicosocial". Psicología social y personalidad, 7, (1), 61-79.
- Peretz, D., (1979). "Development, object-relations, and loss", in Schoenberg, B., Carr, A., Peretz, D. and Kutscher, A., (Eds.), Loss and Grief: Psychological management in medical practice, New York: Columbia University Press, 3-19.
- Pick, S., Díaz Loving, R., Andrade Palos, P. y Atkin, L., (1988). "Adolescentes en la Ciudad de México: Estudio Psicosocial de las prácticas anticonceptivas y embarazos no deseados". Reporte presentado a la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
- Pick, S. y Givaudan, M., (1994). "Las opiniones de la población como apoyo a la educación sexual". La Psicología Social en México, 4, México: Ampeso.
- Pick, S. y López, Al., (1988). ¿Como investigar en ciencias sociales, México: Trillas.
- Pick, S. y Reyes, J., (1994). "Programa de educación para prevención de SIDA dirigido a farmaceutas". La Psicología Social en México, 4, México: Ampeso.
- Pick, S., Reyes, J., Hernández, J.C., Alvarez, M. y Cohen, S., (1992). "The role of pharmacies in STD/AIDS Prevention in Mexico City". Reporte presentado a Family Health International Research Triangle Park, N. C.

- Piña López, J., Márquez Munguía, Y., Bulle-Goyri'Minter, R., (1993). "Comportamiento, SIDA Y sexualidad", SIDA: Perspectiva psicológica de un problema de salud mundial, México.
- Pratkanis, A., Breckler, S and Greenwald, A., (1989). Attitudes structure and fuctions. L.E. Associated Publishers, N. J.
- Price, J., Desmond, S. y Kukulka, G. (1985). "High school students perception and misperception of AIDS". Journal of school heatl, 55, 107-109.
- Prohaska, T., Albrecht, G., Levy, J., Sugrue, N., Kim, J.H., (1990). "Determinants of self-perceived risk for AIDS", Journal of health and social Behavior, 31, 384-394.
- Quadland, M., y Shattls, W., (1987). AIDS sexuality, and sexual control, New York: The Hawort Press, Inc.
- Ramírez González, L., (1989). Actitudes ante la campaña televisiva de prevención del SIDA en una muestra de adolescentes del D.F., Tesis: UNAM.
- Rando, T., (1984), Greif, dyingand death: Clinical interventions for caregivers, Champaign, IL: Research Press.
- Reyes Lagunes, I., (1990) "Actitudes hacia el SIDA en jóvenes universitarios", La Psicología social en México, 3, México: Ampeso.
- Richardson, D., (1991). La mujer y el SIDA, México: Manual Moderno.
- Ríos López, M., (1991) Elementos psicosociales en las actitudes hacia el SIDA, Tesis: UNAM.
- Rivera Aragón, S., Díaz Loving, R. y Cubas Carlin, E., (1994). "Patrones de conducta sexual y anticonceptiva en empleados de gobierno de la ciudad de México". La Psicología Social en México, 4, México: Ampeso.
- Rozenbaun, W., (1985). SIDA: Realidades y fantasmas, México: Eatua.
- Sepúlveda, J., Bronfman, M., Ruiz, G., Stanislawski, E. y Valdespino, J., (1989). SIDA, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de cultura económica.
- Sepúlveda, J. y Rico, B., (1989). "El SIDA en México: una introducción". en Sepúlveda, J. et. al. SIDA, Ciencia y Sociedad en México, México: Fondo de cultura económica.

