

224
2j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"LA PERSONALIDAD Y SU RELACION CON EL
MIEDO AL SIDA Y A LA INFECCION POR VIH, A
TRAVES DE FACTORES COGNOSCITIVOS EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A ,
KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO



DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON N
ASESOR:
DR. ROLANDO DIAZ LOVING

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS.

A la Maestra Sofia Rivera Aragón, por sus sabios consejos, su invaluable apoyo, comprensión y afecto en la dirección de este trabajo y respecto de mi persona.

¡Mil gracias por todo!

Al Dr. Rolando Díaz-Loving, por su apoyo en la realización de este trabajo, pero sobre todo por alentarme y permitirme un mayor desarrollo profesional.

A los miembros del comité de tesis por sus valiosos comentarios:

Dr. José de Jesús González Nuñez.

Lic. Ma. del Rosario Muñoz Cebada.

Mtra. Gabina Villagrán Vázquez.

A la UNAM, por existir....

Para todos aquellos que han visto su vida
ensombrecida por el fantasma del SIDA.
...para el fantasma que habita en los espejos.

ÍNDICE.

	<u>PÁGINA.</u>
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. El Virus de Inmunodeficiencia Humana y el SIDA: Factores Asociados	5
1.1. Etiología y Epidemiología	5
1.2. SIDA y Sociedad	11
1.2.1. Conocimientos y creencias sobre SIDA	13
1.2.2. Conductas de Riesgo de Infección por VIH	18
1.2.3. Vida sexual y SIDA	24
1.2.3.1. Debut sexual	26
1.2.4. Actitud hacia el condón	29
Capítulo 2. El miedo al SIDA y a la infección por VIH	35
2.1. Una aproximación al concepto de miedo	35
2.2. El miedo y el SIDA	39
2.3. El miedo irracional al SIDA	46
Capítulo 3. La personalidad y el SIDA	50
3.1. Las teorías de la personalidad	51
3.1.2. Las teorías psicosociales de la personalidad	53
3.2. El SIDA y su relación con la personalidad	63

Capítulo 4. Método	67
4.1. Problema de investigación	67
4.1.1. Justificación del problema	67
4.1.2. Planteamiento del problema	69
4.1.3. Objetivos específicos	70
4.2. Variables	71
4.2.1. Tipo de variables	71
4.2.2. Definición de variables	72
4.2.2.1. Definiciones conceptuales de variables	72
4.2.2.2. Definiciones operacionales de variables	75
4.3. Población	77
4.3.1. Sujetos	77
4.3.2. Muestreo	77
4.3.3. Escenario	77
4.4. Tipo de investigación	77
4.5. Diseño de investigación	78
4.6. Descripción de los instrumentos	78
4.6.1. MMPI-2	78
4.6.2. Cuestionario sobre SIDA	84
4.6.3. Cuestionario de miedo al SIDA	85
4.7. Procedimiento	88
4.8. Análisis de resultados	89

Capítulo 5. Resultados	90
5.1. Análisis psicométrico de los instrumentos	90
5.1.1. Escala de miedo	91
5.1.1.1. Validez	91
5.1.1.2. Confiabilidad	95
5.1.2. Cuestionario de SIDA	95
5.1.2.1. Validez de la escala de Actitud hacia el condón	96
5.1.2.2. Confiabilidad de la escala de actitud hacia el condón	97
5.1.3.1. Validez de la escala de conductas de riesgo	98
5.1.3.2. Confiabilidad de la escala de conductas de riesgo	101
5.2. Análisis descriptivo de la muestra final	102
5.2.1. Datos sociodemográficos	102
5.2.2. Vida sexual	104
5.2.3. Normas para los factores de las escalas de miedo y de SIDA	109
5.3. Análisis de varianza de las escalas de miedo y de SIDA con los rasgos de personalidad del MMPI-2, sexo y vida sexual	113
5.3.1. Diferencias por tipo de personalidad y sexo en los factores que conforman la escala de miedo	113
5.3.2. Diferencias por tipo de personalidad y sexo en los factores que conforman la escala de conductas de riesgo de infección por VIH	118
5.3.3. Diferencias por tipo de personalidad y sexo en la escala de actitud hacia el condón	121

5.3.4. Diferencias por tipo de personalidad y sexo en la escala de conocimientos sobre SIDA	123
5.3.5. Diferencias por sexo y debut sexual	124
5.3.5.1. Diferencias entre sexo y debut sexual por la escala de miedo al SIDA	124
5.3.5.2. Diferencias entre sexo y debut sexual por la escala de conductas de riesgo	127
5.3.5.3. Diferencias entre sexo y debut sexual para las escalas de actitud hacia el condón y conocimientos sobre SIDA	129
5.4. Relación entre las escalas (miedo al SIDA, SIDA y MMPI-2)	131
5.4.1. Análisis Intraescalas	131
5.4.1.1. Correlaciones entre los factores que conforman la escala de miedo al SIDA	131
5.4.1.2. Relaciones entre los factores que integran la escala de conductas de riesgo	133
5.4.2. Análisis Interescalas	135
5.4.2.1. Correlaciones entre la escala de miedo al SIDA y las escalas que conforman el MMPI-2	135
5.4.2.2. Correlaciones entre la escala de conductas de riesgo y las escalas que integran el MMPI-2	137
5.4.2.3. Correlación entre las escalas de miedo al SIDA y conductas de riesgo	139
5.4.2.4. Correlaciones entre la escala de actitud hacia el condón con las escalas de MMPI-2, la escala de miedo al SIDA y la escala de conductas de riesgo	140

5.4.2.5. Correlaciones entre la escala de conocimientos sobre SIDA con las escalas de MMPI-2, la escala de miedo al SIDA, la escala de conductas de riesgo y la escala de actitud hacia el condón	142
Capítulo 6. Discusión	145
6.1. Análisis psicométrico de los instrumentos	145
6.1.1. Escala de miedo	145
6.1.2. Cuestionario de SIDA	150
6.1.2.1. Escala de Actitud hacia el condón	150
6.1.2.2. Escala de percepción de conductas de riesgo	151
6.2. Análisis descriptivo de la muestra final	154
6.2.1. Descripción del patrón sexual	154
6.2.2. Normas para los factores de la escala de miedo y de SIDA	156
6.2.2.1. Escala de miedo al SIDA	156
6.2.2.2. Escala de percepción de conductas de riesgo de infectarse de SIDA	158
6.2.2.3. Escala de actitud hacia el condón	161
6.2.2.4. Escala de conocimientos sobre SIDA	161
6.3. Análisis de varianza de las escalas de miedo y SIDA con los rasgos de personalidad, sexo y vida sexual	164
6.3.1. Diferencias en la escala de miedo por tipo de personalidad y sexo	164
6.3.2. Diferencias en la escala de conductas de riesgo por tipo de personalidad y sexo	167
6.3.3. Diferencias en la escala de actitud hacia el condón por tipo de personalidad y sexo	168

6.3.4. Diferencias en la escala de conocimientos sobre SIDA por tipo de personalidad y sexo	168
6.3.5. Diferencias por sexo y debut sexual	169
6.3.5.1. Escala de miedo al SIDA	169
6.3.5.2. Escala de conductas de riesgo	170
6.3.5.3. Escalas de actitud hacia el condón y conocimientos sobre SIDA	170
6.4. Relaciones entre escalas	171
6.4.1. Análisis intraescalas	171
6.4.1.1. Escala de miedo	171
6.4.1.2. Escala de conductas de riesgo	173
6.4.2. Análisis Interestescalas	174
6.4.2.1. Miedo al SIDA en relación con el MMPI-2	174
6.4.2.2. Conductas de riesgo en relación con el MMPI-2	176
6.4.2.3. Relación entre el miedo y la percepción de conductas de riesgo	177
6.4.2.4. Relación entre la actitud hacia el condón con el MMPI-2, el miedo y la percepción de conductas de riesgo	179
6.4.2.5. Relación entre los conocimientos sobre SIDA, el MMPI-2, el miedo, la percepción de conductas de riesgo y la actitud hacia el condón	180
Bibliografía	183
Anexos	195
Anexo 1	196
Anexo 2	198

RESUMEN.

La presente investigación tuvo por objetivo conocer la forma en que se relacionan la personalidad, el miedo al VIH/SIDA y algunos factores cognoscitivos, como los conocimientos sobre SIDA, la percepción de conductas de riesgo y la actitud hacia el condón, en estudiantes universitarios de las carreras de contaduría y administración, hombres y mujeres cuyas edades fluctuaron entre 15 y 39 años, con la finalidad de entender el crecimiento del contagio, así como para sentar las bases teóricas para desarrollar campañas educativas que quizá pudieran ser más eficaces.

Se realizó un estudio exploratorio con 389 sujetos con la finalidad de conocer el comportamiento de los instrumentos aplicados (SIDA: conocimientos, actitud hacia el condón y percepción de conductas de riesgo y miedo), sobre todo el aplicado para medir miedo, ya que es un instrumento nuevo en México, y que permite conocer qué es a lo que se teme con respecto del SIDA. En el estudio final se seleccionaron 150 estudiantes universitarios a quienes se les aplicó el MMPI-2 para medir aspectos relacionados con la personalidad e instrumentos de SIDA y miedo; sin embargo, debido a los criterios de exclusión del MMPI-2 se utilizaron únicamente 131 cuestionarios. Se realizaron análisis de varianza entre las variables medidas para saber si existían diferencias entre grupos y se encontró que hay diferencias significativas respecto de algunas tendencias patológicas de la personalidad, del sexo y el debut sexual, así como respecto de las demás variables medidas. Posteriormente se realizaron correlaciones entre variables y se pudieron observar relaciones significativas entre las variables sobre todo respecto del miedo y la percepción de conductas de riesgo.

Los resultados se discuten en términos de los rasgos asociados a los tipos de personalidad medidas, de la percepción de conductas como más o menos riesgosas y el miedo sentido ante éstas y al tener SIDA, así como desde la perspectiva de algunas formas de prevención como la actitud hacia el condón y los conocimientos sobre SIDA.

INTRODUCCIÓN.

El SIDA, no erróneamente, ha sido llamado el "mal de fin de siglo", y es que sin duda este mal se ha convertido en una pandemia que ha aquejado a muchos países sin hacer distinciones entre razas, ni rangos sociales; México ha sido fuertemente azotado por el VIH. Durante los últimos años el número de casos ha aumentado indiscriminadamente sin respetar sexo o posición social, en este sentido, grupos que anteriormente se decían ajenos al mal, han visto aparecer a miembros de su grupo en los resúmenes epidemiológicos, por ello se torna importante conocer y abordar estudios en los grupos en los que se ha considerado serán afectados por el VIH, como los estudiantes.

El estudio para la prevención del SIDA ha sido abordado desde infinidad de disciplinas profesionales, con la finalidad de encontrar alternativas que permitan detener el curso de la infección; hasta ahora se ha alcanzado un importante nivel de conocimientos sobre la pandemia desde perspectivas químico-biológicas y socioculturales, sin embargo, los resultados no han sido tan determinantes como para cambiar el curso de las estadísticas epidemiológicas.

La investigación social sobre el SIDA ha sido un área muy solícita sobre todo desde el ámbito psicológico. Los psicólogos sociales han abordado el estudio de la percepción y autopercepción de riesgo, de las actitudes y de los conocimientos sobre SIDA, así como de algunas características de personalidad que pongan a la gente en riesgo de infección; en los resultados obtenidos en estas investigaciones el estudio de las emociones siempre se ha citado como un área para posteriores estudios; sobre todo cuando se habla del miedo al SIDA.

Muchos investigadores han considerado que el estudio del miedo podría ser una pieza clave cuando se habla de prevención, sin embargo, se han encontrado resultados poco consistentes en este sentido, ya que algunos autores consideran que el miedo puede generar conductas preventivas, otros han señalado que el miedo puede degenerar en conductas de riesgo, y finalmente hay quienes han señalado que el miedo lejos de generar uno u otro tipo de conductas puede traducirse en apatía e indiferencia; puede suponerse entonces que este tipo de respuestas dadas ante el miedo al SIDA estén relacionadas más íntimamente con los factores como la personalidad y los factores cognoscitivos comúnmente abordados por los investigadores sociales, como los conocimientos, la percepción de conductas de riesgo y la actitud hacia el condón.

Por lo anterior, este estudio pretendió conocer de qué manera interactúan las tendencias a la personalidad patológica, el miedo al VIH/SIDA, la percepción de conductas de riesgo, los conocimientos sobre SIDA y la actitud hacia el condón, con la finalidad de aportar elementos teóricos para elaborar campañas preventivas más eficaces.

La personalidad es un factor indispensable para prevenir la infección por VIH, ya que dependiendo de los rasgos de personalidad se tomarán ciertas actitudes y conductas en relación con el SIDA, ahora bien, la patología en la personalidad podría permitir conocer, a través de los rasgos inherentes a cada grupo criterio, de qué forma se podría incidir para detener la infección o para conocer aquellas tendencias al riesgo.

En cuanto al miedo, en este estudio se intentó conocer qué es a lo que se teme con respecto del SIDA, para, por un lado entender los diferentes hallazgos encontrados en la literatura y para entender que el SIDA es un fenómeno que va a variar en intensidad y magnitud cuando se asocia a diferentes estímulos y características de personalidad. Los resultados obtenidos en este estudio sobre los factores cognoscitivos han venido a reforzar lo que anteriormente se ha encontrado.

Los resultados obtenidos muestran que el miedo al SIDA varía de acuerdo a diferentes perfiles de personalidad y a los diferentes eventos que despiertan temor ante el SIDA. Se observó que sobre todo la Introversión Social, la histeria, la manía y la esquizofrenia son importantes indicadores del temor al SIDA, por otro lado se encontraron importantes diferencias por sexo y debut sexual respecto del miedo y el tipo de personalidad; se observó que la percepción de conductas de riesgo y el miedo ante el SIDA se encuentran fuertemente relacionados sobre todo cuando se hace hincapié en el sexo de los entrevistados así como en el status sexual. Finalmente se encontró que los conocimientos y la actitud hacia el condón si bien no se determinan por el miedo, la personalidad y la percepción de conductas de riesgo, si muestran diferencias importantes por sexo, debut, sexual, rasgos de personalidad y eventos que generan miedo.

Como se podrá observar el presente trabajo hace importantes aportaciones para la prevención del SIDA, así como también plantea nuevas preguntas de investigación con el fin de clarificar la forma en que como población mexicana estamos haciendo frente a la pandemia.

CAPÍTULO 1.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana y el SIDA: Factores asociados.

1.1. Etología y Epidemiología.

En los primeros años de la década de los ochentas se presentaron en Estados Unidos (California y Nueva York) los primeros reportes acerca de enfermedades infecciosas, tumorales y letales, presentando síntomas de inmunodeficiencia en individuos anteriormente sanos; la causa de la inmunodeficiencia era desconocida, y pese a ello el número de casos seguía creciendo. A este complejo de enfermedades se le denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) aún sin conocer el agente causal pero teniendo en cuenta que las personas que lo padecían tenían algunas características comunes: eran adultos jóvenes entre 20 y 40 años, en general varones con prácticas homosexuales o con múltiples parejas sexuales; así como también se encontraron personas adictas a drogas consumidas por vía intravenosa que compartían jeringas; y finalmente personas que habían recibido transfusiones sanguíneas o hemoderivados. Paralelamente se fueron presentando en otros lugares del mundo un número creciente de casos similares, lo que llevó a sospechar acerca de la diseminación y magnitud del fenómeno (Gárau y Martínez 1990).

Con los datos con los que hasta entonces se contaba se hicieron infinidad de investigaciones con el fin de conocer el agente causal de la enfermedad, hasta que en 1983 en el Instituto Pasteur, en París, el doctor Luc Montagnier anunció el descubrimiento de un virus relacionado con linfadenopatía (LAV), por otro lado en

Estados Unidos el Dr. Gallo, del Instituto Nacional del Cáncer, lo denominó Virus Linfotrópico de Células T Humanas tipo 3 (HTLV-3) (Richardson, 1990).

Los virus son organismos vivos diminutos incapaces de autosatisfacer sus necesidades, sus formas de vida son muy elementales, son incapaces de reproducirse, salvo que cuenten con la ayuda de otras células y que puedan vivir dentro de ellas aprovechando sus sistemas enzimáticos y órganos celulares, por ello presenta las tres características de los organismos vivos: reproducción, variación y supervivencia selectiva (Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawsky y Valdespino; 1989).

Es probable que el virus sea originario de África, debido a que se han aislado en este continente 2 tipos de virus familiares al aislado por los doctores Montagnier y Gallo, uno de ellos fue aislado en seres humanos, este produce síntomas similares al virus hallado en E.U.; el otro fue aislado en monos africanos y produce inmunodeficiencia en el mono; así, al virus aislado en París y en E.U. se le denominó entonces Virus de Inmunodeficiencia Humana-1 (VIH-1) (Garau y Martínez, 1990).

Se observó que el VIH es un retrovirus que se instala, generalmente, en un grupo celular sanguíneo denominado linfocitos o células T del sistema inmunológico del organismo, el VIH utiliza la información genética (ADN) de la célula para su reproducción, el virus transforma su ARN en ADN (transcripción reversa), (Stanislawsky, 1989). El VIH se introduce en los glóbulos blancos impidiendo que cumplan su función auxiliadora del sistema de defensas debido a que el virus, a través del método reproductivo de replicación, introduce su código genético al del linfocito T, entonces cuando una célula infectada se reproduce, transmite también el código genético del VIH a la nueva célula, así mismo, algunos virus liberados de la célula infectada se dirigen hacia células sanas infectándolas también. Como el material genético de estas células es diferente del de las células sanas se entabla una lucha por parte del sistema inmunológico con el fin de exterminar a los cuerpos extraños sin saber que realmente ataca y fulmina a sus propias células; se observa entonces que

se trata de un padecimiento permanente y progresivo hacia otras partes del organismo hasta cubrirlo, ocasionando que la persona infectada no pueda enfrentar con éxito infecciones y algunos tipos de cáncer, siendo éstos la causa directa de la muerte (O.M.S. 1989).

Hasta hace muy poco tiempo se creía que el virus del SIDA vivía dentro de las células del organismo de manera latente o de inactividad durante un período prolongado de tiempo, 5 o 10 años en muchos de los casos, no obstante, investigaciones recientes han demostrado que desde el momento en que el virus penetra en el organismo actúa como se ha descrito, infectando células sanas; sin embargo, el cuerpo infectado tiene suficiente fuerza y potencia como para atacar al agente extraño, se observó que el sistema inmunológico se encuentra en lucha constante durante el tiempo que se creía que el virus estaba inactivo, para cuando la persona infectada adquiere SIDA, se dice que el sistema inmunológico está en decadencia y ha perdido la batalla (La Jornada, julio de 1995).

Desde que una persona tiene contacto con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana hasta que se presenta la sintomatología asociada se dice que el sujeto es seropositivo a VIH y desde ese momento es un sujeto con posibilidades de contagiar a otros. En algunos sujetos pasado un tiempo de haberse contagiado, se presentan algunos síntomas como inflamación de los ganglios linfáticos, sudoración nocturna, fiebre y diarrea persistente, pérdida de peso, candidiasis bucal, entre otros; a este conjunto de síntomas se le denomina Complejo Relacionado al SIDA, ya que suelen presentarse con diversos niveles de gravedad y de manera intermitente. La manifestación final de la infección viral es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que se caracteriza por la presencia de diversas infecciones y diferentes tipos de cáncer cuando el organismo está severamente dañado y termina inevitablemente con la muerte (O.M.S., 1989).

Después de quince años de tener conocimiento sobre los primeros casos de SIDA se conocen los medios de transmisión del virus, así como las medidas preventivas más eficaces con el fin de detener el crecimiento de la infección. El VIH no se transmite por contacto cotidiano con personas infectadas, ni por conductas de la vida común, el virus es muy frágil y de fácil destrucción fuera del cuerpo, no puede diseminarse por el aire o contacto social casual.

Los fluidos corporales poseen grandes cantidades de glóbulos blancos, por lo que son los mejores vehículos portadores del virus, sin embargo, en la saliva, las lágrimas, el sudor, la orina, entre otros, el virus se encuentra fuera de la célula, y en concentraciones bajas, siendo por ello agentes con bajas probabilidades de infección (Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawsky y Valdespino; 1989).

Las vías de transmisión documentadas son tres:

1.- Contacto con fluidos sexuales (semen y fluidos vaginales) de personas infectadas: puede ser de hombre a hombre, de hombre a mujer, de mujer a hombre, y probablemente de mujer a mujer.

2.- Contacto con sangre infectada y hemoderivados: por medio de transfusión, cuando la sangre no es segura o con objetos punzocortantes (p.e. agujas) contaminados.

3.- Vía perinatal: a través de una madre infectada a su hijo, por la placenta, ya sea durante el embarazo o el parto.

La prevención del VIH se encuentra perfectamente ligada a la modificación del comportamiento por parte de los individuos respecto de las prácticas de riesgo; así las formas de prevención más eficaces son la abstinencia sexual, el uso del condón, el sexo seguro, las relaciones sexuales monógamas, evitar compartir objetos

punzocortantes, en caso de transfusión sanguínea o hemoderivados verificar que no estén infectados y evitar los embarazos en el caso de las mujeres portadoras del virus.

El SIDA se ha perfilado como un serio problema de salud mundial, debido a que en la actualidad no se ha encontrado una cura definitiva; incansablemente, los investigadores se han dado a la tarea de encontrar una vacuna eficaz contra la infección con el fin de erradicar al VIH, sin embargo, no se ha tenido éxito en tal empresa debido, entre otras cosas, a que el virus puede permanecer indetectable dentro de las células infectadas, porque falta un modelo de experimentación animal, por el carácter mutante del virus y porque se observan dificultades de carácter ético con respecto de los ensayos clínicos y de los voluntarios; de esta forma se cuenta con algunas alternativas terapéuticas, sin embargo, ninguna de ellas logra erradicar el virus del organismo; el AZT (azidotimidina) es una de las alternativas con mayor viabilidad pero representa a su vez un serio problema por los efectos secundarios que genera en quien consume este medicamento (Garau y Martínez, 1990).

Al inicio de la pandemia se creía que el SIDA era una enfermedad propia de homosexuales por lo que se le llamó "enfermedad rosa", de adictos a drogas por vía intravenosa o de personas con vida sexual promiscua, lo que en buena medida acentuó una serie de estigmas sociales, como la homofobia; así el SIDA se interpretó como una enfermedad mortal que predominó en grupos que ya eran objetos de prejuicios, a quienes se les denominó "grupos de riesgo" (Herek y Glunt, 1988), sin embargo, los casos se fueron presentando en otros grupos poblacionales lo que permitió observar que era una enfermedad de conductas de riesgo y no de grupos de riesgo.

En México, en el año de 1983, las autoridades sanitarias detectan a pacientes extranjeros con sintomatología similar a la reportada por instituciones de Estados Unidos (Sepúlveda, Bronfam, Ruiz, Stanislawsky y Valdespino; 1989). Para 1985 considerando las formas de detección sugeridas por aquel país se registraron 113

casos seropositivos. En 1986, se reforma la ley sanitaria que regula el uso de sangre y hemoderivados y ante la creciente necesidad en México de evaluar el curso de la infección, así como para establecer criterios de diagnóstico, prevención y control de la enfermedad se creó, en 1988, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), desde entonces el SIDA es uno de los problemas de salud prioritarios en México, por ello la notificación de los casos tiene un carácter de obligatorio, así como la información acerca de cual fue la vía de infección, con fines epidemiológicos y que han servido para crear estrategias preventivas (Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawsky y Valdespino; 1989).

En nuestro país, la epidemia del SIDA se ha manifestado a través de tres tipos de tendencias diferentes, hasta finales de 1986 el incremento fue particularmente lento, de 1987 a 1990 el crecimiento siguió un sentido exponencial con un período de duplicación promedio de 7.7 meses (Boletín de la oficina sanitaria panamericana, 1988), y a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado (CONASIDA, 1995).

En los estudios epidemiológicos se muestran datos que señalan que la población infectada en México va en aumento, hasta junio de 1995 se habían reportado 22,055 casos de SIDA, sin embargo, se estima que el número real de casos asciende a 31,900 considerando aquellos que tardan en notificarse y aquellos que no se notifican, lo que en promedio significa un total de 9 casos diarios, con 263 durante el último mes, de los cuales el 92.4% responden a infección por vía sexual siendo el género masculino el más afectado, en donde 38.6% tienen preferencia homosexual, el 27.4% bisexual, y el 22.8% heterosexual; respecto de las mujeres el 68.7% son heterosexuales y el resto de ellas se han infectado a través de contacto sanguíneo; para grupos de edad se observa hasta 1995 que la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años, de ellos el 88.5% correspondió a adultos de género masculino, porcentaje seis veces mayor comparado con el género femenino, sin embargo, la proporción de infectados en otros grupos poblacionales ha ido en aumento; por ocupación se encontró que la tasa más alta de infección tuvo lugar

en trabajadores de servicios públicos, en segundo lugar se encuentran los denominados trabajadores del arte y los espectáculos, los profesionistas ocupan el tercer lugar y finalmente aunque en crecimiento se ubicaron los trabajadores domésticos, las personas dedicadas al hogar y en especial la población estudiantil (CONASIDA, 1995).

1.2. SIDA y Sociedad.

Actualmente la cantidad de investigaciones que se han desarrollado sobre SIDA desde la perspectiva etiológica, epidemiológica, bioquímica, médica, cognoscitiva, entre otras, son innumerables; sin embargo, hasta el momento la enfermedad denominada como "el mal de fin de siglo" sigue siendo incurable y mortal, por ello es importante considerar el papel de las disciplinas sociales, sobre todo la psicología debido a la importancia de determinadas conductas como vías de infección, así como la modificación de conductas como medidas preventivas; con el fin de entender la forma en que las comunidades están enfrentándose con el proceso de salud-enfermedad, así, debe estudiarse al individuo dentro del contexto en el que se desenvuelve sin perder de vista al grupo social del que forman parte, actitudes, comportamientos, expectativas, conductas respecto del SIDA, así como conocer y comprender los factores que motivan, mantienen, modifican y se asocian a estas conductas.

A pesar de que el género humano en su totalidad es el principal grupo de riesgo, desde que el SIDA hizo su aparición, se han relacionado directamente con el síndrome a algunos grupos como el homosexual y el de usuarios de drogas; sin embargo, como ya se explicó, no se trata de grupos de riesgo sino de conductas de riesgo, así entonces, resulta de importancia estudiar estas conductas de riesgo, la actitud ante conductas preventivas y los factores cognoscitivos y emocionales asociados para diversos grupos de la población con el fin de poder actuar de manera preventiva en ellos, y más aún considerando aquellos grupos que observan como se eleva su tasa de infección, lo

que de manera indirecta evalúa que las campañas preventivas no han tenido el impacto deseado, tal vez porque las campañas están centradas en otorgar información sobre medidas preventivas, incluso haciendo evaluaciones de tipo moral, que no necesariamente son valores jerárquicamente sobresalientes para quien las recibe, y dirigidas a la población en extenso, sin hacer distinciones entre los receptores de la información en quien se desea incidir, y así, debido a la generalidad sin tomar en cuenta las características del receptor, el impacto que se esperaría no existe (Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán, 1994). A este respecto Díaz-Loving y Rivera (1992) señalan que dependiendo del grupo al que pertenecen los individuos se manejan diferentes procesos relacionados con el contagio del virus del SIDA debido al sexo, edad, situación social y sexual, que generan conductas de riesgo o de prevención ante la enfermedad; y como señala Magaña, Ferreira-Pinto, Blair y Mata (1992) los métodos educativos deben adaptarse a los valores, conceptos y niveles educativos de quien recibe la educación.

En México se han elaborado gran cantidad de estudios (Alfaro, 1991, 1995; Díaz-Loving y Rivera, 1992; Ramos, 1992; Sepúlveda, Valdespino, García, Izazola y Rico, 1988; Villagrán, Díaz-Loving y Camacho; 1992, 1993, 1994; entre otros) considerando a la población estudiantil como un grupo digno de especial atención debido al inicio de la actividad sexual, porque al considerarse el período entre la infección y la adquisición del SIDA en las personas infectadas, se puede inferir que el contagio pudo darse durante los años llamados universitarios; ante esto González-Block, Liguori y Bazúa (1990) señalan que los estudiantes, a largo plazo, serán un grupo altamente afectado por el SIDA.

Es importante ahora abordar el estudio de algunos factores psicosociales asociados con la infección por VIH, como los Conocimientos y las Creencias, las Conductas de Riesgo, la actitud hacia el condón y los algunos aspectos de la Vida Sexual en estudiantes universitarios.

1.2.1. Conocimientos y creencias sobre SIDA.

Por conocimientos se entiende la información organizada que las personas poseen sobre algún tema o sobre un conjunto de temas; se dice que el conocimiento debería estar cercano a la objetividad, a la información documentada (Pepitone, 1991).

Las creencias son anteriores a las actitudes, es información acerca de un objeto psicológico, en donde la información proviene de otros individuos, de la experiencia directa o de inferencias que el sujeto hace acerca del objeto (Pratkanis, Breckler y Greenwald; 1989). Para Pepitone (1991) las creencias son conceptos normativos creados y enraizados en los grupos culturales que representan lo que existe para el individuo más allá de su percepción directa. Jodelet (1990) señala que la cultura juega un papel importante en la definición de las creencias, les da una estructura lógica y una coherencia interna que permiten organizar enunciados no verificados.

Además de lo mencionado, las creencias se diferencian de los conocimientos por su componente evaluativo y por tener varias funciones psicológicas como el proporcionar apoyo emocional, control cognoscitivo, regulación moral y dan una identidad grupal (Ramos, Díaz-Loving, Saldivar y Martínez 1992). Así mismo Ramos, Díaz-Loving, Saldivar y Martínez (1992) señalan que las creencias se clasifican de acuerdo con el objeto psicológico, como las enfermedades y en especial el SIDA.

Con respecto del SIDA las creencias juegan un papel de protección acentuando entre otras cosas, la "irresponsabilidad sexual", diversas investigaciones apoyan la relación existente entre el SIDA y las creencias de tipo moral así como las actitudes negativas hacia grupos de homosexuales y prostitutas (Villagrán y Díaz-Loving, 1992; Ramos, Díaz-Loving, Saldivar y Martínez, 1992; Pryor, Reeder, Vinacco y Kott, 1989).

Se ha señalado (Ramos, Díaz-Loving, Saldivar y Martínez, 1992) que las creencias erróneas llevan a conductas erróneas, entonces se esperaría que ante conocimientos correctos se adquirieran conductas eficaces ante el contagio de VIH, sin embargo, en investigaciones realizadas en México se ha encontrado que la población tiene los conocimientos adecuados sobre SIDA, pese a ello éstos no se reflejan en sus propias conductas preventivas (Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda, 1989; Villagrán 1993), debido a que sus conocimientos son demasiado generales, alejados de conductas particulares que son esenciales para la población sobre todo por no percibirse como parte de los grupos estigmatizados como de alto riesgo.

De igual forma se ha encontrado que la información es necesaria más no suficiente para hacer cambios en la emisión de conductas preventivas (Alfaro, 1991; Bayés, 1989; Díaz-Loving, 1994; Villagrán y Díaz-Loving, 1992 y Toennies, Zagumny, Sorokin y Tesch, 1994), se ha observado que la sola información no produce cambios en la conducta; se ha referido que el comportamiento humano no sigue reglas lógicas, sino que tiene sus propias reglas marcadas en gran parte por el pasado evolutivo de la especie.

En investigaciones realizadas se ha encontrado de manera contrastante que la población general tiene conocimientos acerca de la enfermedad y sobre todo que la población estudiantil universitaria cuenta con un alto nivel de conocimientos, por encima de cualquier otro grupo poblacional, como sus formas de transmisión y prevención debido a que tienen más acceso a la información, sin embargo, se ha observado también que estos conocimientos no se aplican en sus prácticas sexuales (Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawsky y Valdespino; 1989), por lo que incurren en prácticas de alto riesgo; bajo el mismo criterio Alfaro (1991) señala que a pesar de que los estudiantes tienen conocimientos adecuados sobre el SIDA, no los aplican de manera adecuada a sus conductas, sobre todo las sexuales porque no valoran las consecuencias de su comportamiento, pudiendo considerar a estas prácticas sexuales como de alto riesgo.

DiClemente, Zorn y Temoshok (1987) encontraron que poblaciones adolescentes conocían cuáles eran las formas de transmisión (vía sexual 92%, agujas contaminadas 81%, por transfusiones sanguíneas 84%), sin embargo, 40% de ellos estaban inseguros con respecto de que el uso del condón era una medida preventiva para el riesgo de contagio, hallazgos similares fueron encontrados por Mio y Applebaum (1990).

En México, Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawsky, Valdespino (1989), encontraron que los estudiantes de entre 18 y 29 años tenían un adecuado conocimiento en torno a algunos aspectos de la enfermedad, señaló que el 90% sabe cuál es el agente causal, 76% sabía que es una enfermedad prevenible, 54% aseguró que es una enfermedad que puede afectar a cualquiera, 41% señala que es un tipo de cáncer y similar porcentaje refiere que se trata de una enfermedad de homosexuales. El 87% de los sujetos conocía del hasta entonces considerado período de incubación, manifestaron que algunos de los síntomas del SIDA son pérdida de peso (76%), fiebre continua (53%), diarrea persistente (42%), e inflamación de ganglios (40%). 76% de los entrevistados refirió que el SIDA es una enfermedad mortal. Acerca de las medidas preventivas, señalaron que el no tener relaciones sexuales con personas infectadas es preventivo (98%), evitar tener relaciones sexuales con personas recién conocidas (89%), uso del condón durante las relaciones sexuales (74%), 97% sabe que no debe utilizar jeringas sin esterilizar, finalmente, el 96% consideró importante la realización de la prueba de detección de VIH en la sangre como medida útil. Respecto de los mecanismos de transmisión encontraron que el 99% señaló al contacto sexual, 92% refirió que se trataba de sangre infectada, el 92% por vía perinatal, y 91% por agujas o jeringas sin esterilizar. Sin embargo, también señalaron como vías de infección al uso de baños públicos (28%), contacto casual (24%), uso de albercas (23%), piquetes de insectos (23%).

Creencias similares fueron halladas por Tashima, Market, Madrigal, O'Connor y Mata (1987) en un grupo de refugiados costarricenses. Strunin y Hingson (1987) encontraron que estudiantes adolescentes no sabían que el VIH se transmite por contactos heterosexuales y por medio de fluidos vaginales, pero mencionaron que se podían infectar a través de utensilios de cocina y por besar a alguien a través de la saliva.

Alfaro (1991) en un estudio realizado en adolescentes preparatorianos encontró que la mayoría de ellos tiene conocimientos incorrectos acerca de la etiología del virus y del proceso de infección, sin embargo, manifestaron altos conocimientos sobre la sintomatología del SIDA, las formas de transmisión y las medidas preventivas, observó que aquellos jóvenes que se han iniciado sexualmente tienen más conocimientos sobre la enfermedad, las mujeres muestran mayores conocimientos sobre SIDA que los hombres, a mayor edad mayor nivel de conocimientos; de la misma forma, el 51% considera que la información que han recibido sobre SIDA les ha ayudado a cambiar su conducta sexual; finalmente encontró que a mayor conocimiento hay una actitud más favorable hacia el sexo seguro y el uso del condón.

Un estudio realizado por Villagrán y Díaz-Loving, (1992) con estudiantes universitarios señala que la información que manejan no es suficiente, porque desconocen la fase asintomática del padecimiento, ignoran que un enfermo asintomático puede ser transmisor del virus, y más del 10% ignoran que es una enfermedad incurable. Al cuestionarles ¿qué es el SIDA? 11% consideraron que se trata de una enfermedad que se da en ciertas personas por algunas prácticas, 74.7% dijeron que es una enfermedad venérea mortal, contagiosa e infecciosa o que es una enfermedad que se adquiere por un virus que debilita las defensas, y sólo el 14.4% dijeron que se trata de un síndrome producido por un virus que debilita las defensas y hace más vulnerable a las personas a las enfermedades.

Ramos, Díaz-Loving, Saldivar y Martínez (1992) preguntó a estudiantes universitarios ¿qué es el SIDA?, a lo que respondieron el 54% que es una enfermedad de tipo

venérea y mortal, así como que se trata de un virus que ataca a las defensas del organismo; el 18% dio una explicación más específica y adecuada, y el 7% dio explicaciones dirigidas a definir las formas de transmisión o a los grupos llamados de alto riesgo, el 93% mencionó la infección por vía sexual, el 81% se refirió a las transfusiones de sangre y a la infección con agujas, y el 15% habló de la infección perinatal; encontraron que la población desconocía el período llamado entonces de incubación. El 35% de los sujetos entrevistados no consideran el origen viral del padecimiento ni a la inmunodeficiencia como inherente al SIDA

Posteriormente Villagrán (1993), encontró que los estudiantes cuentan con un importante nivel de conocimientos sobre SIDA, formas de transmisión y prevención del VIH, sintomatología asociada, encontró diferencias por estatus sexual, en donde los sujetos iniciados sexualmente tienen más conocimientos sobre SIDA.

Winslow, Rumbut, Hwang (1989) menciona que el tener conocimientos sobre SIDA ha funcionado en poblaciones homosexuales, con el fin de evitar las conductas de riesgo, sin embargo, esta situación no se ha replicado para poblaciones heterosexualmente activas.

Fineberg (1988), cuestiona que el dar información sobre SIDA le permita al sujeto aprender y retener información y que consecuentemente practique conductas preventivas, Gerrard, et. al. (1991) refiere que una buena forma de abordar este cambio conductual podría ser a través de las emociones, por ejemplo la orientación emocional que se tenga sobre los conocimientos recibidos, las conductas que se realizan respecto del SIDA y las actitudes ante éste.

1.2.2. Conductas de Riesgo de infección por VIH.

Como se ha mencionado, el SIDA es una enfermedad asociada a conductas, que se han denominado conductas de riesgo, ante esto se ha sugerido que riesgo es la probabilidad de algún evento futuro en el cual la certeza de un resultado es desconocida (Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim; 1990), así entonces, las conductas de riesgo son actividades que realizan las personas y que las ponen en riesgo de infección por VIH, que se relacionan con actividad sexual, uso de objetos punzocortantes y contacto con sangre infectada; son conductas que de acuerdo con su naturaleza pueden subdividirse en conductas de alto, mediano y bajo riesgo, sin embargo, se ha referido también que esto es solo un juego de palabras que le permite al individuo jugar con la opción de no infectarse (AIDSCOM, 1990).

El modelo de acción razonada de Fishbein y Ajzen (1980) habla de la importancia de predecir y entender la conducta para la solución de problemas y para la toma de decisiones, así entonces, consideran que los seres humanos son usualmente racionales por lo que hacen uso sistemático de la información con la que cuentan respecto de lo que hay que decidir, y que la gente evalúa los posibles resultados de su conducta antes de realizarla. Kelly, Lawrence y Brasfield (1990) encontraron tres variables predictoras de conductas de riesgo de adquirir VIH: la estimación del riesgo, la aceptabilidad social del uso del condón y el conocimiento de las conductas de riesgo; así mismo encontró que aquellas personas con puntajes menores en la escala de conocimientos y con menor aceptabilidad social del uso del condón presentaban mayores conductas de riesgo. Sin embargo, hay gran diversidad de estudios que indican que mucha gente sigue incurriendo indiscriminadamente en estas conductas de riesgo, a pesar de que se tengan los conocimientos suficientes sobre la enfermedad, por ejemplo Emmons, Kerscht, Kesler, Ostrow, Wortman, O'Brien y Eshleman (1987) señalan la inconsistencia entre el saber que el cigarro produce enfermedades pulmonares y el acto de fumar, bajo el mismo criterio Strunin y Hingson (1987) señalan que las conductas preventivas no necesariamente son producto de los conocimientos,

así señalan que un grupo de estudiantes sexualmente activos modificaron su conducta sexual con el fin de evitar el contagio por VIH, sin embargo, sólo el 20% lo hizo por medio de conductas eficaces.

Dentro del mismo modelo se han considerado las creencias y la evaluación de los resultados de una conducta (actitudes), lo que el grupo cree acerca de la conducta (norma subjetiva), la motivación para complacer a los miembros de su grupo, así como la intención para realizar la conducta como las variables predictoras de la conducta saludable. En este sentido, Díaz-Loving, Rivera y Andrade (1994) y Alfaro (1995) encontraron que el mejor predictor de conductas es la intención conductual y que las normas y actitudes predicen mejor la intención que la conducta.

El modelo de creencia en la salud de Janz y Becker (1984), señala que la emisión de una conducta saludable está determinada por seis variables psicológicas: percepción de riesgo de desarrollar la enfermedad, los beneficios y las barreras que genera el realizar determinada conducta, las claves de acción para realizar la conducta, el valor dado a la salud, el locus de control y la posibilidad de enfermar; utilizando este modelo Conner y Norman (1992) y Arauzo, Blancky Bermúdez (1992) encontraron que la mejor manera de prevenir la salud es alertar a las personas para conocer los factores de riesgo en su estilo de vida y dirigir su atención a aquellas conductas riesgosas con el fin de que las perciban como tales, con el fin de ofrecer alternativas preventivas individuales, sin embargo, no cualquier persona sigue estas sugerencias, es decir, que las decisiones individuales siguen una particular conducta donde participan variables psicológicas que se relacionan con la personalidad.

La percepción de riesgo es una representación cognitiva de eventos que capta la persona en el medio ambiente y que le resultan significativamente amenazantes (Johnson, 1991). Fischhoff y Linchtenstein, (1982) afirman que el juicio es la base de la percepción de riesgo puesto que en raras ocasiones las personas evalúan los riesgos con base en las estadísticas; en la mayoría de los casos las inferencias son realizadas

por la información que tienen en cuanto a lo que han escuchado u observado acerca del riesgo en cuestión, de esta manera la percepción de riesgo está estrechamente ligada con los conocimientos y creencias que se tienen sobre la enfermedad. Janz y Becker (1984) plantean que los individuos modificarán su conducta si tienen conocimiento de la enfermedad, de sus formas de transmisión, creen que sus efectos son severos y que además ellos son susceptibles a ella. Estudios realizados por López, Villagrán y Díaz-Loving (1994) y Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán (1994) señalan que a pesar de que han pasado muchos años del inicio de la pandemia del SIDA, aún se cree que son grupos y no prácticas lo que pone en riesgo de adquirir la enfermedad.

Coates (1992) menciona que el modelo ARRM (AIDS Risk Reduction Model) va más allá que otros modelos al partir de que para poder prevenir la enfermedad los sujetos deben percibir que su conducta los coloca en riesgo de contraer la infección, tomar una decisión firme para operar cambios en su conducta considerando los beneficios que se obtendrían a cambio del sacrificio y ejecutar la acción.

La única manera de evitar que el SIDA siga expandiéndose es evitar que las personas incurran en conductas de riesgo, entonces deben entenderse los determinantes de las conductas de riesgo y de las conductas de prevención; por ejemplo, Ishii, Whitbeck y Simons (1990), señalan que los cambios en las prácticas sexuales son más probables cuando los estudiantes tienen más certeza acerca de la transmisión del virus y mayor interés sobre SIDA, así, una mayor permisividad sexual extramarital, mejores actitudes hacia la homosexualidad, definición en la orientación sexual, monogamia y la percepción objetiva del SIDA como un problema de tipo sexual, proporcionan certeza acerca de la transmisión sexual del virus, incrementa el uso del condón y el interés por el SIDA, los individuos tienen mayores probabilidades de cambio en sus prácticas de riesgo si perciben el costo de la posibilidad de adquirir SIDA como mayor a los beneficios que otorga la conducta riesgosa, sin embargo, la certeza acerca de la transmisión sexual del VIH no implica que los sujetos usarán el condón, sino más bien

lo harán algunos aspectos emocionales relacionados; en este sentido Carroll (1988) encontró un decremento en el coito como resultado del miedo al SIDA, en estudiantes universitarios homosexuales, pese a ello, McKusick (1985, citado en Ishii, et. al., 1990) observó que los hombres homosexuales no monógamos redujeron sustancialmente sus conductas sexuales de alto riesgo, pero no las conductas de bajo riesgo, y los sujetos monógamos no modificaron sus conductas. Bajo el mismo criterio Toennies, Zagumny, Sorokin y Tesch (1994) refiere que cada grupo de personas definirá y cambiará determinadas conductas de riesgo de acuerdo con la evaluación de las ganancias y las pérdidas que implique este cambio, por ejemplo, un grupo de usuarios de drogas, hizo modificaciones en su conducta sexual de riesgo, sin embargo no cambió la conducta de drogarse, porque la percibían como menos riesgosa, y porque perderían las ganancias que les da tal acción. Branden (1991) realizó una investigación y los hallazgos que encontró muestran que para considerar aspectos inherentes a los riesgos, deben considerarse aspectos culturales, con el fin de encontrar similitudes y diferencias en una misma cultura, qué es un riesgo y como se responde a él es una pregunta de no fácil respuesta. Ante esto Sabogal, Sandlin, Reyes, Aguirre, Bregman y Lemp (1992) menciona que a cada subgrupo de la cultura le demandan comportamientos muchas veces contradictorios, como la promiscuidad sexual en hombres mexicanos, lo que les genera tensiones psicosociales que pueden afectar la integración, la adaptación al ambiente y los comportamientos de riesgo al VIH.

En un estudio realizado por Ramos, Díaz-Loving, Saldivar y Martínez en 1992, utilizó una escala de conductas de riesgo, con el fin de ver qué tan riesgosas se perciben determinadas conductas, encontró 4 dimensiones, que consideran prácticas sexuales diversas como masturbación, y sexo oral con parejas ocasionales; la siguiente dimensión habla del riesgo que implica inyectarse drogas, donar y recibir sangre, así como tener relaciones sexuales con un usuario de drogas intravenosas, la siguiente habla del uso de baños y albercas públicas y finalmente acudir a una clínica en la que se atiende a gente con SIDA y besarse en la boca con alguien que tiene SIDA. Se observó que los sujetos que habían tenido relaciones sexuales percibieron más riesgo

en entablar algún tipo de práctica sexual con una pareja ocasional, en actividades relacionadas con el uso de drogas, en usar baños y albercas públicas y en asistir a clínicas en donde atienden a gente con SIDA, o besarse en la boca con alguien infectado. Es importante destacar que existen creencias que estigmatizan a los pacientes con SIDA al observar el riesgo percibido en el uso de albercas y baños; creencias equivocadas como éstas aleja de la percepción de riesgo real, así como de la posible emisión de conductas preventivas eficaces.

Alfaro (1995) realizó un estudio con estudiantes y encontró que la percepción de conductas de riesgo se encuentra fuertemente relacionada con creencias normativas acerca de lo que los padres o amigos piensan sobre esas conductas o acerca de que él realice esas conductas; con la norma subjetiva, es decir con las presiones sociales que indican que debería o no realizar alguna conducta de riesgo; y con las actitudes emocionales de tipo hedónico.

Lynn, Matthew, Sorokin y Zagumny (1994) realizaron un estudio con estudiantes que reportaban altos niveles de estrés, por lo que recurrían a usar drogas intravenosas, respecto de la posibilidad de adquirir VIH a través de sangre, con la finalidad de que evaluar la peligrosidad de su conducta, sin embargo, señalaron como más riesgosa a la actividad sexual porque les resultaba amenazante darse cuenta de que ellos incurrieran en conductas de riesgo, y entonces era mejor colocar el riesgo en otras conductas.

Las prácticas sexuales son consideradas particularmente de alto riesgo, pese a ello, no es claro porqué la gente no usa con éxito esta información para evaluar sus conductas; algunos teóricos han señalado que esta inconsistencia se debe a que las personas cuentan con imágenes mentales o mecanismos intuitivos que suplen o reemplazan los conocimientos fomentando que la gente se involucre en conductas de alto riesgo, sin considerar los posibles resultados de éstas, por ejemplo, tener relaciones sexuales sin usar condón (Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim; 1990); ante ello resulta

indispensable conocer cuáles son estos procesos que se involucran en la realización de conductas de riesgo y en las preventivas, así, en el caso particular del SIDA, entre más información se tenga acerca de los factores que influyen en las conductas preventivas, como usar condón y de pedir a la pareja que lo use, la intervención para promocionar su uso será más exitosa (Díaz-Loving, Rivera y Andrade, 1994), e igualmente deben considerarse las reacciones emocionales que intensifican el sentido de estar en riesgo.

Debido a las campañas de sexo seguro, Simkins y Kushener (1986) compararon los cambios de conducta sexual en estudiantes homosexuales y heterosexuales de ambos sexos y encontraron que casi todos los homosexuales y sólo la cuarta parte de los heterosexuales, especialmente las mujeres, habían cambiado sus conductas de riesgo, explicando que estos últimos al no percibirse como miembros de los grupos denominados como de alto riesgo no consideran como riesgosas a sus propias conductas.

Es importante referir los hallazgos encontrados por Jeffrey, Janet, Lawrence y Brasfield (1990) en estudiantes universitarios, se observa que aquellos que han modificado su conducta sexual de alto riesgo son los que saben menos acerca del SIDA y son más aptos para autoperibirse en riesgo. Peruga y Rivo (1992) encontraron que la reducción de conductas de riesgo ha permitido un aumento en el nivel de conocimientos, en la población estudiantil que encuestaron.

Si consideramos lo dicho anteriormente respecto de que los riesgos se caracterizan por la falta de certeza acerca de sus consecuencias, es necesario afirmar que la única certeza que encierra el SIDA es la muerte; los eventos condicionantes de la salud, como el SIDA, generan miedo debido a que implican pérdida y muerte, así un excesivo miedo o preocupación puede conducir a una alta percepción de riesgo en las conductas realizadas (Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim; 1990).

Se ha observado que intervienen mecanismos de defensa que aminoran la percepción sobre el riesgo que conllevan las propias conductas, ya que esta información causa por lo general miedo y angustia entre los individuos, de tal forma que los estados emocionales en relación con la información que se tiene sobre SIDA toman relevancia como un factor indispensable para la emisión de conductas preventivas adecuadas (Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán; 1994).

1.2.3. Vida sexual y SIDA.

La manifestación de las capacidades sexuales de los individuos forman parte del desarrollo humano y de la sociedad en la que se desenvuelve, así, se entiende que una forma particular de práctica sexual responde a una sociedad en un momento histórico particular, con los valores, normas y costumbres que le son característicos pero también hay tantas formas particulares de entender y practicar la sexualidad como individuos hay en la tierra, por ello, aunque se esperaría que la manifestación de estas capacidades y necesidades sexuales se adecuara a los cambios que se generan en el entorno social, no siempre es así, la mejor prueba es la aparición del SIDA, que ha tomado al contacto con fluidos corporales relacionados con la sexualidad como sus mejores vehículos (Piña, Jimenes y Mondragón; 1992).

Al considerar las vías de contagio del virus del SIDA, la transmisión por vía sexual ha adquirido especial liderazgo respecto de las tasas de infección encontradas en varios países y particularmente en México, es por ello que se torna crucial al evaluar aspectos relacionados con el SIDA, abordar el estudio de algunos aspectos de la sexualidad en relación con la infección por VIH. Se ha mencionado que la educación es la mejor estrategia preventiva, sin embargo, al enfrentarnos a la sexualidad, como una conducta de riesgo, la educación parece delicada debido a que sería necesario modificar hábitos

y costumbres profundamente arraigados y además porque la sexualidad en si misma implica misterio y tabú.

Por el avance científico al que se ha llegado sobre el SIDA, se consideran a algunas formas de la práctica de la sexualidad como conductas de riesgo (la sola actividad sexual, el no uso del condón, actividad sexual con múltiples parejas, relaciones sexuales con parejas ocasionales, entre otras) y a otras como conductas de prevención (abstención sexual, monogamia, uso del condón, sexo seguro, conocimiento de la historia sexual de la pareja); esta línea, quizá tenue, entre un tipo de conductas y otro, reviste especial importancia debido al estigma que implica hablar de sexualidad en una cultura como la nuestra, ante esto, Villagrán (1993) señala que la información como estrategia preventiva al relacionarse con la sexualidad se torna peligrosa debido a que las consecuencias negativas que da la infección por VIH que se presumen son a muy largo plazo, y en oposición, porque las consecuencias placenteras de la sexualidad son inmediatas, además porque sería necesario modificar hábitos y costumbres arraigados profundamente sobre todo cuando se aborda en un grupo de la población que inicia su propia vida sexual, además es importante porque Díaz-Loving, et. al. (1992) detectaron que los 50% estudiantes encuestados tenían relaciones sexuales y 65% de estos habían tenido más de una pareja sexual.

Se han realizado estudios en México respecto del número de parejas sexuales (Díaz-Loving, et. al., 1992, señalan que los estudiantes universitarios que entrevistaron han tenido entre 1 y 10 parejas sexuales, la mayoría con una o dos) y de la preferencia sexual, sin embargo, se ha encontrado que la preferencia sexual no es predictora de la percepción de riesgo, de la preocupación de contagio ni de las conductas preventivas, en población estudiantil debido a que no se reportan porcentajes significativos de homosexualidad (Villagrán, 1993). Por otro lado el número de parejas sexuales no necesariamente es un buen indicador de percepción de conductas de riesgo, debido a que puede tenerse un reducido número de parejas sexuales sin usar condón, o un elevado número de parejas sexuales usando el condón consistentemente.

Los datos epidemiológicos muestran que la tasa de infección en grupos homosexuales ha decrementado y en contraste a aumentado el número de personas infectadas con prácticas heterosexuales (CONASIDA, 1994), pareciera entonces importante conocer con más precisión algunos aspectos de tipo sexual en la población estudiada, sobre todo lo referente al debut sexual, independientemente de la preferencia sexual y el número de parejas sexuales; porque el tener o no relaciones sexuales hace a algunas personas más susceptibles de infección que otras y porque como se ha dicho si los estudiantes universitarios tienen más y mejores conocimientos sobre la enfermedad podrían enfrentarse de manera más asertiva a su propia práctica de la sexualidad. A este respecto Pick (1988) señala que la educación sexual tiene un impacto mayor en adolescentes que aún no se inician sexualmente o cuando están iniciando el proceso de decisión, por ello resulta necesario trabajar aspectos relacionados con conductas preventivas, antes de que aparezcan conductas no planeadas y riesgosas.