- Severn, J., (1990). "College students and condoms, AIDS and attitudes". College students journal, sept., 24, (3), 269-306.
- Sherkovin, I., (1985). "Formas masivas de conducta al margen de la colectividad", en Predvechni y cols. Psicologia social, México: Editorial Letras.
- Shoemaker, P., Lasorsa, D. y McAlister, A., (1988). "AIDS related knowledge, attitudes and behavior in Travis County". Texas medicine, 84, 47-49.
- Simkins, L. y Eberhage, M., (1984). "Attitudes toward AIDS, Herpes II and toxic shock syndrome", Psychological Reports, 55, 779-786.
- Simkins, L. and Kushener, A., (1986). "Attitudes towards AIDS, Herpes II, and Toxic shock syndrome: Two years later". Psychological Reports, (59), 883-891.
- SIDA/ETS (1994), Boletín informativo, abril, año 8, núm 4.
- Solomon, M., and William, D., (1989). "Preventing AIDS and other STD through condom promotion: A patient education intervention". American Journal of Public Health, 79 (4), 453-58.
- Sontag, S., (1988). AIDS and it's Metaphors. New York: Farrar, Straus, and Giroux.
- Strunin, L. y Hingson, R., (1987), "SIDA y adolescentes: conocimientos, creencias, actitudes y conductas", Pediatrics, 23 (5), 311-314.
- Tashakkori, A., Thompson, V., (1992) "Predictors of intention to take precautions against AIDS among black college students", Journal of applied social Psychology, 22, 736-753.
- Torres, K., Alfaro Martínez, L., Díaz Loving, R. y Villagrán, Vázquez, G., (1994). "La atribución del origen del SIDA, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio del VIH". La Psicología Social en México, 4, Mexico: Ampeso.
- Van der Valde, F. van der Pligt, J. and Hooykaas, C., (1992). "Risk perception and behavior: Pessimis, realism, and optimism about AIDS-related behavior". Psychology and Health, 6, 23-38.
- Van Der Velde, F., van Der Pligt, J., Hooykaas, C., (1994). "Perceiving AIDS-Related risk: Accuracy as a function of differences in actual risk", Health Psychology, 13, 25-33.

- Vasconcelos, P., Cláudio, V., Gouveia, M., Dias, M., Brandao, A., Robalo, P., Sousa, S., (1994) "I have an AIDS relative... What can I think?", Instituto superior de Psicología aplicada, 1-11.
- Vergara, M. y Muñoz, M., (1993) Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condón: Percepción de riesgo, Tesis: UNAM.
- Villagrán Vázquez, G., (1993) Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón, Tesis: UNAM.
- Villagrán Vázquez, G., Cubas Carlin, E., Díaz Loving, R., Camacho Valladares, M., (1990) "Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes", La Psicología social en México, 3, México: Ampeso.
- Villagrán Vázquez, G. y Díaz Loving, R., (1994). "Control percibido sobre las relaciones interpersonales, valores e inicio a la vida sexual". La Psicología Social en México, 4, México: Ampeso.
- Weinstein, N., (1982). "Unrealistic optimism about susceptibility to health problems". Journal of Behavioral Medicine, 5, 441-460.
- Weinstein, N., (1983). "Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility". Health Psychology, 2 (1), 11-20.
- Weinstein, N., (1988). "The precaution adoption process". Health Psychology, 7 (4), 355-86.
- Williams, L., (1986). "AIDS risk reduction: A community health education intervention for minority high risk group members". Health Education Quarterly, 13 (4), 407-21.

ANEXO

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

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

No. de Cuestionario _____

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

1 2 3 4

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

1. SEXO (1) Masculino (2) Femenino

 5

2. EDAD _____

 6 7

3. ¿ HASTA QUE AÑO DE LA ESCUELA CURSASTE ?

 8

- (1) primaria
- (2) secundaria
- (3) preparatoria
- (4) escuela técnica
- (5) profesional

4. ¿ CUAL ES TU INGRESO MENSUAL ?

 9

- (1) 1 a 2 salarios mínimos
- (2) 3 a 4 salarios mínimos
- (3) 5 a 6 salarios mínimos

5. ¿ ACTUALMENTE ERES : ?