1.2.3.1. Debut sexual.

En los informes epidemiológicos se observa que los grupos de edad más afectados por el VIH son aquellos que se caracterizan por ser sexualmente activos, es decir, en aquellas poblaciones que han tenido relaciones sexuales; así mismo se observa que la cantidad de hombres infectados es mayor que las mujeres (6 a 1), por ello es importante considerar la edad al debut sexual y sus diferencias por sexo.

Simon (1989) reportó que la edad promedio para el debut sexual en los hombres era de 16.1, mientras que para las mujeres era de 16.5 años; Rosero (1991) señaló que un 38% de mujeres en Costa Rica menores de 20 años de edad habían tenido relaciones sexuales premaritales; por otro lado, en Estados Unidos, a nivel nacional la mayoría de los adolescentes habían tenido coito, 60% de los hombres antes de los 18 años y antes de los 19 en las mujeres (Brooks-Gunn, Bayer y Hein; 1988).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 1981) reportó que en estudiantes universitarios, el 85% de los hombres y el 25% de las mujeres hablan tenido su debut sexual durante su vida escolar universitaria; en 1988 el Consejo Nacional de Población encontró que el debut sexual se da entre los 14 y 17 años para los hombres y 16 y 19 para las mujeres; Villagrán, Díaz-Loving y Camacho (1992) observaron que el debut sexual se dio entre los 17 y 22 años, que corresponden al último año de la preparatoria y a los primeros de los estudios universitarios, por otro lado Villagrán, Cubas, Díaz-Loving, y Camacho (1990) señalaron que 75% de la población estudiantil que participó en su estudio habían tenido relaciones sexuales entre los 10 y los 19 años, así mismo, en otro estudio Díaz-Loving, Flores, Rivera, Andrade, Ramos, Cubas, Villagrán, Camacho y Muñiz (1992) encontraron que más del 50% de la población estudiada menciona haber tenido debut sexual en promedio a los 17.2 años; Alfaro (1995) encontró que la edad promedio para el debut sexual es a los 16 años; se observa entonces una tendencia a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas; pero es importante considerar que entre mayores sean las aspiraciones educativas y ocupacionales se retrasará más el debut sexual (Pick, Díaz-Loving y Andrade; 1988); en estos mismos estudios se encontró una marcada diferencia por género, debido a que los hombres inician su vida sexual antes que las mujeres, esto concuerda por lo señalado por Díaz Guerrero (1982) al señalar que en la cultura mexicana se fomenta el comportamiento sexual para los hombres a edades más tempranas y con mayor número de parejas sexuales durante la vida, y a las mujeres se les orienta a llegar célibes al matrimonio y tener solamente una pareja sexual, por ello Villagrán (1993) señala que debe ponerse especial énfasis en las diferencias por género, sobre todo al observar cuál es la proporción de hombres y mujeres infectados.

Villagrán (1993), Díaz-Loving (1994), Flores y Díaz-Loving (1994), encontraron que las mujeres tienen mayor control en su vida sexual y son más asertivas con su pareja que los hombres, también observaron que aquellos sujetos que ya habían iniciado su vida sexual son personas más asertivas y presentan mayor comunicación sexual con su pareja, aspecto que concuerda con lo señalado por Franzini, Sideman, Dexter y Elder

(1990) al decir que la asertividad de las mujeres se ha extendido a las negociaciones sexuales y que a través de ellas podrían realizarse actividades sexuales más seguras.

Considerando los hallazgos mencionados, pareciera importante abordar de qué manera, respecto del SIDA, se relaciona el debut sexual con factores cognoscitivos, como la percepción de conductas de riesgo, las actitudes hacia determinadas medidas preventivas, como el uso del condón, los conocimientos que se tienen sobre SIDA.

Estudios realizados en México (Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawsky y Valdespino; 1989; Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho, 1990; Díaz-Loving y Rivera, 1992; Villagrán, 1994) señalan que la percepción de riesgo de contraer SIDA que tienen los individuos con respecto de grupos en los cuales ellos no se incluyen, es alta; así se reitera que cualquiera puede infectarse, menos "él", para considerar lo anterior se hacen evaluaciones de tipo moral con respecto de la preferencia sexual, y ahora con respecto del número de parejas sexuales, sin embargo, cuando este factor se asocia con la autopercepción de riesgo, el número de parejas sexuales ya no es importante, así como tampoco lo es el tener o no relaciones sexuales o usar o no condón, de la misma forma la monogamia serial da la sensación de seguridad, así la persona ya no percibe sus conductas como riesgosas.

Alfaro (1991) encontró que los adolescentes que se han iniciado sexualmente muestran una actitud más favorable para cambiar las conductas de riesgo de su conducta sexual con la finalidad de prevenir el SIDA mostrando una actitud más favorable hacia la práctica del sexo seguro, probablemente porque están concientes de que su conducta sexual los pone en riesgo de infección y por que tienen más temor al contagio de VIH y más miedo de tener SIDA que aquellos jóvenes que no han tenido debut sexual, así mismo considera a la edad como un factor determinante, en donde los jóvenes con menor edad se muestran más renuentes a cambiar sus conductas de riesgo, finalmente encontró diferencias por sexo, en donde las mujeres que se han

iniciado sexualmente muestran una actitud más favorable hacia el cambio conductual y hacia la práctica del sexo seguro.

En otro estudio Villagrán y Díaz-Loving (1992) encontraron que aquellos individuos que no se habían iniciado sexualmente tenían actitudes negativas hacia el condón, que podrían considerarse barreras para su uso, así mismo aquellos que habían tenido debut sexual se consideraban con mayor inclinación al riesgo, ya que establecen relaciones sexuales ocasionales sin usar condón.

Ramos, Díaz-Loving, Saldivar y Martínez en 1992, demostraron que los estudiantes que habían tenido relaciones sexuales consideran que para evitar contagiarse de VIH deben cambiar su comportamiento, por lo que reportaron la intención de cambiar su conducta o habían cambiado alguna conducta para protegerse.

1.2.4. Actitud hacia el condón.

El estudio de las actitudes ha sido ampliamente abordado, se han elaborado infinidad de definiciones en donde se consideran componentes como los juicios, las capacidades, la orientación y el comportamiento ante problemas específicos, así, Allport (1967) refiere que el término actitud significa capacidad, aptitud, conveniencia o adaptación que mentalmente puede preparar para la acción.

Por otro lado se ha señalado que las actitudes indican una orientación selectiva y activa respecto de algún problema, así como un proyecto de comportamiento que permite hacer elecciones importantes (Abbagnano, 1989).

Kerlinger (1987) menciona que la actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente u objeto cognoscitivo.

Una de las formas de conceptualizar a las actitudes que ha tenido mayor aceptación, ha sido el esfuerzo elaborado por Katz (citado en Doves, 1975) que señala que las actitudes son predisposiciones del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo u objeto, en donde se conjuntan aspectos como los afectos, la sensibilidad ante el agrado o desagrado, y los elementos cognoscitivos, como los conocimientos y las creencias, que describen el afecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos.

Investigaciones (Fishbein y Ajzen en Pratkanis, Becler y Greenwald; 1989) han demostrado que las creencias y las actitudes se encuentran fuertemente relacionadas; señalan que las creencias son anteriores a las actitudes, es decir, son la información acerca del objeto, de la que penden las actitudes a la que posteriormente se le suman algunos afectos específicos de acuerdo al objeto psicológico del que se hace referencia. Fishbein (1990) señala que las actitudes pueden influir directamente en la realización de conductas preventivas, respecto del uso del condón se ha encontrado que actitudes positivas hacia la conducta de usar condón influyen sobre las intenciones conductuales de usarlo.

Al considerar las definiciones anteriores se desprende que las conductas actúan en función de las actitudes, de los valores y de las creencias, y que forman parte del proceso de socialización de los individuos y que por ello son resistentes al cambio (Villagrán, 1993). Así mismo se ha observado que las actitudes tienen tres componentes principales: el factor cognoscitivo, en donde se incluyen las creencias, que son de tipo evaluativo e incluyen cualidades deseables, indeseables, aceptables, inaceptables, buenas o malas. El siguiente componente es el emocional que refiere los sentimientos y emociones ligadas objeto, como el amor-odio, admiración-desprecio, gusto-disgusto, favorable-desfavorable; finalmente se señala el componente de tendencia a la acción, que implica la disposición del individuo a responder al objeto (Summers, 1976 en Villagrán 1993). Bajo este marco se han realizado investigaciones que permitan comprender la actitud hacia objetos específicos, como el condón.

En los estudios realizados por Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks (1990) sobre las actitudes hacia el condón en estudiantes se encontró que existen 3 dimensiones que pueden ser barreras o facilitadores de la intención de adquirir conductas preventivas. Estas dimensiones indican que los condones pueden ser ofensivos, efectivos o atractivos; en el mismo estudio se encontraron diferencias por género: las mujeres perciben a los condones como más ofensivos que los hombres. En otro estudio, en una población similar (Barnard, Hébert, De Man y Farrar; 1989) se encontraron 4 dimensiones que se desprenden de la actitud hacia el condón, es percibido como inhibidor del placer sexual y del placer físico, como de difícil uso y como asociado a situaciones que generan vergüenza, como adquirirlos y usarlos, por otra parte, Mays y Cochran (1988) señalan que estudiantes sexualmente activos conocían las ventajas del uso del condón para prevenir el contagio de VIH, sin embargo, menos de una cuarta parte lo exigía a su pareja durante la relación sexual debido a que respecto de su vida sexual los estudiantes carecen de conductas planeadas. En México, Rivera y Díaz-Loving (1994) encontraron 3 dimensiones que permiten conocer la actitud hacia el condón, señalan un factor que explica la importancia hedonista de su uso, en donde el placer es lo más importante, en segundo lugar se considera la inteligencia que se otorga socialmente a quien lo usa y finalmente la accesibilidad al mismo, considerando que tan bueno, barato y fácil de usar es.

Bueno sería mencionar que en poblaciones estudiantiles, el condón suele usarse más como método anticonceptivo que como medida preventiva ante enfermedades sexualmente transmisibles, y sin embargo, no todos aquellos que lo usan saben usarlo y tampoco lo usan consistentemente (Díaz-Loving; 1992).

La promoción del uso del condón para prevenir la infección por VIH y otras enfermedades transmitidas sexualmente, no debe llevarse a cabo de manera aislada, deben incorporarse elementos tan diversos como la información, aspectos referentes a la seguridad en su uso, factores afectivos relacionados, se debe tomar en cuenta la aceptabilidad, la interpretación y los obstáculos psicológicos, se ha señalado que los

condones interfieren con las relaciones sexuales, debido a que muchos consideran incompatible una relación sexual con la racionalidad que implicaría usarlo (Paalman, 1992).

Para el sector de la población estudiantil con vida sexual activa en el que la monogamia y la abstención no son las mejores alternativas, la medida preventiva más eficaz, aunque no totalmente segura (Programa de Tecnología Adecuada en Salud "PTAS", 1993) para evitar tener contacto con enfermedades de transmisión sexual y en particular el SIDA, es el uso del condón, sin embargo, el uso depende de muchos factores, entre ellos si la gente lo conoce, si sabe usarlo, si sabe donde se adquiere, así como cuáles son las actitudes de la gente hacia el condón; pudiera ser interesante abordar estos tópicos con el fin de predecir de qué manera fomentar su uso.

En México, Villagrán y Díaz-Loving (1992) encontraron en población estudiantil, que para usar el condón con parejas regulares son importantes factores como la integración con la pareja, hedónicos, económicos, morales, de género y de experiencia sexual; se observó que la mayoría de ellos mostraban actitudes positivas hacia el condón, sin embargo consideraban que su uso no es placentero.

Alfaro (1991) encontró que con respecto de cambios conductuales, el 82% de los estudiantes encuestados tienen una actitud favorable hacia el uso del condón en las relaciones sexuales, así como el 87% tiene una actitud desfavorable para evitar el uso del condón en sus relaciones sexuales. Alfaro (1994; 1995) observó que los adolescentes tienen actitudes positivas hacia el uso del condón, sin embargo encontró diferencias por edad y género, en donde las mujeres de menor edad tienen creencias más desfavorables para usar el condón, así como consideran que existen barreras para su uso, como que dificultan el romance, van en contra de su religión y son difíciles de adquirir, observó que las actitudes y las creencias hacia el condón no son buenos predictores para su uso cuando se evalúa al condón como un concepto.

Villagrán (1993) realizó un estudio en estudiantes universitarios en donde evalúa al condón como un concepto, los hallazgos que reporta señalan que, en general, hay una actitud favorable hacia el uso del condón, consideran que su precio no es muy elevado, no son ofensivos, lo usarían tanto con sus parejas habituales como con las ocasionales, aceptarían usarlos a petición de la pareja y consideran que son de fácil uso; encontró algunas diferencias por género, en donde más hombres que mujeres consideran que el precio es elevado y que los condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales; así mismo observó que un porcentaje mayor de mujeres que de hombres no aceptaría el uso del condón a petición de la pareja y que no son fáciles de usar; también encontró que más hombres que mujeres usan el condón. Respecto de las actitudes hacia el condón en relación con el debut sexual se observan también actitudes positivas, sin embargo, los que no han tenido relaciones sexuales consideran que el uso del condón va en contra de su religión y que no aceptarían su uso si su pareja se lo pidiera; así mismo, los que se han iniciado sexualmente señalan que el precio de los condones es alto para usarlos con frecuencia, que son ofensivos para las esposas o parejas habituales y que hacen que el hombre pierda la erección, siendo este un factor que en este estudio adquiere importancia relevante. Finalmente encontró que los conocimientos y las creencias sobre SIDA, entre otros factores, afectan la toma de decisión del uso del condón, así como que la toma de decisión para usar el condón no se encuentra determinada por la percepción de riesgo ni por la preocupación de contagio, es decir, la percepción de riesgo no es el mejor predictor de conductas saludables; por ello Villagrán (1993) señala que sería importante abordar el estudio del uso del condón desde la perspectiva de las emociones con el fin de inducir a los sujetos a que usen consistentemente el condón.

Al considerar los hallazgos encontrados parece importante considerar lo que reportan Rivera y Díaz-Loving (1992) cuando señalan que las actitudes positivas hacia el condón aumentan con el uso, es decir, entre más se usa más positivamente se le evalúa. Así mismo, es interesante considerar la importancia de algunas características de personalidad, como la asertividad y la abnegación, asociadas con la petición del

uso del condón en donde se observa que las personas que se describen como pasivo-abnegadas usan constantemente el condón con su pareja regular y no lo usan con sus parejas ocasionales, por otro lado aquellos sujetos asertivos y abiertos en sus relaciones sexuales usan condón con su pareja regular en forma consistente (Díaz-Loving, 1994).

White y Johnson (1988, en Díaz-Loving, 1994) en lo referente a la toma de riesgo y planeación del futuro señalan que el tener un mayor número de relaciones sexuales con más parejas y con un menor uso del condón, refleja un perfil de personalidad alto en la toma de riesgos, desinhibiciones e impulsividad, a esto Díaz-Loving (1992) señala que es posible postular que una persona realiza conductas riesgosas por valorarlas y considerarlas excitantes, interesantes, originales, sin prever las consecuencias futuras que pudieran implicar estar en riesgo. Así mismo los sujetos en estados de ansiedad y depresión son más susceptibles de realizar conductas de riesgo, debido a que durante estas etapas es más importante reducir las tensiones estresantes teniendo relaciones sexuales, aún cuando no se hayan tomado las precauciones necesarias para reducir la posibilidad de contagio de VIH (Quandland y Shattis, 1987, en Díaz-Loving, 1994). De esta manera se torna significativo el estudio de la personalidad en relación con la infección por VIH.

De acuerdo a lo anterior es necesario hacer una revisión de otros factores que se han vinculado con el SIDA, las conductas de riesgo y las medidas de prevención, como las emociones y los rasgos de personalidad.

CAPÍTULO 2.

El miedo al SIDA y a la infección por VIH.

Ante la pandemia del SIDA, las diferentes áreas de investigación han desarrollado, en un tiempo relativamente corto, una cantidad impresionante de investigaciones que han permitido comprender a la enfermedad, sin embargo, el curso y la expansión de la infección han rebasado por mucho al éxito obtenido; ante ello ha surgido la necesidad de prevenir que se presenten más casos; esta pretensión igualmente ha sido abordada desde diferentes perspectivas, encontrando sí, muchas buenas alternativas, pero no han sido tajantes, basta ver los reportes epidemiológicos.

En los aspectos psicosociales revisados en el capítulo anterior sobra recordar que todos ellos enfatizan la importancia de hacer un reabordaje a cada uno de ellos desde la perspectiva de las emociones, en particular hacen referencia al miedo al SIDA, el miedo a la información sobre SIDA, y el miedo a las conductas de riesgo, así, señalan que es importante conocer el papel que juega esta emoción en la emisión de conductas preventivas.

2.1. Una aproximación al concepto de miedo.

Desde épocas remotas el estudio del miedo ha estado presente en el desarrollo del ser humano porque siempre han existido agentes a los cuales temer; de acuerdo con lo que se teme se han realizado diferentes aproximaciones con el fin de entender que es lo que pasa en el sujeto temeroso.

Dumas (citado en Diel, 1966) definió al miedo como la respuesta emotiva a un traumatismo actual provocado por un peligro real, sin embargo, aunque cada sentimiento de temor sea desencadenado accidentalmente por condiciones ambientales, la causa esencial del estado de miedo es de naturaleza íntima y personal relacionado con la forma particular en que cada individuo percibe un riesgo, y con la manera singular de enfrentar las excitaciones que llegan a cada uno y el control que se tenga sobre ellas.

En el estudio que Ribot (citado en Diel, 1966) hace del miedo diferencia entre dos tipos, uno de ellos es primitivo, a lo desconocido, instintivo e inconsciente, anterior a toda experiencia individual; el otro es un temor razonado, posterior a la experiencia; esta segunda descripción es a la que se recurre con mayor frecuencia; e intenta derivar de las emociones elementales, como el miedo, a los sentimientos sociales, morales, religiosos, estéticos e intelectuales.

La reacción emocional de miedo primitiva, con el fin de ser eficaz, consiste en el ataque o en la huida del peligro, Diel (1966) señala que las reacciones de huida y ataque en buena medida están condicionadas por las formas particulares del entorno social al que pertenecen los individuos, pero siempre responden a la conservación de la vida adaptándose a las condiciones accidentales de supervivencia, la satisfacción del impulso de vida será vivido como placer y todo lo que lo afecta como desagrado, sin embargo, existe una tercera forma, que es ineficaz, y surge cuando el peligro es demasiado grande y es recibido con gran brusquedad, de manera que ninguna de las dos reacciones de protección mencionadas se concreta, los impulsos de huida y de ataque actúan en sentido inverso y se anulan mutuamente, paralizando toda reacción creando un estado letárgico, denominado reacción de abandono, produciendo trastornos somáticos generalizados y difusos, temblores, palpitaciones, sudores. Menciona que existen niveles de satisfacción o jerarquía de valores para poder enfrentar al evento que produce miedo.

En la teoría que Sauri (1976) desarrolla sobre el miedo, señala que la característica más llamativa del miedo es su carácter intencional, que se dirige hacia algún objeto o a una función, para personalizar el riesgo con el fin de encontrar una forma de evadir o enfrentar a la amenaza, que es la proximidad de algo capaz de provocar al sujeto algún daño o perjuicio inminente; cuando este objeto dañino actúa en lo inmediato y en lo cotidiano pero nunca llega a concretarse genera en el sujeto tal estado de ansiedad que se abandona ante la amenaza, poniéndose aún más en riesgo; así mismo cualquier amenaza tiene siempre un carácter de suspenso, que genera que los individuos jueguen con este suspenso, y actúen bajo un compás de espera que impide la recuperación del sentirse amenazado y la estructuración de una eventual esperanza. Si la desestructuración aumenta crece un desconocimiento del sujeto frente a sí mismo porque no puede reconocer que hacer que lo retire eficazmente de la amenaza. La huida intenta llevar al sujeto a distanciarse de la amenaza para impedir sus efectos y para reordenar el proceso de personalización, y el ataque implica que el individuo no se ha desorganizado y es capaz de enfrentar a la amenaza por medio de conductas que le resulten más eficaces.

El miedo involucra cambios complejos a nivel fisiológico que alertan al individuo sobre un peligro potencial. Estos cambios que se gestan en el individuo pueden ser funcionales o disfuncionales, pueden capacitarlo para dar una respuesta más rápida de lo habitual o pueden incapacitarlo para tenerla (Silberman, 1981). Scharter (1964) menciona que el miedo se experimenta por dos fenómenos simultáneos, porque surge una excitación fisiológica y porque hay una interpretación cognoscitiva a esta excitación basada en la experiencia inmediata y en base a experiencias anteriores. Plutchik (1980, citado en Ramos, 1990) menciona que el miedo no solo es una experiencia subjetiva, sino también constructos o inferencias basados en varios tipos de evidencia, en donde un elemento cognitivo de las emociones es la evaluación, que influye en el tipo de respuesta que se observará posteriormente. Este autor considera que el miedo tiene un valor adaptativo para los sujetos, la gente intenta adaptarse y en este proceso gasta una cantidad considerable de energía psíquica y esto puede llevar

a que la amenaza no pueda enfrentarse con éxito, señala que la experiencia del miedo está compuesta por un estímulo, una cognición, un sentimiento, una conducta y un efecto; en ocasiones se presentan alteraciones en alguno de los elementos, por ejemplo, puede ser que la conducta no ocurra, ya sea por restricciones internas o externas; en cuanto a la cognición, un evento puede considerarse benigno cuando en realidad es maligno, o viceversa; es decir, en el miedo puede haber distorsiones o desplazamientos; ante esto Lazarus (citado en Harvey y Smith, 1977), menciona que las cogniciones juegan un papel importante en la conceptualización de las emociones, la valoración cognitiva se refiere a la evaluación que hace el individuo de la significancia dañina de algún objeto, un estímulo puede ser un fuerte estresor o pudiera ser benigno, de acuerdo con la valoración cognitiva, cuando esta valoración es muy estresante o negativa suelen utilizarse mecanismos como el distanciamiento y la negación (Ramos, 1990).

Averill (1980), menciona que el miedo es un constructo social basado en interpretaciones individuales y de acuerdo con las normas sociales que existen sobre el riesgo en cuestión. Menciona que existen dos elementos por los que se define al miedo, el primero es el objeto del miedo, este objeto depende de como valora el individuo una situación, aquí se considera la importancia de los juicios con los que cuenta el individuo al respecto; el otro elemento es que el miedo se percibe como una pasión que está fuera del autocontrol. El estrés generado por la presencia del estímulo maligno puede llevar a incrementar la vulnerabilidad ante el riesgo. Ganster y Victor (1988) mencionan que frente a algún estímulo estresante pueden existir factores específicos que funcionen como factores de vulnerabilidad o como protectores; ambos varían de cultura a cultura y entre grupos sociales.

Las cogniciones en relación con el miedo involucran los juicios sobre el riesgo percibido, que pueden referirse a las personas a las que afecta la amenaza o a las conductas que se relacionan con el riesgo; y a los valores, que implican la preocupación de enfrentarse al evento al que se teme; así, las cogniciones tienen la

función de prevenir el futuro, ya que proveen un modelo del medio ambiente que rodea al individuo con el fin de iniciar patrones de conducta adaptativa; así entonces se considera que el miedo, como reacción emocional, es tanto un efecto como una causa en su relación con los juicios de riesgo, el miedo es influenciado por los juicios de riesgo, pero también afecta a tales juicios (Plutchik, 1980, citado en Ramos, 1990).

El miedo es una emoción, que como los aspectos cognoscitivos, se clasifica de acuerdo al objeto temido, a los juicios, conductas, perspectivas, rasgos de personalidad y expectativas que le son inherentes; para objetos particulares de este estudio, es interesante abordar, el temor que podría implicar la falta de certeza que conlleva el proceso de salud-enfermedad, y como en el caso del SIDA, el temor que implica la pérdida de la independencia, de la salud, de la vida.

2.2. El miedo y el SIDA.

El SIDA es un fenómeno asociado a múltiples factores, entre ellos las conductas, las cogniciones y las emociones. Respecto de estas últimas, el miedo ha sido referido por múltiples investigadores como un elemento digno de consideración para entender el proceso de propagación del virus, así como de las conductas de riesgo y preventivas.

En estudios realizados por Ostrow (1988) y por Scott y Applebaum (1990) se encontró que a la par del crecimiento del número de casos de Infección por VIH se ha presentado un incremento de lo que han llamado la segunda epidemia, la epidemia del miedo al SIDA. Esta reacción emocional se ha podido comparar con el miedo a la muerte, a la contaminación, o con el miedo a la pasividad ante una enfermedad mortal. Altos niveles de miedo se han encontrado en los miembros de los denominados grupos de riesgo (Colón, 1992).

Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim (1990) señala que la prevención del SIDA podría dirigirse desde la perspectiva de las emociones ya que lo más amenazante de un evento tiene mayor posibilidad de desencadenar reacciones emocionales, las cuales intensifican el propio sentido de estar en riesgo; en donde la preocupación por la salud y el miedo como respuestas emocionales ante la amenaza de adquirir SIDA están asociadas con percepciones de riesgo muy altas.

Así, se ha señalado que el miedo puede ser un motivante para llevar a cabo conductas preventivas ante el SIDA, debido a que es una reacción emocional que se presenta ante una situación de peligro y que prepara al individuo para una posible huida. Leventhal (en Villagrán, 1993) señala que el estudio del miedo debe hacerse desde una perspectiva dual, debido a que se considera un motivante efectivo cuando se asocia con una amenaza de salud, sin embargo, cuando el miedo es muy intenso puede generar sentimientos de desesperanza que orillan al sujeto a permanecer inactivo, quizá de esta forma sea posible explicar el alto índice de contagio del virus del SIDA, debido a que la información que se tiene produce altos niveles de ansiedad, lo que hace que las personas reaccionen ante esta información con diferentes mecanismos psicológicos, como evitar la información que hable sobre SIDA, minimizar su autopercepción de riesgo y/o la negación de un posible contagio, para así reducir la tensión emocional y tener un control sobre la amenaza, sin embargo, las defensas psicológicas pueden generar conductas de riesgo ante el contagio del virus del SIDA (Tedeshi, Lindskold y Rosenfeld; 1985; Villagrán, 1993). Se ha observado que intervienen mecanismos de defensa que aminoran la información sobre riesgo personal, ya que esta información causa por lo general miedo y angustia entre los individuos, de tal forma que los estados emocionales en relación con la información que se tiene sobre SIDA toman relevancia como un factor indispensable para la emisión de conductas preventivas adecuadas (Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán; 1994)

El uso de estímulos emocionales aversivos, como el miedo, puede tener un lugar importante en las campañas de prevención del SIDA; estudios (Preciado y Montesinos, 1992) han encontrado que niveles moderados de miedo pueden ayudar a las personas a involucrarse en conductas protectoras y que el miedo excesivo puede inmovilizar y empeorar la ejecución de una conducta, mientras que un estado emocional indiferente puede degenerar en apatía. No obstante, Carpio-Cedraro, Bracho y Anderson (1992) mencionan que únicamente el uso del miedo como factor motivador no produce cambios de comportamiento duraderos.

Estudios realizados en México (Alfaro, 1991, 1995; Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán, 1994; López, Villagrán y Díaz-Loving; 1994) señalan que diferentes grupos poblacionales manifiestan miedo ante la posibilidad de infectarse con VIH, sin embargo, el nivel de miedo varía de acuerdo al grupo poblacional, debido a su status social y sexual, en donde los grupos de heterosexuales manifiestan poco miedo y los grupos de homosexuales manifiestan sentir terror, además se encontró que a menor nivel de miedo menos conductas preventivas emiten; aspecto que toma relevancia observando los datos epidemiológicos del último bimestre de 1994 (CONASIDA, 1994), en donde la tasa de infección en homosexuales ha disminuido aumentando el número de casos en grupos heterosexuales, en su mayoría debido al no uso del condón en la práctica de la sexualidad

En un estudio realizado por López, Villagrán y Díaz-Loving (1994), encontraron que respecto del SIDA, las mujeres sienten mucho miedo de tener SIDA por la inminencia de la muerte y por sentirse rechazadas por sus seres queridos, debido a que es una enfermedad de transmisión sexual, se observa, el estigma del que está cargada la enfermedad; así mismo sienten temor ante la información sobre SIDA, debido a que antes la percibían como algo lejano, sin embargo, ahora están muy preocupados porque saben que ellos también son susceptibles de infección a través de una conducta que llevan a cabo con naturalidad y con frecuencia. Bajo los mismos parámetros Torres, Alfaro, Villagrán y Díaz-Loving (1994) encontraron que ante la

posibilidad de estar infectados por el VIH, un grupo de hombres heterosexuales, sienten miedo debido al estigma social que implica estar infectado debido a las formas de infección y a que se trata de una enfermedad de homosexuales.

Young, Gallaher, Belasco, Barr y Webber (1991) realizó un estudio con estudiantes universitarios a los que sometió a estímulos que despertaban miedo al SIDA y ha infectarse con VIH; encontró que entre 1985 y 1990 hubieron cambios en el miedo sentido hacia el SIDA, en 1985 se temía realizar conductas de bajo riesgo, como beber en bebederos públicos, en latas en las que alguien más bebió, donar sangre; así también mostraban tener un bajo nivel de conocimientos de la enfermedad e incurrieron con mayor frecuencia en prácticas de riesgo; en 1990 el miedo había decrementado en los mismos sujetos, tenían mayores conocimientos, incurrieron en menos conductas de riesgo y percibían menos temor ante conductas no riesgosas.

Alfaro (1991) en un estudio que realizó con estudiantes de preparatoria encontró que el 47% de la población encuestada tiene miedo a infectarse de SIDA, el 23% tiene poco miedo, y el 30% no tiene miedo; los hombres tienen más miedo a infectarse con el VIH que las mujeres, los adolescentes de mayor edad tienen más miedo a infectarse que los jóvenes de menor edad; el 68.3% señaló que la mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH; así mismo, encontró que los sujetos que han tenido relaciones sexuales tienen más miedo de tener SIDA que los que no han tenido relaciones sexuales; observó que entre más temor hay al contagio de VIH hay una actitud más favorable hacia los cambios en la conducta sexual.

Posteriormente, Alfaro (1994) encontró que el miedo que sienten un grupo de adolescentes predice la frecuencia del uso del condón, el condón se usará con mayor frecuencia cuando exista más temor ante el contagio de VIH, encontrando diferencias significativas por sexos, en donde los hombres, bajo las mismas circunstancias usarán el condón más frecuentemente, sin embargo, Alfaro (1995) en un estudio posterior

encontró que las mujeres y los jóvenes de menor edad tienen más miedo a infectarse con el VIH que los hombres y los sujetos mayores debido quizá a la elevación de las tasas de infección de mujeres y personas más jóvenes; por otro lado encontró que el miedo no está relacionado con la estimación que hacen los individuos sobre su propio riesgo de contagio, así mismo a pesar de que los sujetos manifiesten un alto nivel de temor ante el SIDA, siguen incurriendo en prácticas sexuales de alto riesgo, ante esto Tedeshi, Linskold y Rosenfeld (1985) reporta que cuando la información que se proporciona a las personas les produce miedo muy alto, la gente reacciona negando la existencia del riesgo y por lo tanto no realizan conductas preventivas.

Solomon y DeJong (1986) mencionan que el miedo inducido es una de las estrategias más utilizadas para producir cambios en las conductas sexuales, sin embargo, la efectividad del uso del miedo como generador de medidas preventivas ha sido debatido durante muchos años; así, con el fin de elevar la frecuencia del uso del condón en estudiantes universitarios, Struckman-Johnson, Guilliland, Struckman-Johnson y Nosth (1990) realizaron un estudio en donde intentaban mostrar de que manera el miedo afecta las actitudes y las conductas considerando al miedo como el mejor motivador para el cambio conductual, difundieron avisos a través de los medios de comunicación en donde utilizaron algunas imágenes y frases que infundieran miedo; finalmente encontraron que los mensajes que difunden alto miedo no necesariamente pueden generar mayores cambios en la conducta de usar el condón, y en la planeación de estrategias preventivas, que aquellos mensajes de bajo miedo; sin embargo consideran que mientras el estado emocional decreciente, se mantiene una representación cognitiva del peligro y el plan de defensa continúa en proceso y estimula a la persona al cambio conductual; encontraron que existen dos modelos que permiten explicar de que manera se ven afectadas las actitudes y las conductas por el miedo, el primero (Leventhal, 1965) señala que el miedo genera que se busque conocer las causas de la amenaza, así como aquello que la caracteriza para tener una imagen mental de ésta y que le permita realizar acciones por medio de las cuales evite la amenaza; el siguiente modelo es el de creencia en la salud Janz y

Becker (1984) que propone que la percepción de la vulnerabilidad ante la amenaza, la percepción de la severidad de ésta y la percepción del costo-beneficio que genera la acción para evitar la amenaza, afectan la respuesta de la persona ante el mensaje de miedo.

En el primer modelo se señala la importancia de considerar la evaluación que hace el individuo acerca de la información con la que cuenta acerca de la amenaza y su reacción emocional ante el peligro, ya que las diferencias individuales, como las reacciones de ansiedad ante el mensaje y los sentimientos de vulnerabilidad ante el peligro pueden mostrarse resistentes a los mensajes de alto miedo, o generando sentimientos de desesperanza e inhabilidad ante el peligro. Igualmente encontraron que aquellos sujetos más miedosos y los indiferentes muestran menor aceptación del uso del condón, que los que reportaron niveles medianos de miedo.

Negy y Webber (1991) observaron que las campañas educativas reducen considerablemente el miedo acerca del SIDA en estudiantes que han tenido relaciones sexuales, status que los coloca en una posición especialmente vulnerable ante el SIDA. Encontraron que los sujetos que han tenido relaciones sexuales tienen más miedo que los que no han tenido debut sexual, así mismo, encontraron diferencias por sexo, en donde, las mujeres tienen menos miedo al SIDA que los hombres porque al observar los datos epidemiológicos la tasa de infección para los hombres es más elevada, aspecto que los hace sentir más vulnerables a la enfermedad. Gray (1971) señala que hay estudios que comprueban que cuando los individuos muestran altos niveles de miedo suelen disminuir su tasa de actividad sexual; así como también se ha encontrado que los hombres muestran mayor sensibilidad al estrés, por ello muestra una mayor inhibición de la conducta sexual. Señala la fuerte relación que existe entre las alteraciones de la conducta sexual y el estrés y en las diferentes neurosis humanas.

Winslow, Rumbaut y Hwang (1989), realizaron un estudio en población universitaria y encontraron que el miedo es una variable importante para entender las conductas de alto riesgo y las reacciones ante el conocimiento de cuáles son estas conductas, encontraron diferentes niveles de miedo respecto de conductas particulares; observaron que aquellos que frecuentemente realizan conductas de alto riesgo (tener relaciones sexuales sin usar condón) sienten más miedo ante las conductas denominadas de bajo riesgo (besarse en la boca con un portador de VIH), y aquellos que no realizan conductas de alto riesgo (aquellos que no han tenido debut sexual) sienten más miedo por realizar este tipo de actividades; también observaron que el miedo es un componente indispensable en el tipo y nivel de conocimientos que se cuenta sobre la enfermedad.

Este miedo de alguna manera está detrás de las respuestas conductuales ante el SIDA, sobre todo porque está asociado a una gran diversidad de factores, como el reconocimiento de que es una enfermedad altamente cargada de aspectos morales y emocionales, también porque es una enfermedad incurable y mortal, porque aún no se ha encontrado una cura efectiva. La información sobre SIDA está al alcance de cualquiera a través de los periódicos, la televisión, la radio, en donde se informa que los primeros síntomas del SIDA son sudoración, letargo, pérdida de apetito, pérdida de peso; síntomas semejantes a los de la ansiedad y la depresión; por otro lado se ha observado que la naturaleza de las formas de transmisión y los efectos de la enfermedad son descritos de manera misteriosa y con fuertes dosis de impredecibilidad, así la población cuenta con información errónea con respecto de estos temas. Se ha encontrado que a diferencia de tener sífilis, cáncer o herpes, el SIDA es la enfermedad de moda para personas que sufren de hipocondriasis (Arrindell, Ross, Bridges, Hout, Hofman y Sanderman; 1989).

2.3.El miedo irracional al SIDA.

El miedo irracional a las enfermedades no es nuevo, con el paso de los años han existido enfermedades a las cuales temer, como la sífilis, la lepra, más recientemente el cáncer y actualmente el SIDA. Después de muchos años de investigación (Viney, Crooks, Walker y Henry; 1991 y Brown y Less-Haley; 1992) se ha encontrado que el miedo a adquirir una enfermedad en el futuro es común en algunas clasificaciones diagnósticas, como desordenes de conducta, tanto individuales como colectivos, histeria, desordenes de ansiedad, hipocondriasis, depresión, manía, desordenes obsesivo-compulsivos. Así mismo se ha encontrado que este miedo irracional a adquirir SIDA, está fuertemente ligado a un desconocimiento del fenómeno, a una elevada tasa de emisión de conductas de riesgo, un sentimiento de incapacidad para enfrentarse a la enfermedad de manera asertiva, así como un elevado nivel de susceptibilidad ante la infección.

Se ha encontrado que existen diferentes niveles de miedo patológico al SIDA (Thompson y Riccio, 1987, en Arrindell, Ross, Bridges, Hout, Hofman y Sanderman; 1989; Frierson, 1990; Bayés, 1992), el primer nivel es el que prevalece en toda la sociedad como respuesta a la pandemia; el siguiente nivel de miedo es aquel que se presenta en los miembros de los llamados grupos de riesgo, quienes no están infectados y que recientemente han asumido conductas preventivas; por otro lado se encuentran personas que pertenecen a grupos de bajo riesgo y, sin embargo, sufren grados patológicos de ansiedad y lo que genuinamente se ha llamado fobia al SIDA generando severas consecuencias psiquiátricas; son personas que a pesar de haberse sometido a la prueba de detección de VIH y haber tenido resultados negativos les cuesta trabajo aceptar que no padecen la enfermedad, también toman medidas apropiadas con el fin de reducir o eliminar los riesgos y evitan exageradamente aquellas situaciones que perciben como riesgosas; de la misma forma estos sujetos presentan una serie de síntomas semejantes a los propios del SIDA, con el fin de tener nuevas evidencias para posteriores chequeos y estudios médicos con el fin de confirmar sus sospechas.

Ostrow, en 1988, elaboró un modelo que denominó "el virus del miedo". En este modelo el miedo al SIDA es considerado como un vector de susceptibilidad individual, en donde el miedo se determina por medio de las características psiquiátricas de la personalidad, así, de acuerdo al nivel de miedo al SIDA, la gente se expone a la infección por VIH, y responde de manera madura o de manera indiferenciada a causa de una descompensación individual (como miedo, pánico, angustia, depresión, desesperanza o inhabilidad, conducta irresponsable, así como respuestas histéricas), o de manera social, a través de un explícito desacuerdo con el sistema social, y/o aislamiento.

La falta de control que muchas veces genera un estímulo amenazante deriva en males patológicos de personalidad, en donde la manifestación principal es interiorizar el estímulo que genera el miedo, por lo que se levantan todas las defensas con las que se cuenta con la finalidad de terminar con el riesgo, pero como esta situación es constante, se percibe como amenazadora cualquier situación, y de acuerdo con las exigencias de la realidad, esta situación conduce a constantes fracasos, por lo que la inquietud aumenta, se exagera el temor, dejando un terror permanente, que puede degenerar en estados psicóticos, o de menos de neurosis severa. Sauri (1976) señala que cuando el proceso de personalización se encuentra en situaciones peligrosas, por ejemplo contingencias de que algo malo podría sucederle, le inducen a la aparición de estados de ánimo característicos.

La genuina fobia al SIDA se caracteriza por presentar un miedo irracional que es incapacitante, y que el sujeto no puede controlar, por lo que está constantemente intranquilo, reportan síntomas psicológicos agudos, a pesar de ser físicamente asintomáticos. Manifiestan sufrir los siguientes síntomas: ataques de pánico, ansiedad generalizada, depresión, intentos suicidas, hipocondriasis persistente caracterizada por actuar síntomas de SIDA, como malasia, excesiva sudoración nocturna, sentimientos de letargo y una severa pérdida de peso. La preocupación somática persistente junto con una constante búsqueda de confirmación diagnóstica son características de los

desordenes de somatización de acuerdo con los criterios del DSM III-R (APA, 1987). En algunos pacientes la ansiedad conduce a pensamientos obsesivos acerca de la enfermedad, de la muerte, del miedo a perder el atractivo físico, y de perder actividad sexual; así mismo conduce al deterioro de las funciones dentro de la ocupación social (Arrindell, Ross, Bridges, Hout, Hofman y Sanderman; 1989).

Cooper y Bender (1987) señalan que es muy difícil conocer si las personas que van a hacerse la prueba de detección del virus han estado o no en riesgo real de contraerlo, sin embargo, desde que se difunde información de manera masiva sobre SIDA, las personas que acuden a las clínicas psicológicas lo hacen llenas de miedo y realmente preocupadas. Se ha encontrado que son personas que han acumulado información acerca de la enfermedad, muestran elevados niveles de ansiedad; sin embargo, de alguna manera la amenaza del SIDA les ha ayudado a resolver conflictos no resueltos en el pasado.

Lewin y Williams (1988) señalan que en su trabajo clínico han encontrado consistentemente que el VIH/SIDA se acompaña de un miedo patológico, en donde algunos sujetos con conductas sexuales de bajo riesgo y características de personalidad similares están realmente preocupados y creen que están en riesgo constante de infección, sobre todo sujetos jóvenes que han recurrido a realizar severos cambios en sus conductas, a cuestionar su identidad sexual y a sentirse confundidos respecto de sus prácticas sexuales. El SIDA inducido psicogénica y ansiosamente se considera una consecuencia psicopatológica de sujetos con neurosis obsesiva, trastornos paranoides y personalidad premórbida (Ross, 1988).

Frierson (1990) y Logsdail, Lovell, Warwick y Marks (1991) señalan que el miedo al SIDA precipita episodios psicóticos, caracterizados por manía, depresión, ideación suicida, ansiedad y conducta obsesivo-compulsiva, en sujetos de ambos sexos, sobre todo respecto de la necesidad de conocer acerca de la enfermedad, y considerar como

más riesgosas las conductas de bajo riesgo, y consecuentemente estar incurriendo en conductas de alto riesgo.

Por lo citado a lo largo de este capítulo es interesante hacer un abordaje al estudio de la personalidad, con la finalidad de comprender de que manera los tipos de personalidad se relacionan con la forma de afrontar al VIH/SIDA desde la perspectiva de las emociones y las cogniciones.

CAPÍTULO 3.

La personalidad y el SIDA.

El estudio de la personalidad nunca es obsoleto, sobre todo cuando se hace dentro de una sociedad tan cambiante como la nuestra, en donde las formas de adaptación y de percepción del mundo no pueden permanecer intactas; las investigaciones sobre la personalidad han sido abordadas desde ininidad de enfoques teóricos y de acuerdo a las necesidades de estudio, para Allport (1974), el estudio de la personalidad debe centrarse en el organismo, considerarlo como organismo lleno, considerar a la motivación como un factor de la estructura, emplear unidades de análisis suficientes para producir una síntesis adecuada y ubicar apropiadamente el fenómeno de estudio.

Al hablar de personalidad se piensa en la conceptualización de lo normal, sin embargo, al hablar de normalidad inevitablemente se piensa en patología; en este caso, lo patológico de la personalidad. En la actualidad existen muchos agentes que propician el cambio en las culturas y algunos de ellos atentan en contra de la integridad personal, ya sea física o psíquicamente; estos agentes suelen afectar con diversos niveles de seriedad una estructura conformada de manera particular para hacer frente a los caprichos de la vida, ya sea de manera eficaz o ineficaz. El SIDA es un fenómeno que se ha presentado a nivel mundial y ha desencadenado una serie de reacciones, afectivas, cognitivas y conductuales que, de acuerdo a investigaciones realizadas al respecto, en buena medida es compartida dentro de determinados grupos poblacionales, ya sea que se hable de grupos relacionados por edad, sexo, situación sexual, ocupación y muy probablemente de acuerdo con determinados perfiles de personalidad; por ello es importante ahora darle un vistazo a algunas formas en que se ha concebido a la personalidad y su relación con el tema de este estudio; el SIDA.

3.1. Las teorías de la personalidad.

Fromm (1987) define a la personalidad como la totalidad de las cualidades psíquicas heredadas y adquiridas peculiares de un individuo y que lo hacen único; las cualidades heredadas constituyen el temperamento y las adquiridas el carácter.

Cueli (1977) señala que la personalidad puede definirse a través de los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, de determinada manera; dice que la personalidad es la forma en que un individuo ordena y describe su experiencia con fines adaptativos para prever, anticipar o predecir que es lo que podría suceder en una situación nueva.

Para Allport (1974) la personalidad es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular adaptación al ambiente.

Considerando estas definiciones es posible entender la importancia del estudio de la personalidad, debido a que permite entender los motivos que llevan al hombre a comportarse de determinada manera y no de otra; por otra parte permite integrar las diferentes facetas o procesos como la motivación, emoción, sensopercepción, aprendizaje, entre otros, de la totalidad que es el hombre; es posible aumentar la probabilidad de poder predecir con mayor precisión la conducta del individuo y finalmente nos permite conocer como se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad (Anastasi, 1967). Desde esta perspectiva la personalidad se refiere a rasgos generales humanos, Cattell (cit. en Ampudia, 1994) señala que la personalidad es aquello que permite predecir lo que una persona hará en determinada situación.

Las teorías son sistemas conceptuales coordinados que intentan dar coherencia a un cuerpo de leyes empíricas conocidas de las cuales se deducen teoremas cuyos valores predictivos pueden ser aprobados, en este sentido, cada teoría de la personalidad

propone, dentro de su enfoque, los rasgos e interacciones entre las dimensiones o factores de la personalidad que permiten clasificar las conductas más estables del individuo (Allport, 1974). La consistencia en las conductas de una misma persona a través de diferentes contextos, son denominadas características, hábitos, rasgos.

En la teoría de los rasgos se propone que la personalidad está influenciada por rasgos definidos y que tales rasgos se pueden inferir por medio de una medición de sus indicadores que se observan en las acciones abiertas de las personas (Wolff, 1970). De acuerdo con la teoría de los rasgos se puede describir la personalidad de una persona por la posición que ocupa en cierto número de escalas, en donde cada una de estas representa un rasgo (Allport, 1974).

Los rasgos son fuerzas reales, motivaciones dentro del individuo que inician y guían una forma particular de conducta. Existen rasgos comunes, que se refieren a conductas compartidas entre muchas personas; los rasgos individuales pertenecen sólo a la persona; los rasgos centrales son característicos y constantes en la personalidad a los que Cattell (1965, citado en Ampudia, 1994) denominó rasgos fuente porque aparecen más estables y determinados por factores genéticos y que determinan algunas de las conductas superficiales; los rasgos secundarios se refieren a conductas que no se presentan de manera regular en una persona (Allport, 1974).

Los rasgos deben inferirse ya que no pueden observarse directamente; unos son innatos y otros son determinados por el ambiente, que permite un número limitado de formas de adaptación, así, en una cultura determinada los individuos tienden a establecer patrones de conducta comparables a pesar de que cada individuo es único, que se han denominado formas de adaptación, sin embargo, los individuos de una misma cultura, con determinadas formas de adaptación, nunca se conducirán de manera idéntica cuando tengan una meta común debido a que se cuenta con percepciones selectivas de estímulos, así como selectiva es la elección de respuesta (Allport, 1974).

3.1.2. Las teorías psicosociales de la personalidad.

El estudio de la personalidad se ha caracterizado por la gran cantidad de formas en que puede concebirse al hombre, de acuerdo a factores biológicos, biofísicos, biopsicológicos y sociales, entre otros. La perspectiva social señala que el hombre es, fundamentalmente, el producto de la sociedad en la que vive, es decir, la personalidad es más social que biológica (Hall y Lindzey, 1957).

Fromm (1987, 1988) señala que si bien ciertas necesidades son comunes a todos, como el hambre, la sed, el apetito sexual; los impulsos que contribuyen a establecer las diferencias caracterológicas entre los hombres, como el amor, el odio, el deseo de poder; son resultado del proceso social. Fromm para entender la formación del carácter considera de vital importancia el concepto de adaptación, distingue entre una adaptación estática y una dinámica, la primera es la adaptación a normas que no alteran la estructura del carácter, e implica solo la adopción de un nuevo hábito. La adaptación dinámica es la que transforma intimamente la psicología del ser, es decir, al tiempo que el individuo se adapta, algo se transforma en él.

Menciona que las formas de adaptación son formas de satisfacer necesidades, las formas de expresión de tales necesidades varían de acuerdo a las sociedades en los distintos lugares del mundo y en las diferentes épocas históricas, y varían porque dichas formas están determinadas por la cultura. Señala que las necesidades fisiológicas son muy importantes, sin embargo, la necesidad más importante es eludir la soledad, por medio de los contactos interpersonales, independientemente de la naturaleza de estos contactos. Sentirse totalmente solo conduce a la desintegración mental.

Fromm (1987) menciona que el carácter es una parte constitutiva de la personalidad que puede ser modificable a través de procesos de adaptación, asimilación y socialización; señala que el proceso de la vida implica adquirir y asimilar objetos y

relacionarse con otras personas; es una reacción del individuo frente a influencias externas; las diferencias caracterológicas son el resultado del proceso social. Agrega que el carácter determina el pensamiento, la acción y la vida emocional; el carácter tiene dos funciones, una subjetiva, que lleva al sujeto a obrar de acuerdo con lo que le es necesario desde el punto de vista práctico con el fin de experimentar una satisfacción psicológica derivada de su actividad; y una función social que consiste en internalizar las necesidades externas, enfocando la energía humana hacia las tareas requeridas por un sistema social determinado, sin embargo, no siempre lo logra.

Fromm (1991) dice que las neurosis son un tipo de adaptación dinámica, y un síntoma de un fracaso moral, las considera como el resultado de esfuerzos inconscientes que tienden a anular el desarrollo de la persona. Señala que el factor genético de las neurosis es el temor a la soledad, afirma que la norma primitiva de la angustia se forma en el conflicto originado en el individuo entre la necesidad de obtener aceptación social y la necesidad de lograr la individualidad; así entonces, habla de la posibilidad de encontrar formas particulares de distorsión de la personalidad (neurosis) de acuerdo con el grupo sociocultural al que correspondan los individuos. Señala que los juicios de valor determinan sus acciones y sobre su validez descansa su salud mental. Considera que el hombre es capaz, mediante la razón, de elaborar normas válidas siempre y cuando conozca la naturaleza del grupo social al que pertenece; al crear estas normas lo hace basado en las cualidades inherentes al hombre, la violación de estas normas origina desintegraciones mentales y emocionales.

Al respecto de las neurosis, el punto central de la teoría de Karen Horney es la personalidad neurótica dando importancia a la situación actual del neurótico (Cueli, 1977; Hall y Lindzey, 1957; Mandolini, 1994), creyó que la resolución de ésta produciría una sociedad mejor y más sana. Consideró que la cultura en la que vivimos genera gran cantidad de ansiedad en los seres que la conforman, por lo que la neurosis es el resultado natural del individuo que vive en una sociedad industrializada.

Uno de los factores causales de la neurosis es el establecimiento de una civilización que se basa en la competencia individual y de grupos; así consideró que no podía existir una psicología de la normalidad para la humanidad; ya que los principios psicológicos que se pueden definir se deberán hacer dentro de los marcos de referencia culturales en los que opera el hombre, siendo entonces que a medida que cambian las culturas, cambia también el concepto de normalidad; consideraba que las experiencias de la infancia eran importantes en el momento de la definición de la personalidad, sin embargo, no debían negarse las condiciones existentes de la sociedad y la cultura.

La estructura del carácter es el total de las experiencias que el adulto acumula durante su vida, en la que se combinan la totalidad de los hábitos infantiles, viéndose que estas pueden circunscribir las capacidades del sujeto; la estructura del carácter no sólo limita las habilidades del hombre, puede aún aumentar sus potencialidades dependiendo de lo que se haya acumulado; además mientras el sujeto viva, su carácter seguirá siendo moldeado y remodelado; el conocimiento de sí mismo es sumamente importante en la formulación de la estructura de carácter, de la estructura del Yo, esto es algo que la sociedad no construye, es construido por uno mismo.

Con la finalidad de alcanzar la autorrealización el hombre debe tener un Yo idealizado al cual pueda seguir como modelo; sin embargo, en algunas ocasiones el Yo genuino se pierde frente al Yo ideal, cuando esto sucede el individuo está luchando por una meta inaccesible, al no lograrlo surgirán conductas neuróticas en el sujeto, perdiendo la posibilidad de la espontaneidad. Entre más se aleje el hombre del Yo real, intentando acercarse al ideal, más conflicto interno se producirá y se observará más conducta neurótica. Uno de los mecanismos más comúnmente utilizados es el de la externalización, en donde el sujeto externaliza su responsabilidad hacia otros, y siente que todas las cosas tienen lugar fuera de sí. Horney (1976) consideró que cuando el individuo pierde su espontaneidad o se abstiene de ser un hombre espontáneo su Yo real se enferma y se trastorna emocionalmente.