- (1) soltero(a) sin pareja
- (2) soltero(a) con pareja 10 11 12
- (3) casado(a) número 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

6. ¿ CUANTOS HIJOS E HIJAS TIENES ? 13 14
 ----- Hijas
 ----- Hijos 15 16
7. ¿ DONDE NACISTE ? ----- 17 18
8. ¿ CUANTO TIEMPO TIENES VIVIENDO EN EL D.F. ?
 años y meses 19 20 21 22
9. SI HAS VIVIDO AQUI POR MENOS DE UN AÑO ¿ EN DONDE VIVIAS ANTES ? ----- 23 24
10. ¿ ACTUALMENTE TRABAJAS ?
 (1) Si tiempo completo
 (2) Si medio tiempo 25
 (3) No
11. ¿ CUAL ES TU RELIGION ?
 (1) ninguna (pasa a la pregunta 13)
 (2) Católica 26
 (3) Otra -----
 específica
12. ¿ QUE TANTO INFLUYE TU RELIGION EN TU FORMA DE ACTUAR ?
 (3) Mucho
 (2) Regular 27
 (1) Nada
13. 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 28
 (2) Menos de una vez por semana
 (1) Nunca
14. 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 29
 (2) Menos de una vez por semana
 (1) Nunca

15. 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

30

RECUERDA QUE TUS RESPUESTAS SON TOTALMENTE CONFIDENCIALES Y ANONIMAS, POR LO QUE TE PEDIMOS QUE CONTESTES TODAS LAS PREGUNTAS DE MANERA HONESTA Y SINCERA.

16. ¿ HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES ?

- (1) Si
- (2) No (pasa a la pregunta 44)

31

17. ¿ A QUE EDAD TUVISTE TU PRIMERA RELACION SEXUAL ?

_____ (años)

32 33

18. ¿ CON QUIEN TUVISTE TU PRIMERA RELACION SEXUAL ?

- (1) Novio(a)
- (2) Amigo(a)
- (3) Conocido(a)
- (4) Esposo(a)
- (5) Pariente
- (6) Otro _____

especifica

34

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

_____ especifica en días meses o años

35 36 37 38

20. ¿ CUAL ERA EL SEXO DE ESTA PERSONA?

- (1) masculino
- (2) femenino

39

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

_____ número de personas

40 41

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

_____ número de personas

42 43

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

número de personas

44 45

*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.

24. HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES:

46

- (1) Solo con mujeres
(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

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

especifica días meses y años

47 48 49 50 51 52

26. ¿ CON CUANTAS PERSONAS HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ULTIMOS 12 MESES ?

número de personas

53 54

27. ¿ 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

55

28. ¿ ACTUALMENTE TIENES UNA PAREJA SEXUAL REGULAR ?

56

- (1) si (2) no (pasa a la pregunta 42)

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

- (1) masculino (2) Femenino

57

30. ¿ CUANTO TIEMPO LLEVAS CON TU PAREJA SEXUAL REGULAR ?

años y meses 58 59 60 61

31. ¿ CUANTOS AÑOS TIENE TU PAREJA ? ----- (años) 62 63

32. ¿ HASTA QUE AÑO ESTUDIO?

(1) Primaria (4) Profesional 64
(2) Secundaria (5) Posgrado
(3) Preparatoria

33. ¿ VIVEN JUNTOS ? (1) Si (2) No 65

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

(1) Si ¿cuantas? ----- 66 67 68
(2) No
(3) No sé

35. ¿ 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
(3) una o dos veces cada quince días 69
(2) Una o dos veces cada mes
(1) menos de una vez al mes

36. ¿ HAS UTILIZADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO ? 70

(1) Si (2) No (pasa a la pregunta 40)

71 72 73 74 75 76

37. ¿ CUALES ? -----

1

No. de tarjeta

77

No. de Cuestionario

1 2 3 4

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

(3) Siempre

(2) Algunas veces

(1) Nunca (pasa a la pregunta 40)

5

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

(1) mía

(2) de mi pareja

(3) de ambos

6

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

(1) Si ¿Cuántas? _____

(2) No (pasa a la pregunta 44)

7 8 9

41. ¿ EN TOTAL CUANTAS RELACIONES SEXUALES TUVISTE CON ESTA(S) PERSONA(S) EN EL ULTIMO MES ? _____

número de veces 10 11

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

(3) Siempre

(2) Algunas veces

(1) Nunca (pasa a la pregunta 45)

12

43. ¿ DE QUIEN FUE LA IDEA DE USARLO ?

(1) mía

(2) de mi pareja

(3) de ambos

13

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

44. ¿ HAS OIDO HABLAR DEL CONDON O PRESERVATIVO ? 14

(1) Si (2) No (pasa a la pregunta 46)

45. EXPLICA COMO SE USA: 15

- | | SI (2) | NO (1) | |
|--|--------|--------|-----------------------------|
| 46. Los preservativos o condones hacen las relaciones sexuales más placenteras | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> 16 |
| 47. Los preservativos o condones son más apropiado para usar con parejas ocasionales..... | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> 17 |
| 48. El uso de preservativos o condones va en contra de mi religión | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> 18 |
| 49. Los preservativos o condones pueden quedarse dentro de la matriz o el estómago | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> 19 |
| 50. El precio de los preservativos o condones es muy alto para usarlos con frecuencia | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> 20 |
| 51. Los preservativos o condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> 21 |
| 52. Los preservativos o condones son útiles para prevenir el embarazo si se utilizan correctamente .. | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> 22 |
| 53. Los preservativos o condones son más apropiados para usarse con la esposa o pareja habitual..... | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> 23 |
| 54. Los preservativos o condones son fáciles de usar .. | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> 24 |
| 55. Yo aceptaría el uso de preservativo o condón si mi pareja me lo pidiera | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> 25 |
| 56. Los preservativos o condones pueden hacer que el hombre pierda la erección | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> 26 |
| 57. No tener preservativo o condón es una buena razón para rechazar las relaciones sexuales con una pareja ocasional | 2 | 1 | <input type="checkbox"/> 27 |
| | | | <input type="checkbox"/> 28 |
| 58. ¿ EXPLICA QUE ES EL SIDA (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA)? | | | |

59. ¿ CUALES SON LAS PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO DEL SIDA ? 29 30 31

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

- (1) Si
(2) No 32
(3) No sé, no estoy seguro

61. 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 33
(3) No sé, no estoy seguro

62. ¿ HAS CONOCIDO A ALGUIEN CON SIDA ?

- (1) Si
(2) No 34
(3) No sé, no estoy seguro

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)

63. Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA 3 2 1 35
64. Jugar con un niño que tiene SIDA 3 2 1 36
65. Acudir a una clínica dental o de salud en la que se atiende gente con SIDA 3 2 1 37
66. Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA 3 2 1 38
67. Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA, aunque se use preservativo (condón) ... 3 2 1 39
68. Masturbación mutua (estimularse uno al otro para tener un orgasmo) con una pareja ocasional 3 2 1 40
69. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional aunque se use preservativo (condón) ... 3 2 1 41
70. Sexo oral con alguien que no conoces bien 3 2 1 42
71. Tener relaciones sexuales anales sin usar el preservativo (condón) con una pareja ocasional 3 2 1 43

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

72. Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo (condón) 3 2 1 44
73. Usar baños públicos 3 2 1 45
74. Nadar en albercas públicas 3 2 1 46
75. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo (condón)..... 3 2 1 47
76. Inyectarse drogas como heroína o cocaína, etc. 3 2 1 48
77. Usar una jeringa o aguja usada por otra persona sin haberla esterilizado previamente 3 2 1 49
78. Donar sangre 3 2 1 50
79. Recibir una transfusión sanguínea en el hospital 3 2 1 51
80. Tener relaciones sexuales usando el preservativo (condón) con una persona que se inyecta drogas 3 2 1 52
81. Tener relaciones sexuales con muchas personas. 3 2 1 53