Horney (cit. en Mandolini, 1994) define a las neurosis como un trastorno psíquico producido por temores, no necesariamente reales, por defensas contra los mismos, y por intentos de establecer soluciones de compromiso entre las tendencias y el conflicto, en donde el factor común y esencial es la angustia y las defensas levantadas contra la misma; define al neurótico como aquél que discrepa de la generalidad, sin perder de vista los patrones culturales. Menciona que existen dos características constatables en toda neurosis, la rigidez de las reacciones, que es la ausencia de flexibilidad que permite actuar de diversas maneras ante diversas circunstancias, por ejemplo sentir miedo constante aunque no haya razones para sentirlo, siempre y cuando no sea una norma cultural; y la discrepancia entre las posibilidades y las realizaciones, en donde el individuo se vive a sí mismo como un estorbo (Horney, 1993).

En el estudio que Horney hace de las neurosis, las clasifica en dos grandes grupos, las neurosis de situación, que son reacciones frente a una situación exterior, los que padecen estas reacciones por lo general tienen una personalidad sana; y las neurosis de carácter que son las auténticas neurosis pues tienen el trastorno básico de la deformación del carácter, son resultado de un proceso crónico. Horney está de acuerdo con Fromm en el sentido de que si la mayoría de los individuos de una cultura afronta idénticos problemas, estos son creados por condiciones especiales de dicha cultura y si existen diferencias culturales seguramente habrá diferentes concepciones de lo que es la neurosis, así también considera que la neurosis es un intento por no perder contacto y relación con otros sujetos. (Horney, cit en Mandolini, 1994).

Para Horney el punto básico de las neurosis es la angustia; la angustia y el miedo son reacciones emocionales muy similares, ya que son reacciones proporcionales a una amenaza o peligro, sin embargo, el miedo es un peligro evidente y objetivo, en tanto que en la angustia es un peligro subjetivo, es la realidad como el neurótico la ve, en ocasiones esta angustia suele manifestarse bajo la forma de miedo ya sea a lo que realmente genera angustia o algún objeto especialmente significativo para él, objeto

que en buena medida acentúa sus neurosis (Horney, 1976). Según Horney (1993) la angustia juega un papel importante en el desarrollo del hombre contemporáneo y ante ella se siente indefenso e irracional, ya sea en sus pensamientos o en sus conductas. Para evitar sentir angustia, el neurótico utiliza cuatro mecanismos, la racionalización, por medio de la cual convierte la angustia en un miedo racional, niega la existencia de la angustia, esto se observa a través de síntomas somáticos; se narcotiza ante ella, ya sea por medio de productos químicos o actividades, como la sexual; o rehuye a toda situación idea o sentimiento capaz de provocar angustia. Así Horney señala que cualquier impulso tiene la capacidad potencial de generar angustia cuando su descubrimiento o realización implique la violación de otros intereses o necesidades vitales y toda vez que sea lo suficientemente apremiante e imperativo.

Al considerar la importancia que otorga Horney a la angustia dentro del campo de la neurosis, se hace necesario retomar la teoría que Sullivan hace de la personalidad, en donde considera que la angustia, si bien puede dar lugar a la neurosis, un nivel mayor de angustia puede desorganizar totalmente a la personalidad, dando lugar a la psicosis.

Sullivan (cit. Hall y Lindzey, 1957; Cueli, 1977; Mandolini, 1994) señala que el afán de lograr satisfacción y el anhelo de seguridad son las dos grandes fuerzas motrices del hombre, relacionándose la primera con lo biológico y la segunda con lo cultural. Respecto del anhelo de seguridad surge del hecho de que toda persona sufre un proceso cultural que se inicia con el nacimiento, por ello dice que el ser humano es un proceso cultural y se parte de la premisa de que el anhelo de seguridad se relaciona con un sentimiento de pertenencia y aceptación.

Cuando el medio cultural interfiere en la búsqueda de satisfacciones exigidas biológica e instintivamente, el individuo experimenta dolor, miedo y angustia, que amenazan a la estructura de la personalidad, por lo que ésta se vuelve rígida tornando sus relaciones personales inflexibles, y en ocasiones es tal el montante de angustia que los individuos

tienden a distorsionar a los otros en niveles psicóticos, con representaciones que sólo ocurren en las fantasías del sujeto; sintiéndose impotente y desvalido, casi como en la infancia temprana; al distorsionar a los demás se percibe que la angustia es restrictiva por que interfiere la observación, disminuye la capacidad de discriminación y obstruye la adquisición del conocimiento y la comprensión, así una conducta vivida con angustia implica que las conductas similares se vivan igualmente con angustia, por lo que se mantiene alerta para advertir cuáles de sus acciones le hacen sentir así, por lo que suele recurrir a la disociación como medida para prevenir la angustia, aquí señala la importancia de la disociación como fenómeno inherente a la psicosis; así una persona mentalmente enferma es aquella en que sus limitaciones le impiden o estorban la satisfacción y seguridad biológicamente necesarias. Contrariamente considera que el ser humano normal cuenta con una "fuerza motriz" por medio de la cual logra establecer relaciones interpersonales que le produzcan satisfacción y seguridad y puede mantener hábilmente estas relaciones.

Aisenson (1982) hace un importante estudio sobre la psicosis, y señala que en el momento en que en el ser humano se establece una realidad psíquica en la que se concentra la historia cultural de la humanidad, se forma también una realidad social, entonces se esperaría que ambas coincidiesen en la mayoría de los aspectos, sin embargo y desafortunadamente, esto no siempre es así. Estas realidades son niveles de identidad que forman parte de la realidad psíquica, en ocasiones se establece cierta discontinuidad entre lo interno y lo externo resultando tensiones que se manifiestan a través de acciones específicas, y que generalmente son fantasías. El sujeto que padece estas fantasías intenta relacionarse con su realidad interior y exterior por medio de ellas, y no siempre funciona, por lo que le son desconocidas y se percibe una realidad distorsionada, se da entonces un alejamiento de la realidad con la finalidad de construir una nueva realidad que cumpla con las necesidades de la persona; en la neurosis se obedecen las exigencias de la realidad, por rígidas que sean; en la psicosis el Yo se aparta de la realidad se le desconoce y se le niega, se hace una selección con respecto de qué parte de la realidad será alejada y desconectada de la

propia realidad. En la psicosis hay un desconocimiento del suceso que genera angustia, por lo que las representaciones mentales de la realidad se representan con otras, constituyéndose una nueva realidad, que puede adquirir el carácter de alucinatorio, actuando sobre los restos de la realidad anterior. El sujeto no puede reconocer su realidad, pero tampoco puede reconocerse así mismo, como individuo y como ente social; está adaptado a una realidad tan interna que está totalmente ajeno a su propio cuerpo debido a los intentos frustrados de consolidación, que lo han orillado a la soledad, a la angustia, al miedo, al aislamiento y al egocentrismo; ha distorsionado la realidad.

En el proceso de socialización un hombre se hace tal por intermediación de otro hombre y ambos van a determinar los valores socioculturales vigentes; así, en la unidad y estructura interna del hombre se refleja la unidad y estructura de todo el proceso social; así en el proceso de identidad cualquier cambio es importante, sobre todo cuando surgen agentes que propician cambios a nivel social, como las enfermedades.

A través del diagnóstico y la investigación clínica la neurosis y la psicosis son las dos formas en que se manifiesta la patología de la personalidad, una de ellas, la psicosis, más severa que la otra, sin embargo, las dos son incapacitantes y en buena medida responden a un origen común; para efectos de este estudio se presenta ahora una subdivisión de la neurosis y la psicosis de acuerdo con las categorías psiquiátricas más comunes presentadas en el MMPI-2.

Dentro de la neurosis se comprenden los siguientes trastornos:

-Hipocondría: Preocupación anormal psiconeurótica acerca de la salud corporal, aunque no exista una base orgánica, reflejan síntomas particulares o quejas específicas, como malestar, dolores, debilidad, fatiga, mala salud, problemas estomacales, dificultades respiratorias, pobreza visual, tos, dificultades de sueño,

mareos y entumecimiento; quejas médicas excesivas y extrema preocupación hipocondriaca. La prolongada preocupación por su salud, les produce periodos de disminución de la eficiencia, aún cuando no están incapacitados por una enfermedad mayor. Son ególstas centrados en sí mismos y narcicistas, pesimistas, con actitud derrotista y cínicos. Pueden expresar hostilidad, se ven como aburridos y poco entusiastas (Lucio, 1995).

-Depresión: Marco mental negativo en donde el sujeto reporta una pobre moral, pérdida de la esperanza en el futuro, insatisfacción de la vida, estado de ánimo bajo, baja autoestima, pérdida de interés por las cosas y sentimientos de apatía. Refleja una medida de depresión sintomática. Son deprimidos, infelices, disfóricos, pesimistas, autocríticos, con tendencia a la culpa, indolentes, tienen preocupaciones somáticas, fatiga, debilidad, pocas energías y tensión, son indecisos y con baja autoconfianza; se sienten inútiles e incapaces; son considerados como introvertidos, avergonzados, retraídos, tímidos y apartados (Lucio, 1995).

-Histeria: Manifestación de patrones inusuales de características de personalidad compuesto por una asertividad negada y compleja, establecimiento de relaciones interpersonales tensas, el individuo que la padece puede llegar a estar incapacitado súbitamente por problemas físicos, usualmente vagos y de origen desconocido. Trastorno basado en la somatización. Patrón clínico compuesto por negación psicológica, habilidad social y manifestación de vagas quejas somáticas. Suelen reaccionar al estrés con síntomas físicos, carecen de conciencia acerca de la etiología de sus síntomas, son psicológicamente inmaduros, añañados, infantiles egocéntricos, narcicistas y ególatras (Lucio, 1995).

-Desviación Psicopática: Comportamientos que indican problemas familiares o conductuales de manera agresiva, manipulación interpersonal e impulsividad. Estos individuos manifiestan considerables rasgos antisociales, tienen actitudes rebeldes ante las figuras de autoridad, son inmaduros, añañados, narcicistas, ostentosos,

exhibicionistas, egocéntricos. Son simpáticos y crean una buena primera impresión; son extrovertidos, poco reservados, incapaces de beneficiarse de las experiencias carentes de metas definidas. Suelen tener problemas para acatar la ley a pesar de no haber tenido privación cultural, poseer inteligencia normal. Muestran falta de interés por la mayoría de los estándares sociales y morales de conducta. (Lucio, 1995).

El fenómeno psicótico ha sido dividido en los siguientes rubros:

-Paranoia: Patrones de conducta de suspicacia, desconfianza, creencias ilusorias, excesiva sensibilidad interpersonal, pensamiento rígido y externalización de culpa (Lucio, 1995).

-Psicastenia: Trastorno de ansiedad con rasgos obsesivo-compulsivos; inadaptación general, sienten ansiedad y angustia, así como confesión de estándares morales altos y culpabilidad por las cosas que no salen bien, así como esfuerzos rígidos para controlar impulsos. Los demás los ven como personas rígidas, tensas y agitadas. Refieren sentimientos de aprehensión, son personas deprimidas, asustadizas, con problemas de atención y concentración, son introspectivos, meditativos, así como sumisos, son carentes de autoconfianza, inseguros, con sentimientos de inferioridad, rígidos, moralistas, carecen de ingenio, son torpes y vacilantes; distorsionan la importancia de los problemas. Son vistos como personas que no tienen buena integración social, intelectualizan y racionalizan sus problemas. (Lucio, 1995).

-Esquizofrenia: Trastorno severo que se caracteriza por conductas extrañas, experiencias inusuales y características especiales de sensibilidad; tendencia importante hacia el aislamiento y la apatía se debe prestar importancia al grupo poblacional del que proviene el individuo, debido a las características que pudiera compartir con su grupo social. Se trata de un estilo de vida mal manejado considerando lo convencional de acuerdo con su grupo social. La persona lleva un

estilo de vida poco común, se trata de personas distantes y aisladas, apartadas, desinteresadas y fantasiosas, son personas enajenadas (Lucio, 1995).

-Hipomanía: Tendencia a actuar de forma eufórica, agresiva e hiperactiva son personas hiperactivas, acelerados; sufren de alucinaciones, delirios de grandeza, generalmente se les percibe como desorganizados, creativos, emprendedores, ingeniosos. Tienen poca tolerancia a la frustración y no pueden inhibir sus impulsos fácilmente. Muestran serias dificultades para ver sus propias limitaciones, por ello son irreales, tienen aspiraciones grandiosas; sufren de episodios de hostilidad, son vistos por los demás como enérgicos y activos, son habladores, socialmente manipuladores, persuasivos e inconstantes, debido a ello con frecuencia tienen problemas interpersonales (Lucio, 1995).

La Introversión social es una característica de ambos tipos de personalidad enferma, se dice que se trata de una personalidad que se caracteriza por timidez, falta de autoconfianza, evitación de relaciones interpersonales y menosprecio se trata de sujetos lentos, sobrecontrolados, inseguros, indecisos e inflexibles. Son socialmente inhibidos, carecen de autoconfianza, son introvertidos, reservados, tímidos, retraídos, serios, lentos. Son vistos por los demás como personas confiables y dependientes (Lucio, 1995). Gray (1971) señala que ambas formas de adaptación pueden subdividirse en aquellas personas que muestran altos niveles de introversión y los que son extrovertidos. Los estados neuróticos y psicóticos se caracterizan por un sentimiento de desasosiego que puede ir desde el miedo hasta el pánico, por ello casi todas las clasificaciones diagnósticas mencionadas están relacionadas con este ser introvertido o extrovertido que en buena medida se determina por el miedo a enfrentarse a una serie de eventos o a realizarse determinadas conductas. Cuando existe la necesidad de realizar una de estas conductas, es muy probable que surja una reacción de miedo característico al criterio diagnóstico; si a pesar de todo se ejecuta se siente miedo de las consecuencias. El mismo teórico señala que la extroversión alta se acompaña de una baja capacidad de condicionamiento, es decir el extrovertido, tiene

serias dificultades para aprender de la experiencia, y más difícil es cuanto más miedo exista, ya que es una persona insensible a la amenaza.

Las personas introvertidas presentan estados de angustia, desarrollan un comportamiento patente de evitación. El extrovertido actúa bajo la excitación del momento debido a que su comportamiento está determinado por las recompensas.

3.2. El SIDA y su relación con la personalidad.

En la literatura existente sobre la prevención de la infección por VIH es muy común encontrar que se hace referencia a factores de personalidad como generadores de conductas particulares ante la enfermedad, ya sea preventivas o de riesgo; igualmente hay estudios que señalan que el SIDA es un agente que ha venido, de alguna manera, a modificar una serie de patrones conductuales propios de la personalidad; así, es posible inferir que el SIDA y la personalidad son dos entes que se modifican mutuamente.

Los estudios sobre la personalidad y el SIDA han estado dirigidos a comprender de qué manera la personalidad sana puede enfrentarse a la amenaza, aunque también existen estudios que intentan averiguar la forma en que la personalidad patológica se ha enfrentado a la pandemia; en la mayoría de los casos se hace alusión a la angustia y al miedo como propiciadores de las formas de reacción, así como la percepción de la vulnerabilidad de contagio.

Villagrán (1994) y Flores Galaz y Díaz-Loving (1994) señalan que desde la perspectiva de la prevención es importante considerar cuáles son los valores y los rasgos de personalidad que presenta la población sexualmente activa, señalan que los iniciados sexualmente valoran más el hedonismo-erótico, asimismo las mujeres le dan más importancia a la armonía-sabiduría, mientras que los hombres presentan rasgos de personalidad con marcados riesgos y aventuras.

Díaz-Loving (1994) realizó un estudio con el fin de asociar ciertos rasgos de personalidad con la propensión a realizar conductas de alto riesgo de contagio o aquellos rasgos que inducen a las personas a realizar conductas de prevención. Menciona que se ha encontrado que sujetos en estados de ansiedad o depresión son más susceptibles de realizar conductas de riesgo. Consideró como rasgos de personalidad el locus de control, la asertividad, la abnegación, el hedonismo-erótico, la sabiduría, la moderación; encontró diferencias por sexo, y observó que las mujeres son más moderadas respecto de su conducta sexual; así mismo encontró que el hedonismo-erótico es particularmente importante para aquellos que se han iniciado sexualmente, observó que aquellos que tienen un control interno sobre su salud realizan conductas de prevención, como reducir su número de parejas sexuales, o usan condón, y aquellos que tienen control externo, creen en la suerte, tienen una visión mágica de la vida, temen menos a contagiarse y realizan más conductas de riesgo. Los sujetos que se responsabilizan de sus actos (control interno) asumen las consecuencias de sus conductas, y por ello aumentan sus conductas preventivas, para ellos, con otorgar información sobre la enfermedad es más que suficiente para lograr cambios en sus conductas; sin embargo, los que no se responsabilizan de sus actos incurrir en conductas riesgosas; para ellos es importante abordar los procesos emocionales y cognitivos que tienen respecto del SIDA. Por otro lado las personas que se describen como pasivo-abnegadas usan consistentemente el condón con su pareja regular, y no con sus parejas ocasionales, ya que aceptan gustosamente lo que su pareja les pide. Las personas asertivas realizan consistentemente conductas de prevención como el uso del condón.

No obstante existen estudios que se han enfocado a la perspectiva psiquiátrica para conocer de qué manera están enfrentándose los sujetos al SIDA, y conocer algunas de las formas patológicas en que incurrir con el fin, de realizar investigación preventiva e incitar a las personas a realizar conductas de prevención (Buhrich, Cooper y Freed; 1988).

Buhrich, Cooper y Freed (1988); Warwick, (1989) y Kurder y Siesky (1990) señalan que las personas que han adquirido SIDA presentan una serie de deterioros neuropsicológicos y desordenes psicológicos, como depresión, ansiedad, ideación suicida, manía, obsesión, ira, aislamiento social, entre otros; sin embargo, sujetos no infectados pueden manifestar también estos trastornos y otros de tipo físico, lo que hace pensar que la estructura de la personalidad está jugando un importante papel en el fenómeno del SIDA.

Estudios (Nyamathi y Flaskerud; 1990; Brown y Lees-Haley; 1992) han encontrado que existen componentes conductuales y estilos de vida que pueden predecir si una persona se infectará o no con el VIH en el futuro, como las conductas de riesgo y la tendencia a realizarlas, así como las emociones y los juicios respecto de la enfermedad, sin embargo, consideran que existen algunos factores en la estructura del carácter que los llevará a conducirse de manera riesgosa o a percibir de manera amenazante y distorsionada a un estímulo. Así, han encontrado que algunos pacientes psiquiátricos realizan conductas de riesgo, y aunque no están infectados tienen la certeza de tener SIDA; estas personas que se han realizado la prueba de detección del VIH y resulta negativa presentan una personalidad premórbida neurótica y síntomas y signos de ansiedad; algunos presentan confusiones psicógenas y un pánico a tal grado que somatizan y presentan lesiones cutáneas y una tendencia a tener bajas en su conducta extrovertida, a pesar de que cuentan con una historia importante de relaciones heterosexuales casuales.

Bajo los mismos parámetros Halstead, Riccio, Harlow, Oretti y Thompson (1988) y Logsdail, Lovell, Warwick y Marks (1991) señalan que el SIDA es una enfermedad asociada con anormalidades mentales, sin embargo, algunos sujetos con personalidad premórbida, a pesar de no estar infectadas presentaban altos niveles de miedo a infectarse con VIH acompañado por desordenes obsesivo-compulsivos. El miedo al SIDA suele presentarse en personas depresivas, ansiosas, hipocondríacas, pero sobretodo en males psicóticos, como esquizofrenia. Así mismo señalan que la

personalidad vulnerable es más sensible a sentir ansiedad ante el SIDA, sienten más miedo irracional.

Todd (1989) realizó un estudio con personas sin historia de manifestaciones psiquiáticas pero que mostraban dificultades de personalidad y de adaptación, que temían haber contraído VIH y observó que este temor produjo en ellos psicosis paranoide, neurosis obsesivo-compulsiva, desórdenes de pánico, estados de miedo incapacitante y ansiedad. Un estudio similar fue realizado por Altamura, Mauri, Coppola y Cazzullo (1988) reportan que pacientes que aseguran haber adquirido VIH, al someterse a la prueba de detección y descubrir que son seronegativos, se sienten tristes y desilusionados, estos pacientes manifiestan un miedo irracional al SIDA a pesar de que no realizan conductas de riesgo, posteriormente al conocimiento del diagnóstico presentan un severo cuadro psiquiátrico esquizofrénico y paranoide.

Jacob, John, Verghese y John (1987) observaron, en un estudio similar al anterior que los pacientes presentaban otras categorías diagnósticas bajo las mismas circunstancias, enfocadas más bien a situaciones neuróticas como hipocondría, histeria y depresión

Buhrich, Cooper y Feed (1988) señalan que los síntomas de SIDA que presentan algunos pacientes empiezan a constituirse como una forma particular de psicosis ante la amenaza de contraer la enfermedad, se manifiesta por medio de levantar todas las defensas con las que cuenta el individuo en contra de la amenaza con el fin de bloquear la existencia de alguna posibilidad de riesgo, por ello incurren en algunas prácticas de riesgo para demostrarse a sí mismos que no están enfermos y que no son susceptibles de adquirir el VIH; por otro lado aquellos que simulan estar infectados lo hacen debido a que el estado de angustia en el que han constituido su personalidad no les permite certeza respecto de sí mismos, sin embargo, el SIDA les da la certeza de que están enfermos y que se van a morir, es decir, prefieren la certeza de la muerte a lo incierto de sí mismos.

CAPÍTULO 4.

Método.

4.1. Problema de investigación.

4.1.1. Justificación del problema.

El SIDA es un problema de salud prioritario en nuestro país, debido a la elevada tasa de infección que hasta ahora se conoce. Con el fin de detener su propagación diversos organismos han realizado una gran cantidad de estudios para elaborar programas y campañas de prevención que se han difundido a través de diversos medios de comunicación. Originalmente las campañas se orientaban a ofrecer información sobre lo que es el SIDA, como se transmite y algunas de sus formas de prevención; así, estudios realizados en México (Villagrán, 1993) señalan que la población cuenta con los conocimientos necesarios y suficientes sobre SIDA; posteriormente se ha recurrido a hacer campañas que hacen evaluaciones de tipo moral, como la fidelidad y el amor; así como campañas dirigidas a adolescentes, a parejas heterosexuales, entre otras. Sin embargo, las estadísticas señalan que el número de casos se ha elevado significativamente durante los últimos años sin respetar grupos poblacionales, por lo que se considera que las campañas no han tenido el impacto para el que fueron creadas, probablemente debido a la generalidad con la que se dirigen a una persona, independientemente del grupo poblacional al que pertenezca (Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán; 1994).

Cada persona tiene una forma particular de vivir y percibir al mundo que le rodea a partir de sus sistemas psicofísicos, lo que define sus formas de conducta y de relación,

sus procesos cognoscitivos y emocionales, por ello se torna importante tomar en cuenta los rasgos de personalidad cuando se tiene como fin impactar de forma determinada en un individuo, sin embargo, y con respecto del SIDA, un programa preventivo por persona es una tarea impensable.

Por las características de la cultura en México se considera que entre la población hay conductas comparables cognoscitiva, conductual y emocionalmente; que se han llamado perfiles de personalidad.

Desde la perspectiva psiquiátrica existen diversos perfiles de personalidad definidos a través de patologías específicas que se miden por medio de rasgos o indicadores, por lo que cada perfil de personalidad se diferencia de otro por medio de una serie de características que le son comunes e inherentes.

Los niveles de miedo son procesos emocionales que pueden definirse a través de los tipos de personalidad y son indicadores de las formas de reacción de una persona ante un estímulo amenazante, ya sea que se resguarde de él de manera asertiva, o que se incapacite ante él. Esta elección depende, en buena medida, de factores cognoscitivos, como los conocimientos y las creencias con los que se cuenta acerca de la amenaza, las actitudes y la percepción de conductas de riesgo. Así entonces, es importante considerar de qué manera un perfil de personalidad se relaciona con una gama específica de factores cognoscitivos ante un fenómeno, en este caso el SIDA; así como la forma de relación de éstos con un determinado nivel de miedo; desde esta misma perspectiva se considera que la vida sexual de los sujetos puede ser determinante para definir los aspectos cognoscitivos mencionados así como los niveles de miedo, con el fin de sentar las bases para programas de prevención más eficaces.

Los estudiantes universitarios son, por lo general, una población significativa para realizar este tipo de estudios debido a que un gran número de casos de SIDA se han encontrado en adultos jóvenes que tuvieron contacto con el VIH alrededor de los años universitarios, quizá porque durante estos años la expresión de la sexualidad y lo

concerniente a ella, ha adquirido gran importancia; por ello los estudios epidemiológicos han señalado que a largo plazo la población estudiantil se verá severamente afectada por el SIDA.

Con la aparición de agentes que propician el cambio en las culturas es necesario conocer la forma en que sus miembros se adecuan, responden o se protegen de ellos, y de que manera la personalidad se ve afectada. El SIDA es una clara muestra del cambio en las culturas a nivel mundial, por ello resulta interesante conocer de qué manera se relacionan la personalidad y la vida sexual con el fenómeno del SIDA y algunos de los aspectos emocionales que le son inherentes, específicamente el miedo, así como su relación con aspectos cognoscitivos, como la percepción de conductas de riesgo, la actitud hacia el condón y los conocimientos y las creencias. Los perfiles de personalidad serán determinados a través de los puntajes que arroje el MMPI-2, aspecto que resulta de importancia debido a que este instrumento ha sido sometido a una renovación implantada por las necesidades de una sociedad cambiante y porque existen pocos estudios que relacionen la personalidad con el fenómeno del SIDA.

4.1.2. Planteamiento del problema.

La presente investigación tuvo como objetivo:

Detectar de qué manera influye la personalidad de las personas entrevistadas, en el nivel de miedo que sienten ante el contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el SIDA.

Observar de que forma los procesos cognoscitivos (conocimientos y creencias sobre SIDA, la percepción de conductas de riesgo y la actitud hacia el condón) son definidos a través de los perfiles de personalidad.

Identificar cuál es la relación entre la vida sexual con el miedo al SIDA y los factores cognoscitivos respecto del SIDA.

Conocer de qué manera se relacionan el miedo al SIDA y los procesos cognoscitivos mencionados.

4.1.3. Objetivos específicos.

Determinar el nivel de miedo que manifiestan sentir los sujetos entrevistados ante el VIH/SIDA en relación con su tipo de personalidad.

Detectar como se relaciona el miedo al SIDA con la percepción de conductas de riesgo.

Conocer cuál es la relación existente entre el miedo a la infección por VIH y la actitud hacia el condón.

Observar la relación existente entre el miedo al VIH/SIDA y los conocimientos que se tengan sobre la enfermedad.

Observar cómo se relaciona la conducta sexual de los sujetos entrevistados con el miedo al SIDA.

Comparar las relaciones existentes entre la personalidad y la percepción de conductas de riesgo.

Observar qué relación existe entre la personalidad y la actitud hacia el condón.

Identificar la influencia del tipo de personalidad sobre los conocimientos que los sujetos manejan con respecto del VIH/SIDA.

Detectar la relación entre la percepción de conductas de riesgo y la actitud hacia el condón.

Conocer cómo se relaciona la percepción de conductas de riesgo con los conocimientos que se tienen sobre SIDA.

Identificar cómo se relaciona la percepción de conductas de riesgo con la vida sexual.

Conocer la relación existente entre la actitud hacia el condón y los conocimientos que se tienen sobre la enfermedad.

Observar cuál es la relación entre la actitud hacia el condón y la vida sexual.

Conocer la relación existente entre los conocimientos que se tienen sobre SIDA y la vida sexual.

4.2. Variables.

4.2.1. Tipo de variables.

Variables demográficas (de clasificación):

Sexo.

Edad.

Estado Civil.

Escolaridad.

Variables independientes:

- Personalidad.
- Vida sexual.

Variables dependientes:

- Miedo ante el contagio de VIH y SIDA.
- Procesos cognoscitivos (conocimientos y creencias sobre SIDA, percepción de conductas de riesgo y actitud hacia el condón).

4.2.2. Definición de variables.

4.2.2.1 Definiciones conceptuales de las variables:

Sexo: Condición orgánica-anatómica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos. (Diccionario de Ciencias Sociales, Vol. 6, 1975).

Edad: Años y meses transcurridos desde el nacimiento (Newman y Newman, 1985).

Estado civil: La condición jurídica de las personas poniendo acento en la capacidad de obrar (Diccionario de Ciencias Sociales, Vol. 1, 1975).

Escolaridad: Equivale a asistir a la escuela y trae a la mente toda la gama de actividades que se llevan a cabo en la escuela (James Bowen y Peter R. Hobson, 1991).

Miedo: Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o mal, real o imaginario (Diccionario de las Ciencias Sociales, Vol. 4, 1975)

Conductas de riesgo: Actividades que ponen en riesgo de infección por VIH que se relacionan con ciertas prácticas sexuales, uso de objetos punzocortantes y contacto con sangre infectada, que de acuerdo con su naturaleza pueden subdividirse en conductas de alto, mediando y bajo riesgo (AIDSCOM, 1990).

Actitud hacia el condón: Predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable el condón, de acuerdo a la información que el sujeto maneja a partir de su experiencia directa con el condón, a partir de inferencias o bien a partir de la información proporcionada por otros miembros del grupo (Villagrán, 1993).

Conocimientos adquiridos sobre SIDA: Se refiere a la información tanto documentada como la surgida de los grupos a los que se pertenece, que el sujeto tiene sobre SIDA (Villagrán, 1993).

Vida sexual: Gama de posibilidades con que cuenta un individuo para ejercitar sus capacidades sexuales con fundamento en lo biológico y en el libre albedrío (Diccionario de Ciencias Sociales, Vol. 6, 1975)

Personalidad, se divide en los siguientes rubros:

-**Hipocondría:** Preocupación anormal psiconeurótica acerca de la salud corporal. Excesiva preocupación por procesos corporales, aunque no exista una base orgánica (Lucio, 1995).

-**Depresión:** Marco mental negativo en donde el sujeto reporta una pobre moral, pérdida de la esperanza en el futuro, insatisfacción de la vida, estado de ánimo bajo, baja autoestima, pérdida de interés por las cosas y sentimientos de apatía (Lucio, 1995).

-Histeria: Manifestación de patrones inusuales de características de personalidad compuesto por una asertividad negada y compleja, establecimiento de relaciones interpersonales tensas, el individuo que la padece puede llegar a estar incapacitado súbitamente por problemas físicos, usualmente vagos y de origen desconocido. Trastorno basado en la somatización (Lucio, 1995).

-Desviación Psicopática: Comportamientos que indican problemas familiares o conductuales de manera agresiva, manipulación interpersonal e impulsividad (Lucio, 1995).

-Masculinidad-feminidad: Tendencia hacia la masculinidad o feminidad de un sujeto masculino o femenino. Reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que hombres y mujeres generalmente difieren (Lucio, 1995).

-Paranoia: Patrones de conducta de suspicacia, desconfianza, creencias ilusorias, excesiva sensibilidad interpersonal, pensamiento rígido y externalización de culpa (Lucio, 1995).

-Psicastenia: Trastorno de ansiedad con rasgos obsesivo-compulsivos; inadaptación general (Lucio, 1995).

-Esquizofrenia: Trastorno severo que se caracteriza por conductas extrañas, experiencias inusuales y características especiales de sensibilidad; tendencia importante hacia el aislamiento y la apatía (Lucio, 1995).

-Hipomanía: Tendencia a actuar de forma eufórica, agresiva e hiperactiva (Lucio, 1995).

-Introversión social: Personalidad que se caracteriza por extroversión, asertividad, sociabilidad y osadía o timidez, falta de autoconfianza, evitación de relaciones interpersonales y menosprecio (Lucio, 1995).

4.2.2.2. Definiciones operacionales de las variables:

Sexo: Se divide en Hombre y Mujer.

Estado Civil: Situación legal que los entrevistados reportan tener: solteros, casados, unión libre, divorciados, viudos.

Edad: Años de vida que los entrevistados dicen han vivido.

Escolaridad: El nivel de estudios que los entrevistados reportan, años que han asistido a la escuela.

Miedo: Nivel de miedo que los entrevistados reportan ante una serie de circunstancias relacionadas con el SIDA, que van desde "nada de miedo" hasta "muchísimo miedo" (escala de 1 a 5).

Conductas de riesgo: Medida en que los entrevistados reportan como riesgosas una serie de conductas relacionadas con el VIH/SIDA, que se mide en la escala "mucho" (3), "poco" (2), "nada" (1).

Actitud hacia el condón: Evaluación de la respuesta dada a una serie de afirmaciones en donde el sujeto manifiesta la certeza (2) o falsedad (1) de éstas, desde su punto de vista.

Conocimientos adquiridos sobre SIDA: Información sobre SIDA que los entrevistados manejan y que se mide a través de las respuestas que dan a una serie de afirmaciones

sobre SIDA y que se cuantifica a través de la siguiente escala "no se" (1), "falso" (1), "cierto" (2).

Vida sexual: Reporte por parte de los sujetos acerca de si han tenido o no coito (debut sexual).

Personalidad: Perfil de personalidad que se obtiene a través de las respuestas dadas por el sujeto a las 567 afirmaciones que conforman el MMPI-2, con dos opciones de respuesta (Cierto y Falso) que se encuentra dividido en los siguientes tipos de personalidad:

Hipocondriasis.

Depresión.

Histeria.

Desviación Psicopática.

Masculinidad-Feminidad.

Paranoia.

Psicasteria.

Esquizofrenia.

Hipomanía.

Introversión social.

Para efectos particulares de este estudio se han considerado las medianas de los puntajes obtenidos en la muestra final, debido a que no se trata de un estudio diagnóstico, además porque es una población que podría considerarse sana y sin patologías específicas.

4.3. Población.

4.3.1. Sujetos.

Originalmente se aplicaron 150 encuestas, sin embargo, a través de los criterios de exclusión que considera el MMPI-2 (excepto las escalas VRIN y TRIN) se excluyeron 19 encuestas por no cubrir uno o más de los criterios.

La población final estuvo integrada por 131 sujetos, 70 de sexo femenino y 61 de sexo masculino; estudiantes de 8o. y 9o semestres de las licenciaturas de contaduría y administración de la Universidad Tecnológica Americana (UTECA), cuya edad fluctúa entre 15 y 39 años.

4.3.2. Muestreo.

Se trató de un muestreo accidental.

4.3.3. Escenario.

Los estudiantes fueron entrevistados en las instalaciones de la Universidad Tecnológica Americana (UTECA), en donde asisten a clases.

4.4. Tipo de Investigación.

Es de campo y transversal, porque la aplicación de los instrumentos tuvo lugar en el escenario natural de los entrevistados y se hizo solo en una ocasión.

4.5. Diseño de Investigación.

Se trató de un estudio correlacional multivariado, ya que se correlacionaron cada una de las variables entre sí.

4.6. Descripción de los Instrumentos.

4.6.1. MMPI-2.

Se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, en su versión 2 (MMPI-2) (Lucio, 1995), que consta de 567 reactivos, en su versión traducida al español por Lucio y Reyes en 1992.

La aplicación puede ser individual y colectiva, dispone de un amplio número de formatos de hojas de respuestas a razón de los diferentes métodos de calificación. Las hojas de respuesta más frecuentemente usadas son las de calificación manual, lectora óptica y las de versiones procesadas por computadora o con tarjetas perforadas. Para la calificación manual se requieren en promedio 45 minutos, dependiendo del número de escalas que se deseen calificar.

Todas las escalas del MMPI-2, excepto las escalas de inconsistencia VRIN y TRIN, se califican contando el número de reactivos respaldados en una escala particular, a través de las plantillas de corrección que se colocan sobre la hoja de respuestas permitiendo contar de manera visual las respuestas que el sujeto ha marcado en las escalas. Posteriormente los resultados de las hojas de respuestas se vacían en la adecuada hoja de perfil (existen perfiles diferentes para hombres y mujeres) trazando el puntaje bruto directamente en el lugar apropiado de la gráfica para formar el perfil de personalidad de cada sujeto. Una vez trazado el perfil se convierten los puntajes crudos en puntajes T, con el fin de comparar los puntajes de los sujetos con los

puntajes de la muestra normativa. Las hojas de perfil proporcionan un resumen visual de la elevación de las escalas y de los patrones de las calificaciones.

El primer paso para la interpretación del MMPI-2 es someter cada hoja de perfil a los criterios de exclusión y a las escalas de validez (Lucio, 1995):

Sin respuesta ("no lo puedo decir"), hasta 29.

Índice de Gough (F-K), hasta 9.

Escala F (hasta 20).

Escala K.

Escala Fp (infrecuencia de la página posterior), hasta 11.

Escala INVER (Inconsistencia de respuestas verdaderas), de 5 hasta 13.

Escala INVAR (Inconsistencia de respuestas variables), hasta 13.

Edad de quien responde desde 17 años.

Un porcentaje de hasta 80% en respuestas verdaderas o falsas.

Posteriormente se sigue a la interpretación de las escalas clínicas por medio de los puntajes T obtenidos, cada uno de ellos tiene un puntaje medio de 50 y una desviación estándar de 10. Al nivel del puntaje T=65 la elevación de las escalas toman significado clínico. El puntaje de la escala clínica más elevado refleja la probabilidad de que la personalidad de el sujeto que contestó el inventario "forme parte" de ese grupo criterio.

Los puntajes bajos en la mayoría de las escalas no se interpretan como presencia de cualidades específicas a excepción de las escalas 0 y 5 (Introversión Social y Masculinidad-Feminidad) debido a que ambas tienen significación bipolar, así tanto puntajes altos como bajos arrojan información importante.

Escalas de validez.

-"No lo puedo decir". Número total de reactivos que fueron omitidos o respondidos simultáneamente como cierto y falso.

-Escala L (Lie, mentira). Detecta intentos ingenuos del sujeto de dar una imagen favorable de sí mismo. Los reactivos señalan situaciones diarias a fin de evaluar la fuerza con que la persona se resiste a admitir hasta las más pequeñas debilidades de carácter o de la personalidad. Es el índice en que un protocolo ha sido distorsionado por un estilo particular de responder el inventario.

-Escala F (respuestas atípicas). Los reactivos examinan la frecuencia de las respuestas a cada reactivo por el grupo original de Minnesota e identifican a aquellos que tienen una dirección particular de menos del 10% de los normales. A causa de que pocas personas normales responden a un reactivo en esa dirección, una persona que lo responde así, estará manifestando una desviación en su respuesta. Un gran número de tales respuestas hace dudar acerca de que tanto el sujeto entendió las instrucciones de la prueba al momento de responder. Consta de 60 reactivos. Indica cuando un sujeto a dejado de poner atención a lo que contesta y lo hace al azar.

-Escala K. Fue conformada para identificar la defensividad clínica. El contenido de los reactivos cubre una extensión de características que muchos individuos prefieren negar acerca de sí mismos o de sus familias. Un puntaje alto en la escala K indica defensividad y duda acerca de las respuesta en todos los demás reactivos.

La escala K también se utiliza como un factor de corrección para algunas de las escalas clínicas, porque ante el efecto de una actitud defensiva al resolver la prueba, reflejado por la elevación del puntaje K, se debe determinar la extensión en la cual puntajes de las escalas clínicas deben ser llevados a fin de poder reflejar de forma más exacta la conducta de las personas. Con el objetivo de corregir el efecto de las

defensas en algunas de las escalas clínicas se agrega una porción del puntaje de K que va desde 0.2 hasta 1.0.

-Escala F-back (F posterior). Consta de 40 reactivos. Se realizó bajo los mismos criterios de la escala F con el fin de averiguar si un sujeto estaba contestando adecuadamente al inventario. Proporciona una verificación adicional sobre la aceptación de un protocolo, especialmente en cuanto a las escalas suplementarias y las de contenido.

-Escalas VRIN y TRIN (Inconsistencia de Respuestas Variables e Inconsistencia de Respuestas Verdaderas). Son escalas de validez diseñadas para complementar los indicadores tradicionales. No reflejan el contenido particular de algún reactivo. Proporcionan un índice de la tendencia de un sujeto a responder los reactivos de manera inconsistente o contradictoria, consisten en parejas de reactivos.

La escala TRIN (INVER) consta de 23 pares de reactivos, se basa en aquellos reactivos que se oponen en contenido y que por tanto el sujeto tendría que responder de manera distinta, si contesta verdadero a los dos reactivos lo estaría haciendo de manera inconsistente.

La escala VRIN (INVAR) consta de 49 pares de respuestas, es aquella que detecta si el sujeto contesta inconsistentemente a dos reactivos que se esperarían tuvieran respuestas iguales. Además ayuda a interpretar un puntaje alto en la escala F.

El puntaje total de las escalas es el número de parejas de reactivos que se han contestado inconsistentemente.

Escalas Clínicas.

-Escala 1 (Hs. Hipocondría): Consta de 32 reactivos. La prolongada preocupación por su salud, de quienes puntúan alto, les produce períodos de disminución de la eficiencia, aún cuando no están incapacitados por una enfermedad mayor. Son egostas centrados en sí mismos y narcicistas. pesimistas, con actitud derrotista y clínicos. Pueden expresar hostilidad, se ven como aburridos y poco entusiastas. No responden muy bien a la terapia psicológica, sólo buscan ayuda médica. Los reactivos se traslapan con los de otras escalas clínicas (2,3,7)

-Escala 2 (D. Depresión): Consta de 57 reactivos. La escala D diferencia claramente a los pacientes deprimidos de los normales. Quienes obtienen puntajes elevados se considera que son deprimidos, infelices, disfóricos, pesimistas, autocríticos, con tendencia a la culpa, indolentes, tienen preocupaciones somáticas, fatiga, debilidad, pocas energías y tensión, son indecisos y con baja autoconfianza; se sienten inútiles e incapaces; son considerados como introvertidos, avergonzados, retraídos, tímidos y apartados.

-Escala 3 (Hi. Histeria): Consta de 60 reactivos.

-Escala 4 (Dp. Desviación psicopática): Consta de 50 reactivos

-Escala 5 (MF. Masculinidad-Feminidad): Consta de 60 reactivos. Las elevaciones reflejan intereses valores y características de personalidad. Tienen significado los puntajes altos y los bajos; las interpretaciones difieren por género, nivel educativo estatus socioeconómico. Los puntajes elevados en hombres hacen referencia a personas con intereses y algunas conductas femeninas, sin embargo, éstos no implican homosexualidad, más bien se refieren a hombres con un alto sentido de la ética, con gran sensibilidad estética, son tolerantes, permiten el desarrollo de los demás. Los que califican bajo son hombres que dentro de la cultura mexicana se

denominan como machos, son hombres poco sensibles, poco tolerantes, poco éticos. Las mujeres que califican alto tienen intereses más bien masculinos. Son asertivas, vigorosas, competentes lógicas y seguras de sí mismas. Los demás las describen como agresivas y dominantes. Las mujeres que puntúan bajo son pasivas, sumisas e inseguras.

-Escala 6 (Pa. Paranoia): Consta de 40 reactivos. Los reactivos reflejan marcada sensibilidad interpersonal y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de los demás. Quienes puntúan de 65 a 79 muestran un predisposición paranoide.

-Escala 7 (Ps. Psicastenia): Consta de 48 reactivos.

-Escala 8 (Es. Esquizofrenia): Consta de 78 reactivos. Cuando la elevación está entre 60 y 65 se debe prestar importancia al grupo poblacional del que proviene el individuo, debido a las características que pudiera compartir con su grupo social. Cuando la elevación está entre 65 y 69 se trata de un estilo de vida mal manejado considerando lo convencional de acuerdo con su grupo social. La persona lleva un estilo de vida poco común, se trata de personas distantes y aisladas, apartadas, desinteresadas y fantasiosas. Si la elevación va más allá de 70, se trata de una persona delicadamente esquizoide. Cuando la elevación se ubica entre 70 y 79 se trata de personas enajenadas, incomprendidas. Se sienten tímidos y son apartados; no expresan sentimientos, se sienten confusos y malhumorados, con frecuencia discuten.

-Escala 9 (Ma. Hipomanía): Consta de 46 reactivos. Los que puntúan arriba de 75 son personas hiperactivas, acelerados; sufren de alucinaciones, delirios de grandeza, generalmente se les percibe como desorganizados, creativos, emprendedores, ingeniosos. Quienes puntúan entre 65 y 74 son vistos por los demás como enérgicos y activos, son habladores, socialmente manipuladores, persuasivos e inconstantes, debido a ello con frecuencia tienen problemas interpersonales. Puntajes por debajo de 35 permiten ver bajos niveles de actividad y energía, se les ve como indiferentes, apáticos y difíciles de motivar.

-Escala 0 (So. Introversión Social): Consta de 69 reactivos. Puntajes altos indican que se trata de sujetos lentos, sobrecontrolados, inseguros, indecisos e inflexibles. Son socialmente inhibidos, carecen de autoconfianza, son introvertidos, reservados, tímidos, retraídos, serios, lentos. Son vistos por los demás como personas confiables, dependientes y prudentes. Los puntajes bajos refieren a personas sociables, habladores, asertivos, osados, extrovertidos, expresivos, con gran fluidez verbal, son vigorosos.

El inventario se diferencia del MMPI original, entre otras cosas, debido a que cuenta con nuevas escalas que se han denominado suplementarias y de contenido, sin embargo, no han sido empleadas para este estudio.

4.6.2 Cuestionario sobre SIDA.

Para medir los aspectos relacionados con el fenómeno del SIDA se utilizó un instrumento que fue elaborado a partir de indicadores señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y CONASIDA con fines de investigación sobre sexualidad y SIDA elaborado por Díaz-Loving, Rivera Aragón, Ramos Lira, Flores Galaz, Andrade Palos, Villagrán Vázquez, (1991) (Anexo 2). Este instrumento consta de 73 reactivos.

El contenido de los reactivos está dividido en los siguientes rubros:

- a) Datos sociodemográficos. 5 reactivos. Consta de sexo (masculino, femenino), edad (edad cronológica), religión (católica, protestante, testigo de Jehová, evangélica, otros), estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre, separado, otros), escolaridad (primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura, maestría, otros).
- b) Vida sexual. 9 reactivos. Los reactivos de este rubro son de opción múltiple, cerrados y dicotómicos.

c) Actitudes y creencias hacia los preservativos o condones. 12 reactivos. Los reactivos son dicotómicos y a mayor calificación hay una actitud más favorable.

d) Información sobre SIDA. 17 reactivos. Los reactivos se contestan y califican a través de una escala de tres opciones, en donde a mayor calificación se entiende que se cuenta con más conocimientos. Consta de un reactivo de respuesta abierta que se califica por separado.

e) Conductas de riesgo de contraer SIDA. 19 reactivos. Esta escala consta de tres opciones de respuesta. A mayor calificación mayor percepción de riesgo.

Este instrumento cuenta con escalas que miden percepción y autopercepción de riesgo, sin embargo, no han sido usadas en este estudio.

4.6.3 Cuestionario de miedo al SIDA.

Instrumento elaborado por Bouton, Gallaher, Garlinhouse; Leal, Rosenstein; Yong y (1987), validado y confiabilizado en la Universidad del Estado de Pennsylvania en Estados Unidos, con 684 estudiantes norteamericanos de la carrera de psicología, por Arrindel, Ross, Bridges, Houf, Hofman y Sanderman; (1989); que tiene la finalidad de examinar la medida en que el miedo al SIDA se muestra como un factor consistente con el fenómeno del SIDA y con algunos desordenes de tipo psiquiátrico de quien contesta el cuestionario.

El instrumento está conformado a partir de un modelo tripartita, en el que se considera que las respuestas o actitudes son definidas a través de un estímulo antecesor que puede ser individual, grupal, social, interno, externo, que puede ser o no observable.

Los afectos, las conductas y las cogniciones pueden ser tres tipos de respuestas o actitudes ante estos estímulos y se observan a partir de respuestas del sistema nervioso central, emisiones verbales de afecto (afectos); acciones abiertas, expresiones verbales acerca de las conductas (conducta); respuestas perceptuales y expresiones verbales acerca de las creencias (cogniciones).

En el trabajo realizado por Arrindell, Ross, Bridges, Houf, Hofman y Sanderman en 1989, el instrumento que consta de 38 reactivos, fue sometido a un análisis factorial con rotación VARIMAX en donde se obtuvieron 7 factores después de la rotación con un valor eigen mayor o igual a 1, sin embargo se decidió considerar sólo dos factores por su claridad conceptual que explican el 39.1% de la varianza; los reactivos que conforman cada uno de los factores tienen un peso factorial $>.30$. El instrumento quedó estructurado de la siguiente manera:

A) Miedo a contraer SIDA, a través de conductas sexuales de riesgo, así como miedo a las consecuencias psicológicas y somáticas de tener la enfermedad.

Consta de 22 reactivos (1, 4, 8, 10, 11, 15, 17, 18, 20, 21, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 y 38) y se subdivide en los siguientes aspectos:

-Miedo a contraer SIDA u otra enfermedad sexualmente transmisible.

-Miedo a las conductas sexuales de riesgo y a la infección a través de sangre o hemoderivados.

-Miedo a las consecuencias psicológicas y somáticas de contraer SIDA.

B) Miedo a exponerse al virus del SIDA y a otros virus a través de contacto interpersonal (no sexual).

Consta de 12 reactivos (2, 3, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 23, 26 y 29) que se subdividen en:

-Miedo al contacto casual (no sexual) con víctimas de SIDA y con pacientes que se encuentran bajo algún tratamiento con medicamentos y con sujetos pertenecientes a los llamados grupos de riesgo.

-Miedo a los tratamientos médicos y al contacto con sangre de otras personas.

-Miedo a los extranjeros.

-Miedo a los virus.

Los reactivos "Coito (penetración sexual)", "El contacto íntimo (p.e. un beso en la mejilla) con conocidos, miembros de la familia o amigos", "Infección a través de algunas enfermedades" y "Las drogas o productos químicos" fueron utilizados sólo como indicadores debido a que su peso factorial era menor al criterio de inclusión.

La confiabilidad se obtuvo a partir del coeficiente Alpha de Cronbach y fue de .70 para el primer factor y .72 para el segundo.

El cuestionario es una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta:

- Nada de miedo. (1)
- Un poco de miedo. (2)
- Miedo. (3)
- Mucho miedo. (4)
- Muchísimo miedo. (5)

Se considera que a mayor puntaje mayor miedo (Anexo 1).

Para el empleo del Instrumento en esta investigación fue traducido del inglés y retraducido a éste en cuantiosas ocasiones y bajo supervisión.

4.7. Procedimiento.

Se acudió a las instalaciones de la Universidad Tecnológica Americana (UTECA) ubicada al sur de la Ciudad de México, en Avenida Insurgentes, para pedir la participación de los sujetos. A quienes desearon participar se les proporcionaron los tres cuestionarios y se dieron las instrucciones para responderlos:

MMPI-2: "En este cuadernillo le presentamos una serie de frases o proposiciones numeradas. Lea cada una de ellas y decida si es cierta o falsa, en referencia a usted. Si una frase aplicada a su situación personal, es en la mayoría de los casos CIERTA, rellene el círculo marcado con la letra C, o si es en la mayoría de los casos FALSA, rellene el círculo marcado con la letra F. Si la frase no se aplica a usted o si se trata de algo que desconoce, no haga marcas en la hoja de contestaciones. Recuerde que debe dar una opinión acerca de usted mismo. Trate de ser sincero".

Cuestionario de SIDA: "Marque con una (X) lo que corresponda a su respuesta, o en su caso escriba lo que se le pide. Es importante que responda todo, si tiene dudas pregunte al aplicador. Recuerde que lo que usted responda son datos confidenciales y anónimos, por lo que le pedimos que responda de manera sincera".

Cuestionario de miedo: "Los enunciados de este cuestionario se refieren a experiencias que pueden causar miedo u otros sentimientos displacenteros. Lea cuidadosamente cada uno de los enunciados y decida conforme a la escala que abajo se muestra que tanto miedo le producen. La información que usted nos proporcione es absolutamente confidencial. Marque sólo uno de los números para cada enunciado. Responda lo más rápido posible a cada uno de ellos".

La sesión duró aproximadamente 3:00 horas y terminó cuando contestaron los tres cuestionarios. La aplicación de los cuestionarios se hizo de manera colectiva, los cuestionarios son autoaplicables.

4.8. Análisis de resultados.

1.- Se realizaron análisis factoriales para conocer la validez y alpha de Cronbach para conocer la confiabilidad de las escalas de Miedo y de SIDA aplicadas.

2.- Se aplicó estadística descriptiva para conocer la distribución de los datos sociodemográficos, así como para las áreas evaluadas.

3.- Se realizó análisis inferencial, a través de:

a) Análisis de Varianza para conocer si existen diferencias significativas entre los grupos de acuerdo con las áreas evaluadas.

b) Correlación entre los rasgos de personalidad, el miedo al SIDA, la percepción de conductas de riesgo, la actitud hacia el condón y los conocimientos sobre SIDA, a través de la correlación de Pearson.

CAPÍTULO 5.

Resultados.

En primer término se presentan los análisis psicométricos (validez y confiabilidad) de los instrumentos de SIDA y miedo con los datos arrojados en el estudio exploratorio; posteriormente, se muestran los análisis descriptivos de los datos obtenidos en la muestra final. En el tercer apartado se encuentran los análisis de varianza, que se aplicaron con el fin de conocer si existen diferencias entre grupos de acuerdo con las variables medidas. Por último se observan las correlaciones obtenidas a partir de los datos arrojados por los tres instrumentos: Personalidad (MMPI-2), Miedo y SIDA en la muestra final.

5.1 Análisis psicométrico de los instrumentos.

Para conocer la validez y la confiabilidad de los instrumentos aplicados se utilizó el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) (Norusis, 1993), a través de la computadora.

En seguida se presentan los resultados encontrados para los instrumentos que miden miedo y factores asociados al SIDA.