54 55

82. ¿ QUE TIPO DE PERSONAS SON MENOS PROBABLES DE CONTAGIARSE DEL SIDA ? (Especifica) _____

83. ¿ CREES QUE UNA PERSONA CON SIDA PUEDE CURARSE ?
- (1) Sí 56
- (2) No
- (3) No sé, no estoy seguro

84. ¿ QUE PIENSAS QUE DEBE HACER UNA PERSONA CON SIDA PARA EVITAR INFECTAR A OTRAS PERSONAS ? 57 58

85. ¿ CONSIDERAS QUE EL SIDA REPRESENTA UNA AMENAZA PARA LA SALUD DE TU COMUNIDAD UNIVERSITARIA ?
- (1) Sí 59
- (2) No

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

- (1) Si
(2) No

60

87. ¿ 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

88. COMPARANDOTE CON OTRAS PERSONAS, PIENSAS QUE TIENES:

- (1) Mayor riesgo de contagiarte de SIDA
(2) Menor riesgo de contagiarte de SIDA

71

89. ¿ QUE HACE QUE TE PERCIBAS CON MAYOR O MENOR RIESGO DE CONTAGIARTE DE SIDA ?

72

90. ¿ QUE TANTO TE PREOCUPA CONTAGIARTE DE SIDA ?

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

73

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

74 75 76

(1) Si ¿ Como ? _____

(2) No _____

(3) No sé, no estoy seguro _____

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

77 78 79 80 81

(1) Si ¿ Cual ? _____

(2) No ¿ Porqué ? _____

(3) No sé, no estoy seguro _____

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

82 83 84 85 86

(1) Si ¿ Cual ? _____

(2) No ¿ Porqué ? _____

No. de tarjeta 0 2
87 88

No. de Cuestionario 1 2 3 4

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

5 6 7 8 9

(1) Si ¿ Cuales ? _____

(2) No ¿ Porqué ? _____

(3) No sé, no estoy seguro _____

95. ¿ HA HABIDO SITUACIONES EN LAS QUE DEBIAS HABERTE PROTEGIDO DEL CONTAGIO DEL SIDA PERO NO LO HICISTE ? 10 11 12

(1) Si ¿Que clase de situaciones? _____

(2) No _____

96. ¿ CREES QUE EL GOBIERNO DEBE TOMAR MEDIDAS PARA PREVENIR QUE EL SIDA SE EXTIENDA ? 13 14 15

(1) Si ¿ Que medidas propones ? _____

(2) No _____

97. ¿ SABES DONDE PUEDEN HACERTE LA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA ? 16 17

(1) Si ¿ Donde ? _____

(2) No _____

98. ¿ TE HAS REALIZADO LA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA ? 18 19

(1) Si ¿ El resultado fué ? (1) Positivo (2) Negativo

(2) No

99. ¿ ESTARIAS DISPUESTO A HACERTE LA PRUEBA ?

(1) Si

(2) No 20

(3) No sé, no estoy seguro

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

(1) Si

(2) No 21

(3) No sé, no estoy seguro

101. ¿ QUE TANTO PREVALECE EL SIDA EN MEXICO ?

(3) Mucho

(2) Algo 22

(1) Nada

107. ¿ CUANDO TE INYECTARON USARON JERINGAS DESECHABLES ?

- (1) Si (pasa a la pregunta 109)
(2) No

43

108. ¿ 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

109. ¿ 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
(1) Nunca (pasa a la pregunta 113)

45

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

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

46

111. ¿ CUANDO TOMAS BEBIDAS ALCOHOLICAS TIENES RELACIONES SEXUALES ?

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

47

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

- (1) Si
(2) No

48

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

49 50 51

(1) Si ¿ Cuales ? -----

(2) No (no respondas las siguientes preguntas. GRACIAS)

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

(1) Si ----- 52 53 54
número de veces

(2) No

115. ¿ CUANDO USAS DROGAS TIENES RELACIONES SEXUALES ?

(3) Siempre
(2) Algunas veces 55
(1) Nunca

GRACIAS