5.1.1 Escala de miedo.

5.1.1.1 Validez.

Con el fin de conocer la validez del instrumento se aplicó un análisis de frecuencias y todos los reactivos discriminaron, posteriormente se realizó un análisis factorial de componentes principales con Rotación VARIMAX (para los datos encontrados en el estudio exploratorio), debido a que se consideró que las dimensiones encontradas eran independientes.

Se consideraron aquellos factores con un valor eigen mayor o igual a 1. Bajo este criterio se obtuvieron 9 factores después de la rotación, que explicaban el 60.7% de la varianza ; sin embargo, y de acuerdo al valor conceptual determinado por el peso de cada uno de los factores, se eligieron 5 factores porque muestran estructuras conceptuales definidas y que explican el 48.6% de la varianza (ver tabla 1).

Tabla 1. Factores iniciales con valores eigen mayor o igual a 1 de la escala de miedo al SIDA.

FACTOR.	VALOR EIGEN (PROPIO)	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA.	PORCENTAJE DE VARIANZA ACUMULADA.
1	8,99	23,7	23,7
2	3,45	9,1	32,7
3	2,31	6,1	38,8
4	1,94	5,1	43,9
5	1,77	4,7	48,6
6	1,29	3,4	52
7	1,2	3,2	55,1
8	1,09	2,9	58
9	1,04	2,7	60,7

Para cada factor se eligió el concepto que mostrara con mayor claridad la problemática que tocaba cada uno de ellos, así como a partir de un peso factorial de los reactivos que componen cada factor \geq a .40 (ver tabla 2).

Tabla 2. Análisis Factorial de la Escala de Miedo al SIDA.

Oración.	Factor.	1	2	3	4	5
Volverse dependiente de los otros (no económicamente).	0,79					
Perderse el respeto.	0,75					
Estar desvalido (discapacitado, inválido).	0,7					
Ser no atractivo.	0,68					
Sentirse impotente (no en el aspecto sexual).	0,62					
Ser enfermo mental.	0,58					
Sentir el sufrimiento físico de los otros.	0,58					
Contagiar a otros con una enfermedad.	0,56					
La muerte.	0,54					
Contagiarse de SIDA.			0,75			
Contraer una enfermedad venérea.			0,72			
Contraer una infección por contacto sexual.			0,72			
Infección a través de algunas enfermedades.			0,66			
Contraer una infección sanguínea.			0,6			
Tener contacto sexual con diferentes parejas.				0,8		
Tener contacto sexual con hombres o mujeres homosexuales.				0,8		
Tener contacto sexual extramarital.				0,73		
Tener contacto sexual con hombres o mujeres bisexuales.				0,72		

Tener contacto sexuales frecuentes con desconocidos.			0,69		
Tener contacto sexual con una prostituta.			0,66		
Coito (penetración sexual).			0,57		
Tener contacto no íntimo (como hablar) con hombres o mujeres homosexuales.				0,8	
Tener contacto no íntimo (como hablar) con hombres o mujeres bisexuales.				0,74	
El contacto íntimo (p.ej. un beso en la mejilla) con conocidos, familiares o amigos.				0,67	
Tener contacto con enfermos (tratados médicamente).				0,62	
Tener contacto no íntimo (como hablar) con una prostituta.				0,6	
Tener contacto casual con una víctima de SIDA.				0,41	
inyectarse.					0,75
Someterse a transfusiones sanguíneas.					0,71
Los moribundos.					0,68
Los virus.					0,63
Hacerse un examen médico.					0,62
Los extranjeros.					0,61
Tener contacto con sangre humana.					0,57
La conducta anormal.					0,56
Las drogas o productos químicos.					0,53
Enfermarse.					0,52
Tener contacto con personas que usted sabe son adictos a drogas.					0,43

De acuerdo con el contenido conceptual de los factores, la escala quedó estructurada de la siguiente manera:

1.- Temor a la dependencia: Considera el miedo que pudieran generar las consecuencias físicas y mentales de tener SIDA, así como la pérdida de las propias capacidades.

2.- Miedo a infectarse de SIDA: Se refiere al miedo que generaría adquirir alguna enfermedad transmisible a partir de los mecanismos inherentes a la infección por VIH y particularmente a infectarse de SIDA.

3.- Miedo a la sexualidad: Agrupa el temor hacia involucrarse en diferentes tipos de prácticas sexuales, como actividad sexual, preferencia, así como número de parejas sexuales.

4.- Temor a la intimidad: Considera el miedo sentido hacia el entablar algún tipo de relación con alguna persona que se cree podría padecer alguna enfermedad, o específicamente con SIDA.

5.- Miedo a estímulos externos: Se refiere al miedo experimentado ante personas o actividades casuales (ver tabla 3).

Tabla 3. Factores evaluados y número de reactivos por factor.

FACTOR	NOMBRE	No. DE REACTIVOS.
1	Temor a la dependencia.	9
2	Miedo a infectarse de SIDA.	5
3	Miedo a la sexualidad	7
4	Temor a la intimidad.	6
5	Miedo a estímulos externos.	11

5.1.1.2. Confiabilidad.

La confiabilidad de la escala de miedo se obtuvo a partir del coeficiente Alpha de Cronbach que indica la consistencia interna de los reactivos con respecto a la escala medida (Ver tabla 4).

Tabla 4. Confiabilidad por factor de la escala de miedo al SIDA.

FACTOR.	NOMBRE.	No. DE REACTIVOS.	ALPHA.
1	Temor a la dependencia.	9	0,81
2	Miedo a infectarse de SIDA.	5	0,85
3	Miedo a la sexualidad.	7	0,82
4	Temor a la intimidad.	6	0,73
5	Miedo a estímulos externos.	11	0,82

5.1.2. Cuestionario de SIDA.

Este cuestionario se divide en 4 escalas, que evalúan los siguientes rubros :

- Vida Sexual.
- Actitud hacia el condón.
- Información sobre SIDA.
- Conductas de riesgo.

Sólo para las escalas de Actitud hacia el condón y la escala de Conductas de Riesgo se elaboraron análisis psicométricos, con el fin de conocer si en esta muestra en particular el comportamiento de las escalas era multidimensional o unidimensional.

Las escalas de Vida Sexual e Información sobre SIDA no fueron sometidas a análisis psicométricos porque a partir de ellas se obtienen datos sociodemográficos y nivel de conocimientos.

5.1.2.1. Validez de la escala de Actitud hacia el Condón.

Inicialmente se realizó un análisis de frecuencias y todos los reactivos discriminaron, posteriormente se efectuó un análisis factorial con rotación VARIMAX, con la finalidad de conocer la validez de constructo de la escala.

Después de la rotación se encontró un sólo factor con valor eigen mayor que 7 que explica el 65.5% de la varianza (ver tabla 5).

Tabla 5. Factor inicial con valor eigen mayor a 1 en la escala de Actitud hacia el condón.

FACTOR.	VALOR EIGEN (PROPIO).	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA.	PORCENTAJE DE VARIANZA ACUMULADA.
1	7,86	65,5	65,5

La tabla 6 muestra el peso de cada uno de los reactivos ($\geq .60$) que componen la escala del factor encontrado.

Tabla 6. Análisis factorial de la escala de Actitud hacia el condón.

REACTIVO.	FACTOR.
Los preservativos o condones hacen las relaciones sexuales más placenteras.	0,72
Los condones son más apropiados para usar con parejas ocasionales.	0,9
El uso de los condones va en contra de mi religión.	0,8
Los condones pueden quedarse dentro de la matriz o el estómago.	-0,63
El precio de los condones es muy alto para usarlos con frecuencia.	0,72
Los condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales.	0,81
Los condones son útiles para prevenir el embarazo si se utilizan correctamente.	0,94
Los condones son más apropiados para usarse con esposas o parejas habituales.	0,76
Los condones son fáciles de usar.	0,83
Yo aceptaría el uso del condón si mi pareja me lo pidiera.	0,93
Los condones pueden hacer que el hombre pierda la erección.	0,75
No tener condón es una buena razón para rechazar las relaciones sexuales con una pareja ocasional.	0,87

En esta escala se midió solamente una dimensión: Actitud hacia el condón, que considera aspectos de placer, funcionalidad, actitudes a favor o en contra de su uso, así como el uso con diferentes tipos de parejas (Ver tabla 7).

Tabla 7. Dimensión evaluada y número de reactivos.

FACTOR.	NOMBRE.	No. DE REACTIVOS.
1	Actitud hacia el condón.	12

5.1.2.2. Confiabilidad de la escala de Actitud hacia el condón.

En esta escala se encontró una elevada confiabilidad que se obtuvo a través del coeficiente Alpha de Cronbach (Ver tabla 8).

Tabla 8. Confiabilidad.

FACTOR.	NOMBRE	No. DE REACTIVOS.	ALPHA
1	Actitud hacia el condón.	12	0,94

5.1.3.1. Validez de la escala de Conductas de Riesgo.

Como en las escalas anteriores se realizó un análisis de frecuencias y un análisis factorial con rotación VARIMAX para conocer la validez de constructo de la escala.

En este análisis se consideraron aquellos factores con un valor eigen mayor o igual a 1. Después de la rotación se obtuvieron 5 factores que explican el 68.7% de la varianza, sin embargo, al considerar las estructuras conceptuales se decidió solamente por 4 factores que explican el 63.1% de la varianza (Ver tabla 9).

Tabla 9. Factores iniciales con valores eigen iguales o mayores a 1 de la escala de conductas de riesgo.

FACTOR.	VALOR EIGEN. (PROPIO)	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA.	PORCENTAJE DE VARIANZA ACUMULADA.
1	8	42,1	42,1
2	1,7	8,9	51,1
3	1,16	6,1	57,2
4	1,12	5,9	63,1
5	1,08	5,7	68,7

Para los 4 factores elegidos cada reactivo debería tener un peso factorial $\geq .30$ como se observa en la tabla 10.

Tabla 10. Análisis factorial de la escala de conductas de riesgo.

Oración.	Factor.			
	1	2	3	4
Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo o condón.	0,83			
Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo.	0,83			
Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA.	0,76			
Tener relaciones sexuales con muchas personas.	0,75			
Usar una jeringa o aguja usada por otra persona sin haberla esterilizado previamente.	0,73			
Tener relaciones sexuales anales sin usar condón con una pareja ocasional.	0,71			
Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA.	0,65			
Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA aunque se use condón.	0,63			
Jugar con un niño que tiene SIDA.	0,4			
Usar baños públicos.		0,75		
Masturbación mutua con una pareja ocasional.		0,74		
Sexo oral con alguien que no conoces bien.		0,73		
Nadar en albercas públicas.		0,72		
Acudir a una clínica dental o de salud en la que se atiende a gente con SIDA.		0,6		
Inyectarse drogas como heroína o cocaína.			0,79	
Tener relaciones sexuales usando condón con alguien que se inyecta drogas.			0,63	
Donar Sangre.				0,87
Recibir una transfusión sanguínea.				0,84

Las 4 dimensiones encontradas fueron definidas a partir de la estimación de qué tan riesgosa puede ser determinada conducta, quedando de la siguiente manera:

1 - Conductas de mayor riesgo: Considera actividades junto con personas que tienen SIDA aunque no impliquen riesgo, así como conductas de riesgo real.

2.- Conductas casuales: Incluye aquellas actividades que se realizan de manera poco habitual, o con gente desconocida.

3.-Actividades relacionadas con el uso de drogas o con gente que usa drogas intravenosas.

4.- Recibir y donar sangre. (Ver tabla 11).

El reactivo "Tener relaciones sexuales con condón con una pareja ocasional" fue excluido debido a que su carga factorial fue menor al criterio de selección.

Tabla 11. Dimensiones evaluadas y número de reactivos por factor.

FACTOR.	NOMBRE.	No. DE REACTIVOS.
1	Conductas de mayor riesgo.	9
2	Conductas casuales.	6
3	Actividades relacionadas con uso de drogas o con gente que usa drogas.	2
4	Recibir y donar sangre	2

5.1.3.2. Confiabilidad de la escala de Conductas de Riesgo.

La confiabilidad se obtuvo a través del coeficiente Alpha de Cronbach (tabla 12).

Tabla 12. Confiabilidad por escala.

FACTOR.	NOMBRE	No. DE REACTIVOS.	ALPHA.
1	Conductas de mayor riesgo.	9	0,83
2	Conductas casuales.	5	0,83
3	Actividades relacionadas con el uso de drogas.	2	0,6338
4	Recibir y donar sangre.	2	0,85

5.2. Análisis descriptivo de la muestra final.

Se realizó un análisis de frecuencias con el fin de conocer de qué manera se distribuyó la población en las variables sociodemográficas y aquellas que aluden a la vida sexual de los sujetos, así como para obtener los baremos y conocer las normas de comportamiento de la población respecto de las variables medidas.

5.2.1. Datos sociodemográficos.

La muestra total de los estudiantes que participaron en esta investigación estuvo constituida por 131 sujetos de los cuales 70 (53.4%) fueron mujeres y 61 (46.6%) fueron hombres (Ver tabla 13).

Tabla 13. Distribución de la muestra total por sexos.

SEXO.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
FEMENINO.	70	53.4
MASCULINO.	61	46.6
TOTAL.	131	100

Las edades de las personas entrevistadas fluctuaron entre los 15 y los 39 años, con un promedio de edad de 23.5 con una desviación estándar de 4.493 para las mujeres y 26.1 con una desviación estándar de 4.273 para los hombres (Ver tabla 14).

Tabla 14. Distribución de la muestra por sexo y edad.

EDAD	MUJERES.		HOMBRES.	
	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
15	1	1,4	0	0
18	4	5,7	1	1,6
19	4	5,7	1	1,6
20	5	7,1	0	0
21	9	12,9	4	6,6
22	12	17,1	6	9,8
23	9	12,9	6	9,8
24	5	7,1	8	13,1
25	7	10	10	16,4
26	2	2,9	2	3,3
27	1	1,4	3	4,9
28	1	1,4	1	1,6
29	2	2,9	2	3,3
30	0	0	4	6,6
31	2	2,9	4	6,6
32	2	2,9	5	8,2
33	0	0	2	3,3
34	2	2,9	0	0
35	1	1,4	1	1,6
38	0	0	1	1,6
39	1	1,4	0	0
TOTAL	70	100	61	100

En la tabla 15 se observa como se distribuyó la población de acuerdo con la preferencia religiosa, encontrando que la mayoría son de religión católica.

Tabla 15. Distribución de la muestra por preferencia religiosa y sexo.

RELIGIÓN.	MUJERES.		HOMBRES.	
	FRECUENCIA.	PORCENTAJE	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
CATÓLICA.	58	82,9	49	80,3
PROTESTANTE.	1	1,4	1	1,6
EVANGELISTA.	2	2,9	1	1,6
OTRAS.	5	7,1	6	9,8
NO REPORTAN RELIGIÓN.	4	5,7	4	6,6
TOTAL.	70	100	61	100

La tabla 16 indica el Estado Civil de los sujetos participantes, en donde se observa que la mayoría de ellos son solteros (91.4% de las mujeres y 68.9% de los hombres). El 26.2% de los hombres son casados y sólo el 5.7% de las mujeres lo son. En los otros rubros los números encontrados son mínimos.

Tabla 16. Frecuencias del estado civil de la muestra total por sexos.

ESTADO CIVIL.	MUJERES.		HOMBRES.	
	FRECUENCIA.	PORCENTAJE	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SOLTERO.	64	91,4	42	68,9
CASADO.	4	5,7	16	26,2
UNIÓN LIBRE.	1	1,4	1	1,6
DIVORCIADO.	1	1,4	2	3,3
TOTAL.	70	100	61	100

5.2.2. Vida sexual.

A continuación se presenta la forma en que se distribuyó la población respecto de algunos aspectos de la Vida Sexual de la población encuestada.

En la tabla 17 se observa que el 48.6% de las mujeres ha tenido relaciones sexuales, así como el 95.1 % de los hombres.

Tabla 17. Distribución de frecuencias por sexos en la variable de si se han tenido o no relaciones sexuales.

HA TENIDO RELACIONES SEXUALES.	MUJERES.		HOMBRES.	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	34	48.6	58	95.1
NO	36	51.4	3	4.9
TOTAL	70	100	61	100

Asimismo se encontró que el 97.1% de las mujeres y el 96.6% de los hombres que han tenido relaciones sexuales tienen preferencia sexual heterosexual; el 2.9% de las mujeres y el 3.4% de los hombres son bisexuales (ver tabla 18).

Tabla 18. Preferencia sexual de la muestra total por sexos.

PREFERENCIA SEXUAL.	MUJERES.		HOMBRES.	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HETEROSEXUAL.	33	97.1	57	96.6
BISEXUAL.	1	2.9	2	3.4
TOTAL.	34	100	59	100

*36 mujeres (51.4% de la población total) y 2 hombres (3.3% de la población total) , no respondieron.

En la tabla 19 se puede observar el número de parejas sexuales tenidas durante toda la vida, en donde se encuentra que la dispersión es de 1-8 parejas con una desviación de 1.552 para mujeres y de 1-30 con una dispersión de 5.669 para hombres.

Tabla 19. Número de parejas sexuales tenidas durante toda la vida, por sexos.

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES TENIDAS DURANTE TODA LA VIDA.	MUJERES.		HOMBRES.	
	FRECUENCIA.	PORCENTAJE	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
1	14	41,2	11	19,3
2	5	14,7	10	17,5
3	11	32,4	8	14
4	1	2,9	3	5,3
5	2	5,9	6	10,5
6	0	0	3	5,3
7	0	0	2	3,5

6	1	2,9	1	1,8
10	0	0	7	12,3
12	0	0	1	1,8
15	0	0	2	3,5
20	0	0	2	3,5
30	0	0	1	1,8
TOTAL.	34	100	57	100

*36 mujeres y 4 hombres (51.4% y 6.6% respectivamente) no dieron respuesta.

En la tabla 20 se observa la distribución de la población con respecto de si se tiene o no pareja sexual regular actualmente, el 60 % de las mujeres no la tienen, y el 73.3% de los hombres si tienen pareja sexual regular actual.

Tabla 20. Distribución de la población acerca de tener pareja sexual regular actualmente, por sexos.

TIENE PAREJA SEXUAL REGULAR ACTUAL.	MUJERES.		HOMBRES.	
	FRECUENCIA.	PORCENTAJE	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SI	24	40	44	73,3
NO	36	60	16	26,7
TOTAL.	60	100	60	100

*10 mujeres (14.3% de la población total) y 1 hombre (1.6% de la población total) no dieron respuesta.

Al preguntar a la población acerca de si conocen el condón se encontró que el 93.9% de las mujeres y el 98.4% de los hombres si lo conocen (ver tabla 21).

Tabla 21. Distribución de la muestra ante la pregunta ¿Conoce usted el condón?.

CONOCE EL CONDÓN.	MUJERES.		HOMBRES.	
	FRECUENCIA.	PORCENTAJE	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SI	62	88,6	60	98,4
NO	4	5,7	1	1,6
NO RESPONDIÓ	4	5,7	0	0
TOTAL.	70	100	61	100

En la tabla 22 se observan los resultados obtenidos al preguntar si han usado o no el condón. Se observa que 52 hombres y solamente 26 mujeres sexualmente activas han usado el condón.

Tabla 22. Frecuencia de respuestas a la pregunta ¿Ha usado el condón?

HA USADD EL CONDÓN.	MUJERES.		HOMBRES.	
	FRECUENCIA.	PORCENTAJE	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SI	26	37,1	52	85,2
NO	37	52,9	9	14,8
ND RESPONDIÓ.	7	10	0	0
TDTAL.	70	100	61	100

La tabla 23 muestra la distribución por sexos con respecto de la frecuencia del uso del condón con la pareja sexual regular durante los últimos 6 meses, en donde se observa que sólo el 12.9% de las mujeres y el 29.5% de los hombres usan el condón siempre.

Tabla 23. Frecuencia del uso del condón con la pareja sexual regular.

USO DEL CONDÓN CON LA PAREJA SEXUAL REGULAR DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES.	MUJERES.		HOMBRES.	
	FRECUENCIA.	PORCENTAJE	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
NUNCA.	25	35,7	20	32,8
ALGUNAS VECES.	6	8,6	21	34,4
SIEMPRE.	9	12,9	18	29,5
NO RESPONDIÓ.	30	42,9	2	3,3
TOTAL.	70	100	61	100

Al cuestionar acerca de si se han tenido relaciones sexuales con alguna persona que no sea su pareja sexual regular, durante el último mes, se encontró que ninguna de las mujeres lo ha hecho, y que solamente el 15% de los hombres con vida sexual activa

han tenido relaciones sexuales con una persona diferente de su pareja sexual regular (Ver tabla 24).

Tabla 24. Distribución de frecuencias con respecto de haber tenido relaciones sexuales con alguna persona que no sea su pareja sexual regular durante el último mes.

HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA PERSONA QUE NO SEA SU PAREJA SEXUAL REGULAR DURANTE EL ÚLTIMO MES.	MUJERES.		HOMBRES.	
	FRECUENCIA.	PORCENTAJE	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SI	0	0	9	14,8
NO	47	67,1	51	83,6
NO RESPONDIÓ.	23	32,9	1	1,6
TOTAL.	70	100	61	100

En relación con la tabla anterior se desprende que las mujeres no se han relacionado sexualmente con ninguna persona aparte de su pareja sexual regular ni se ha usado el condón con este tipo de parejas; sin embargo, para los hombres se encontraron los datos expuestos en las tablas 25 Y 26.

Tabla 25. Número de personas con las que se tuvo relaciones sexuales además de su pareja sexual regular durante el último mes.

HOMBRES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
NÚMERO DE PERSONAS CON LAS QUE TUVO RELACIONES SEXUALES ADEMÁS DE SU PAREJA SEXUAL REGULAR DURANTE EL ÚLTIMO MES.		
1	4	44.4
2	1	11.1
3	1	11.1
4	1	11.1
5	1	11.1
NO RESPONDIÓ.	1	11.1
TOTAL	9	100

Tabla 26. Frecuencia del uso del condón en las relaciones sexuales con personas diferentes de la pareja sexual regular tenidas durante el último mes.

HOMBRES.		
FRECUENCIA DEL USO DEL CONDÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS DIFERENTES DE LA PAREJA SEXUAL REGULAR TENIDAS EN EL ÚLTIMO MES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
NUNCA.	3	33.3
ALGUNAS VECES.	1	11.1
SIEMPRE.	4	44.4
NO RESPONDIÓ.	1	11.1
TOTAL.	9	100

5.2.3. Normas para los factores de las escalas de miedo y SIDA.

Para conocer las normas de comportamiento de la población final con respecto de los factores que conforman las escalas de miedo y de SIDA aplicadas, se realizaron análisis estadísticos. Se obtuvieron la dispersión de las respuestas dentro del rango considerado, la media y la desviación estándar por sexos (Ver las tablas 27, 28, 29 y 30).

En la pregunta ¿Qué es el SIDA?, se realizó un análisis de frecuencias por sexos, en donde se observa que el 15.7% de las mujeres y el 18% de los hombres señalan que el SIDA destruye las defensas del organismo y se muere de cualquier enfermedad, así mismo, el 10% de las mujeres y el 16.4% de los hombres refieren que el SIDA es un virus incurable y/o mortal. El 1.4% de las mujeres y el 6.6% de los hombres mencionan que el SIDA es una enfermedad que se transmite a través de la sangre o por uso de equipo contaminado; 14.3% de las mujeres y 8.2% de los hombres señalaron que el SIDA es una enfermedad venérea y/o que se transmite o contagia por contacto sexual; el 18.6% de las mujeres y el 16.4% de los hombres mencionan que es una enfermedad, síndrome o síndrome mortal que acaba con las defensas del cuerpo (sistema inmunológico) que se adquiere (transmite o contagia) por contacto sexual y/o

por uso de instrumentos no esterilizados y/o por sangre contaminada y/o hace que cualquier enfermedad sea peligrosa. El 6.6% de los hombres señala que el SIDA es un síndrome, o síntoma incurable que debilita las defensas y se adquiere por medio de una relación sexual o intercambio de sangre; el 1.4% de las mujeres y el 1.6% de los hombres mencionan que el SIDA es una enfermedad y/o síndrome ocasionado por un virus que ataca el sistema inmunológico que debilita las defensas y hace más vulnerable a las enfermedades que se adquiere por contacto sexual y/o por uso de equipo contaminado. 27.1% de las mujeres y 16.4% de los hombres dijeron que el SIDA es Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, haciendo referencia a las siglas. Finalmente el 11.4% de las mujeres y el 9.8% de los hombres no respondieron a esta pregunta.

Con la finalidad de obtener una calificación para esta escala se consideraron categorías de respuestas elaboradas en otros estudios para conocer el tipo de conocimientos con los que cuenta la población, asimismo, se llevó a cabo una sumatoria de las respuestas correctas e incorrectas dadas a los reactivos de la escala para elaborar las normas que se presentan a continuación.

Tabla 27. Datos estadísticos obtenidos en la escala de Actitud hacia el Condón, por sexos.

FACTOR.	MUJERES.				HOMBRES.			
	RANGO DE CALIFICACIÓN	RANGO EN LA RESPUESTA.	MEDIA. (\bar{X})	DESVIACIÓN ESTÁNDAR. (σ)	RANGO DE CALIFICACIÓN	RANGO EN LA RESPUESTA.	MEDIA (\bar{X})	DESVIACIÓN ESTÁNDAR. (σ)
ACTITUD HACIA EL CONDÓN.	1 - 2	1.17 - 1.75	1.492	.126	1 - 2	1.25 - 1.75	1.476	.106

Tabla 28. Datos estadísticos obtenidos para los factores que integran la escala de Conductas de Riesgo de infectarse de SIDA.

FACTOR.	MUJERES.				HOMBRES.			
	RANGO DE CALIFICACIÓN.	RANGO EN LA RESPUESTA.	MEDIA. (\bar{X})	DESVIACIÓN ESTÁNDAR. (σ)	RANGO DE CALIFICACIÓN.	RANGO EN LA RESPUESTA.	MEDIA. (\bar{X})	DESVIACIÓN ESTÁNDAR. (σ)
1.- CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH.	1 - 3	1.33 - 2.67	2.298	.218	1 - 3	1.89 - 2.67	2.322	.170
2.- CONDUCTAS CASUALES EN LAS QUE SE PERCIBE QUE PODRÍA HABER CONTAGIO DE VIH.	1 - 3	1.20 - 3	2.079	.457	1 - 3	1 - 2.80	1.966	.429
3.- ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL USO DE DROGAS.	1 - 3	1 - 3	2.508	.592	1 - 3	1 - 3	2.458	.559
4.- RECIBIR Y DONAR SANGRE.	1 - 3	1 - 3	2.543	.527	1 - 3	1 - 3	2.325	.650

Tabla 29.- Datos estadísticos obtenidos de los factores que integran la escala de miedo, por sexos.

FACTOR.	MUJERES.				HOMBRES.			
	RANGO DE CALIFICACIÓN	RANGO EN LA RESPUESTA.	MEDIA (\bar{X})	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (σ)	RANGO DE CALIFICACIÓN	RANGO EN LA RESPUESTA	MEDIA (\bar{X})	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (σ)
1.- TEMOR A LA DEPENDENCIA.	1 - 5	1.44 - 5	3.369	.843	1 - 5	1.11 - 4.89	2.743	.889
2.-MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	1 - 5	2.20 - 5	4.114	.778	1 - 5	1 - 5	3.689	.999
3.-MIEDO A LA SEXUALIDAD.	1 - 5	2.14 - 5	4.094	.749	1 - 5	1 - 5	3.534	.914
4 - TEMOR A LA INTIMIDAD.	1 - 5	1 - 4.83	2.154	.855	1 - 5	1 - 3.67	1.953	.629
5.-MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	1 - 5	1.38 - 4.91	2.717	.752	1 - 5	1 - 4.36	2.349	.779

Tabla 30.- Datos estadísticos obtenidos para la escala de Conocimientos sobre SIDA, por sexos.

FACTOR.	MUJERES.				HOMBRES.			
	RANGO DE CALIFICACIÓN	RANGO EN LA RESPUESTA	MEDIA (\bar{X})	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (σ)	RANGO DE CALIFICACIÓN	RANGO EN LA RESPUESTA	MEDIA (\bar{X})	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (σ)
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS SOBRE SIDA.	16 - 32	19 - 28	24.683	2.271	16 - 32	21 - 30	25.233	1.960

5.3. Análisis de varianza de las escalas de Miedo y de SIDA con los rasgos de personalidad del MMPI-2, sexo y vida sexual.

Este análisis se llevó a cabo con la finalidad de conocer las diferencias entre grupos con respecto de las dimensiones que componen las escalas de los cuestionarios de Miedo y de SIDA (variables dependientes), en donde se consideró a los rasgos de personalidad arrojados por las escalas básicas del MMPI-2 como variables independientes (hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social); en este estudio se tomaron las medianas de los puntajes T obtenidos en el MMPI-2 para dividir a la muestra total en grupos con puntajes altos y con puntajes bajos debido a que se observa que la población cae dentro de los puntajes considerados como normales; en este sentido se dice que aquellos sujetos con puntajes altos, más que pertenecer a determinado grupo criterio, tiene tendencias a pertenecer a él o que son marcados rasgos de personalidad. También se realizaron análisis de varianza teniendo a la variable sexo y si han tenido o no relaciones sexuales como independientes.

5.3.1. Diferencias por tipo de personalidad y sexo en los factores que conforman la escala de Miedo.

En la escala de Depresión, se observan diferencias significativas en los hombres ($F=3.892$ $gl=129$ $p=.053$) en el factor 1 de la escala de Miedo (Temor a la dependencia). La escala de Depresión del MMPI-2 considera a sujetos con un marco mental negativo, una pobre moral, en donde el sujeto ha perdido la esperanza en el futuro, siente insatisfacción ante la vida, tiene una baja autoestima, así como un bajo estado de ánimo, ha perdido interés por las cosas y tiene sentimientos de apatía. Se encontró que los hombres menos depresivos ($\bar{X}= 2.97$) tienen más miedo por las consecuencias físicas y mentales de tener SIDA, así como la pérdida de las propias

capacidades, que aquellos hombres con puntajes más altos en la escala de depresión ($\bar{X}=2.53$).

En la escala de Histeria del MMPI-2 que señala una personalidad con una asertividad negada y compleja, el establecimiento de relaciones interpersonales tensas, también se observa que el sujeto histérico puede sentirse súbitamente incapacitado por problemas físicos, usualmente vagos y de origen desconocido, en este trastorno es muy común la somatización, se encontró que los hombres con puntajes bajos en la escala de histeria, en el factor 4 de Temor a la Intimidad tienen más miedo a entablar algún tipo de relación con alguna persona que se cree podría padecer alguna enfermedad, o específicamente con SIDA ($\bar{X}=2.13$) que aquellos sujetos con puntajes altos en la escala de Histeria ($\bar{X}=1.78$) ($F=4.957$ $gl=129$ $p=.030$).

En el factor 5 de la escala de miedo al SIDA que se refiere al miedo experimentado ante personas o actividades casuales, se encontró que los hombres con puntajes bajos en la escala de Histeria del MMPI-2 tienen más miedo ($\bar{X}=2.53$) que los que tienen puntajes altos ($\bar{X}=2.13$) ($F=4.349$ $gl=129$ $p=.041$).

En el factor 4 de temor a la intimidad que implica el miedo sentido hacia entablar algún tipo de relación con alguna persona que se cree podría padecer alguna enfermedad, o específicamente con SIDA, se encontró que las mujeres con puntajes altos en la escala de Psicastenia del MMPI-2 (Trastorno de ansiedad con rasgos obsesivo-compulsivos, e inadaptación general, búsqueda constante de aprobación, que al no obtenerse se transforma en culpa) tienen más miedo ($\bar{X}=2.38$) que aquellas con puntajes bajos en la misma escala ($\bar{X}=1.96$) ($F=4.483$ $gl=129$ $p=.038$).

En la escala de Esquizofrenia (trastorno que se caracteriza por conductas extrañas, experiencias inusuales y especial sensibilidad, con importantes tendencias hacia el aislamiento y la apatía) se encontraron diferencias significativas para los hombres, con el factor 3 (miedo a la sexualidad) en donde el temor surge al involucrarse en

diferentes tipos de prácticas sexuales, como la actividad sexual en sí, la preferencia sexual, así como el número de parejas sexuales; los hombres con puntajes bajos en la escala de Esquizofrenia tienen menos miedo ($\bar{X}=1.76$) que aquellos que tienen puntajes mayores ($\bar{X}=2.23$) ($F=9.266$ $gl=129$ $p=.004$). En la misma escala de Esquizofrenia se encontraron también diferencias significativas en los hombres con respecto del factor 5 (miedo a estímulos externos), en donde aquellos hombres con puntajes altos tienen más miedo ($\bar{X}=2.65$) ante personas o actividades casuales que los hombres con puntajes bajos en esta escala ($\bar{X}=2.10$) ($F=8.462$ $gl=129$ $p=.005$).

Para la escala que mide el comportamiento eufórico, agresivo e hiperactivo (Hipomanía), se encontraron diferencias significativas con el factor 3 (miedo a la sexualidad) se observa que para la escala del MMPI-2, los hombres que puntúan bajo tienen más miedo ($\bar{X}=3.72$) a involucrarse en diferentes tipos de prácticas sexuales, ya sea sólo la actividad sexual misma, la preferencia sexual, así como el número de parejas sexuales, que aquellos hombres con puntajes altos en esta escala ($\bar{X}=3.24$) ($F=3.964$ $gl=129$ $p=.051$).

Los hombres y las mujeres con puntajes altos en la escala de Introversión social que implica una personalidad que se caracteriza por ser tímida, carente de autoconfianza, evita relaciones interpersonales y se menosprecia; son sujetos lentos, indecisos, inflexibles, inseguros, sobrecontrolados, reservados, serios, son vistos como personas dependientes y prudentes, tienen mayor miedo ($\bar{X}=2.13$ y $\bar{X}=2.44$ respectivamente) que aquellos sujetos con puntajes bajos ($\bar{X}=1.80$ y $\bar{X}=1.84$ respectivamente) que se considera que son personas sociables, habladoras, asertivas, osadas, vigorosas, extrovertidas y expresivas ($F=4.147$ $gl=129$ $p=.046$ para hombres y $F=10.235$ $gl=129$ $p=.002$ para mujeres) a la intimidad relacionada con el SIDA (factor 4).

Finalmente, en el factor 5 (Miedo a estímulos externos) se encontraron diferencias significativas para ambos sexos en la escala de Introversión social, en la cual los hombres y las mujeres con puntajes altos en esta escala tienen más miedo ($\bar{X}=2.62$

para los hombres y \bar{X} =3.09 para las mujeres) a los estímulos externos que aquellos con puntajes bajos (\bar{X} =2.07 y \bar{X} =2.36 respectivamente) (F =8.482 gl =129 p =.005 para hombres y F =16.878 gl =129 p =.000 para mujeres).

Para las escalas de Hipocondría, Desviación Psicopática, Masculinidad-Feminidad y Paranoia del MMPI-2 no hubo diferencias significativas por sexo en ninguno de los factores (ver tabla 31).

Tabla 31.- Análisis de Varianza para los tipos de personalidad y sexos por la escala de miedo.

TIPO DE PERSONALIDAD.	FACTOR.	\bar{X} (EN MMPI) BAJOS-ALTOS		F	P	\bar{X} (EN MMPI) BAJOS-ALTOS		F	P
HIPOCONDRIA	1-TEMOR A LA DEPENDENCIA.	3.39	3.43	.038	.847	2.85	2.56	1.634	.206
	2.-MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	4.11	4.13	.015	.902	3.77	3.54	.796	.376
	3.-MIEDO A LA SEXUALIDAD.	4.07	4.12	.054	.817	3.60	3.48	.240	.626
	4.-TEMOR A LA INTIMIDAD.	2.02	2.25	1.276	.283	2.06	1.61	2.279	.137
	5.-MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	2.54	2.90	3.432	.069	2.46	2.16	2.232	.141
DEPRESIÓN	1.-TEMOR A LA DEPENDENCIA	3.28	3.58	2.001	.162	2.97	2.53	3.892	.053 *
	2.-MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	4.16	4.07	.220	.641	3.70	3.65	.041	.840
	3.- MIEDO A LA SEXUALIDAD.	3.99	4.23	1.521	.222	3.44	3.63	.668	.417
	4.-TEMOR A LA INTIMIDAD	2.10	2.19	.199	.657	1.91	1.99	.207	.651
	5.-MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	2.82	2.86	1.368	.247	2.23	2.40	.741	.393
HISTERIA.	1.-TEMOR A LA DEPENDENCIA.	3.32	3.50	.679	.413	2.91	2.53	.044	.086
	2.-MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	4.16	4.08	.180	.672	3.80	3.54	1.021	.317
	3.-MIEDO A LA SEXUALIDAD.	4.17	4.02	.559	.457	3.68	3.42	1.241	.270

Capítulo 5

	4.-TEMOR A LA INTIMIDAD.	2.01	2.27	1.650	204	2.13	1.78	4.957	.030*
	5.-MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	2.61	2.84	1.284	262	2.53	2.13	4.349	.041 *
DESVIACIÓN PSICOPÁTICA.	1.-TEMOR A LA DEPENDENCIA	3.46	3.35	.289	.606	2.65	2.78	326	.570
	2.-MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	4.28	3.93	3.232	.077	3.71	3.63	.102	.751
	3.-MIEDO A LA SEXUALIDAD.	4.11	4.08	.029	.866	3.62	3.49	282	.597
	4.-TEMOR A LA INTIMIDAD.	2.16	2.11	.057	.813	1.99	1.92	223	.638
	5.-MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	2.72	2.73	.003	.955	2.43	2.24	824	.368
MASCULINIDAD-FEMINIDAD.	1.-TEMOR A LA DEPENDENCIA.	3.36	3.42	.051	.823	2.76	2.40	1.077	.304
	2.-MIEDO A INFECTARSE DE SIDA	4.05	4.14	.118	.732	3.69	3.49	287	.607
	3.-MIEDO A LA SEXUALIDAD.	3.87	4.15	1.355	.249	3.59	3.22	1.008	.319
	4.-TEMOR A LA INTIMIDAD.	2.17	2.13	.017	.898	1.96	1.90	.045	.832
	5.-MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	2.86	2.67	1.406	.240	2.29	2.62	1.165	.285
PARANCIA.	1.-TEMOR A LA DEPENDENCIA	3.44	3.39	.045	.833	2.77	2.61	394	.533
	2.-MIEDO A INFECTARSE DE SIDA	4.19	4.07	.344	.560	3.82	3.31	3.473	.067
	3.-MIEDO A LA SEXUALIDAD.	4.26	3.97	2.365	.129	3.62	3.39	.799	.375
	4.-TEMOR A LA INTIMIDAD.	2.23	2.07	.676	.414	1.92	2.02	.278	.600
	5.-MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	2.76	2.70	.105	.747	2.34	2.30	.041	.841
PSICASTENIA.	1.- TEMOR A LA DEPENDENCIA.	3.45	3.38	.157	.694	2.85	2.62	1.007	.320
	2.-MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	4.21	4.00	1.146	.289	3.68	3.66	.002	.963
	3.-MIEDO A LA SEXUALIDAD.	4.08	4.11	.023	.879	3.46	3.62	.427	.516
	4.-TEMOR A LA INTIMIDAD.	1.96	2.38	4.483	.038 *	1.88	2.01	.641	.427
	5.-MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	2.65	2.82	.801	.374	2.25	2.39	.456	.502
ESQUIZOFRENIA.	1.-TEMOR A LA DEPENDENCIA	3.46	3.37	.159	.691	2.69	2.76	.106	.746

	2.-MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	4.20	4.05	.591	.445	3.53	3.86	1.641	.205
	3.-MIEDO A LA SEXUALIDAD.	3.97	4.20	1.505	.225	3.52	3.59	.099	.754
	4.-TEMOR A LA INTIMIDAD.	2.02	2.25	1.301	.259	1.76	2.23	9.266	.004**
	5.-MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	2.65	2.79	.469	.496	2.10	2.65	8.462	.005 **
HIPOMANIA.	1.-TEMOR A LA DEPENDENCIA.	3.58	3.22	2.835	.097	2.67	2.81	.370	.546
	2.-MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	4.15	4.08	.121	.730	3.65	3.70	.039	.845
	3.-MIEDO A LA SEXUALIDAD.	4.20	3.98	1.385	.244	3.72	3.24	3.964	.051 *
	4.-TEMOR A LA INTIMIDAD.	2.29	1.97	2.690	.106	1.06	1.94	.021	.885
	5.-MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	2.88	2.54	.100	.083	2.36	2.28	.144	.706
INTROVERSIÓN SOCIAL	1.-TEMOR A LA DEPENDENCIA.	3.37	3.45	.123	.727	2.73	2.71	.013	.909
	2.-MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	4.06	4.17	.309	.508	3.66	3.68	.004	.951
	3.-MIEDO A LA SEXUALIDAD.	4.06	4.13	.167	.684	3.45	3.66	.806	.373
	4.-TEMOR A LA INTIMIDAD.	1.84	2.44	10.235	.002 **	1.80	2.13	4.147	.046 *
	5.-MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	2.36	3.09	16.878	.000 ***	2.07	2.62	8.482	.005 **

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.3.2. Diferencias por tipo de personalidad y sexo en los factores que conforman la escala de Conductas de Riesgo de infección por VIH.

En esta escala se encontraron diferencias significativas en la escala de Masculinidad-Feminidad con el factor 3, en donde se puede observar que los hombres con puntajes altos en esta escala, es decir que tienen más características femeninas, perciben como más riesgosas las actividades relacionadas con el uso de drogas ($\bar{X}=2.93$), que los hombres con puntajes bajos en esta escala ($\bar{X}=2.40$) ($F=3.979$ $gl=129$ $p=.051$).

Para la escala de Introversión Social del MMPI-2 se encontraron diferencias significativas respecto del factor 4 que se refiere a Recibir y Donar sangre; así las mujeres y los hombres con puntajes altos en la escala de Introversión Social perciben con mayor riesgo de infección por VIH (\bar{X} =2.66 para las mujeres y \bar{X} =2.58 para los hombres) aquellas conductas relacionadas con el recibir o donar sangre, que aquellos sujetos con puntajes bajos en esta escala del MMPI-2 (\bar{X} =2.40 y \bar{X} =2.11 respectivamente) ($F=3.743$ $gl=129$ $p=.058$ para las mujeres y $F=8.721$ $gl=129$ $p=.005$ para los hombres) (Ver tabla 32).

Tabla 32. Análisis de Varianza para los tipos de personalidad y sexos por la escala de Conductas de Riesgo.

TIPO DE PERSONALIDAD.	FACTOR.	MUJERES.				HOMBRES.			
		\bar{X} (EN MMPI) BAJOS-ALTOS		F	P	\bar{X} (EN MMPI) BAJOS-ALTOS		F	P
HIPOCONDRIA.	1.CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2.27	2.31	.455	.503	2.33	2.31	.189	.665
	2.CONDUCTAS CASUALES.	2.01	2.10	.625	.432	2.01	1.92	.572	.453
	3.ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	2.48	2.56	.282	.591	2.47	2.46	.002	.962
	4.-RECIBIR Y DONAR SANGRE.	2.53	2.53	.000	.994	2.19	2.50	3.611	.063
DEPRESIÓN.	1.CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2.26	2.34	2.106	.152	2.28	2.34	1.849	.179
	2.CONDUCTAS CASUALES.	2.06	2.04	.015	.902	1.91	2.01	.824	.368
	3.ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	2.54	2.50	.082	.775	2.40	2.52	.431	.514
	4.RECIBIR Y DONAR SANGRE.	2.50	2.57	.279	.599	2.29	2.35	.111	.740
HISTERIA.	1.CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2.32	2.26	1.228	.272	2.31	2.32	.026	.873
	2.CONDUCTAS CASUALES.	2.04	2.06	.015	.901	2.03	1.90	1.433	.236

	3 ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS	2.55	2.50	.100	.753	2.38	2.55	.952	.334
	4. RECIBIR Y DONAR SANGRE.	2.56	2.50	.216	.644	2.29	2.36	.145	.705
DESVIACIÓN PSICOPÁTICA.	1. CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2.29	2.30	.006	.941	2.32	2.31	.082	.772
	2. CONDUCTAS CASUALES.	2.09	2.00	.672	.415	2.05	1.90	1.959	.167
	3 ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	2.57	2.47	.530	.470	2.46	2.47	.001	.937
	4. RECIBIR Y DONAR SANGRE.	2.56	2.50	.190	.664	2.37	2.29	.198	.658
MASCULINIDAD-FEMINIDAD.	1. CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2.34	2.28	.815	.370	2.32	2.27	.640	.427
	2. CONDUCTAS CASUALES.	2.12	2.03	.413	.523	1.95	2.11	.936	.337
	3. ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	2.73	2.47	2.086	.154	2.40	2.93	3.979	.051 *
	4. RECIBIR Y DONAR SANGRE.	2.42	2.56	.684	.411	2.31	2.43	.214	.645
PARANOIA.	1. CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2.28	2.30	.149	.701	2.32	2.31	.060	.807
	2. CONDUCTAS CASUALES.	2.06	2.04	.023	.879	2.01	1.89	.852	.360
	3. ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	2.48	2.56	.271	.605	2.46	2.47	.005	.945
	4. RECIBIR Y DONAR SANGRE.	2.47	2.59	.861	.357	2.24	2.50	2.258	.139
PSICASTENIA.	1. CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2.29	2.29	.000	.987	2.32	2.31	.069	.793
	2. CONDUCTAS CASUALES.	2.09	1.99	.695	.408	1.94	1.99	.144	.705
	3. ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	2.59	2.42	1.312	.257	2.54	2.41	.548	.462
	4. RECIBIR Y DONAR SANGRE.	2.54	2.52	.020	.888	2.26	2.38	.463	.499

ESQUIZOFRENIA	1.CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO	2.29	2.30	.067	.796	2.32	2.31	.012	.912
	2.CONDUCTAS CASUALES.	2.07	2.04	.089	.793	1.91	2.05	1.538	.220
	3.ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	2.60	2.45	.971	.328	2.47	2.46	.004	.951
	4.RECIBIR Y DONAR SANGRE.	2.50	2.56	.203	.654	2.21	2.48	2.564	.115
HIPOMANIA	1.CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2.34	2.24	3.330	.073	2.33	2.30	.337	.564
	2.CONDUCTAS CASUALES.	2.08	2.01	.388	.536	1.99	1.92	.395	.533
	3.ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	2.65	2.38	3.433	.069	2.43	2.53	.242	.625
	4.RECIBIR Y DONAR SANGRE	2.56	2.50	.203	.654	2.34	2.30	.046	.831
INTROVERSIÓN SOCIAL	1.CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2.24	2.34	3.648	.061	2.30	2.34	.660	.420
	2.CONDUCTAS CASUALES.	2.00	2.10	.765	.385	1.90	2.05	1.812	.210
	3.ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	2.47	2.58	.557	.458	2.37	2.58	1.329	.254
	4.RECIBIR Y DONAR SANGRE.	2.40	2.66	3.743	.058 *	2.11	2.58	8.721	.005 **

*p<.05 **p<.01

5.3.3.Diferencias por tipo de personalidad y sexo en la escala de Actitud hacia el Condón.

En la escala de Actitud hacia el Condón con las escalas del MMPI-2 se encontraron diferencias significativas solamente en la escala de Introversión Social, para ambos sexos.

En el caso de las mujeres se observa que aquellas que puntúan alto en esta escala, es decir, que son más introvertidas; muestran una actitud más favorable hacia el uso

del condón ($\bar{X}=1.53$), que aquellas mujeres que presentan puntajes bajos, que son más extrovertidas ($\bar{X}=1.45$) ($F=5.985$ $gl=129$ $p=.017$).

Para los hombres se encontró lo contrario, aquellos que son más extrovertidos (los que puntúan bajo) muestran una actitud más favorable hacia el condón ($\bar{X}=1.50$) que los que puntúan alto, es decir que son más introvertidos ($\bar{X}=1.45$) ($F=4.095$ $gl=129$ $p=.048$) (Ver tabla 33).

Tabla 33. Análisis de Varianza por tipo de personalidad y sexo en la escala de Actitud hacia el Condón.

ESCALA.	TIPO DE PERSONALIDAD	MUJERES.				HOMBRES.			
		\bar{X} (EN MMPI) BAJOS-ALTOS		F	P	\bar{X} (EN MMPI) BAJOS-ALTOS		F	P
ACTITUD HACIA EL CONDÓN.	Hipocondría.	1.48	1.51	.984	.325	1.48	1.47	.095	.759
	Depresión.	1.47	1.52	1.655	.203	1.50	1.46	2.268	.138
	Histeria.	1.50	1.48	.268	.607	1.50	1.45	3.244	.077
	Desviación Psicopática.	1.47	1.52	2.764	.102	1.50	1.46	2.313	.134
	Masculinidad-Feminidad.	1.52	1.49	.450	.505	1.48	1.46	.095	.759
	Paranoia.	1.49	1.50	.147	.702	1.48	1.47	.160	.691
	Psicosis.	1.47	1.53	3.288	.075	1.48	1.47	.010	.920
	Esquizofrenia.	1.47	1.51	1.354	.249	1.47	1.48	.061	.806
	Hipomanía.	1.47	1.51	1.749	.191	1.47	1.49	.744	.392
	*P<.05	Introversión Social.	1.45	1.53	5.985	.017 *	1.50	1.45	4.095

5.3.4. Diferencias por tipo de personalidad y sexo en la Escala de Conocimientos sobre SIDA.

Para la escala de Conocimientos sobre SIDA y las variables de personalidad, se encontraron diferencias significativas en la escala de Desviación Psicopática que considera a aquellos sujetos con problemas conductuales de naturaleza agresiva, manipulación Interpersonal e impulsividad; las mujeres con calificaciones bajas en la escala de Desviación Psicopática muestran mayor nivel de conocimientos sobre SIDA ($\bar{X}=25.34$) que aquellas mujeres que al tener calificaciones altas son rebeldes, inmaduras, narcisistas, ostentosas, exhibicionistas, egocéntricas, extrovertidas, poco reservadas, incapaces de beneficiarse de las experiencias, carentes de metas definidas, tienen problemas para acatar leyes, estándares sociales y morales de conducta ($\bar{X}=23.86$) ($F=7.341$ $gl=129$ $p=.009$).

En la escala de Psicastenia, las mujeres presentan diferencias significativas con respecto de la escala de Conocimientos sobre SIDA, en donde las mujeres con puntajes bajos para el MMPI-2 tienen más conocimientos ($\bar{X}=25.16$) que las mujeres con calificaciones altas en dicha escala ($\bar{X}=24.00$) ($F=4.207$ $gl=129$ $p=.045$).

Finalmente en la escala de Esquizofrenia se encontró que las mujeres con puntajes bajos tienen más conocimientos sobre SIDA ($\bar{X}=25.57$) que las mujeres con calificaciones mayores ($\bar{X}=23.88$) ($F=9.935$ $gl=129$ $p=.003$) (Ver tabla 34).

Tabla 34. Análisis de Varianza para los tipos de personalidad y sexo, por la escala de Conocimientos sobre SIDA.

ESCALA.	TIPO DE PERSONALIDAD	MUJERES.				HOMBRES.			
		\bar{X} (EN MMPI) BAJOS-ALTOS		F	P	\bar{X} (EN MMPI) BAJOS-ALTOS.		F	P
CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA.	Hipocondría.	25.06	24.31	1.748	.191			1.463	.231
	Depresión.	25.03	24.22	1.972	.165			.000	.993
	Histeria.	24.50	24.65	.366	.547	25.10	25.37	.274	.603
	Desviación psicopática.	25.34	23.86	7.241	.009 **	25.46	25.03	.725	.398
	Masculinidad-Feminidad.	24.25	24.78	.534	.468	25.26	25.00	.111	.741
	Paranoia.	24.62	24.74	.039	.844	25.41	24.84	1.109	.297
	Psicasteria.	25.16	24.00	4.207	.045 *	25.46	25.06	.618	.435
	Esquizofrenia.	25.57	23.88	9.935	.003 **	25.43	24.96	.831	.366
	Hipomanía.	24.91	24.45	.627	.431	25.10	25.32	.064	.801
	Introversión Social.	24.78	24.60	.075	.788	25.53	24.89	1.800	.211

*p < .05 **p < .01

5.3.5. Diferencias por sexo y debut sexual.

Con la finalidad de conocer si existen diferencias significativas con respecto al sexo y si han tenido o no relaciones sexuales, se llevó a cabo un análisis de varianza con interacciones, para las escalas de Miedo, Conductas de Riesgo, Actitud hacia el Condón y Conocimientos sobre SIDA.

5.3.5.1. Diferencias entre sexo y debut sexual por la escala de Miedo al SIDA.

En la escala de miedo se encontraron diferencias significativas en el factor 1 (Temor a la dependencia) con respecto al sexo ($F=23.511$ $gl=129$ $p=23.511$), en donde se observa que las mujeres temen más a las consecuencias físicas y mentales de tener

SIDA, así como al deterioro de sus propias capacidades ($\bar{X}=3.41$) que los hombres ($\bar{X}=2.72$).

Asimismo se encontró que las mujeres tienen más miedo a infectarse de SIDA ($\bar{X}=4.12$) que los hombres ($\bar{X}=3.67$) ($F=10.133$ $gl=129$ $p=.002$). Por otro lado en cuanto al debut sexual se observó que aquellos sujetos que han tenido relaciones sexuales tienen más miedo a infectarse de SIDA ($\bar{X}=3.91$) que los sujetos que aún no tienen relaciones sexuales ($\bar{X}=3.86$) ($F=4.889$ $gl=129$ $p=.029$).

Para el factor que hace referencia al miedo a la sexualidad, se encontraron diferencias significativas por sexo. Las mujeres tienen más miedo a involucrarse sexualmente con alguien o en alguna de las prácticas sexuales que integran este factor ($\bar{X}=4.09$) que los hombres ($\bar{X}=3.55$) ($F=10.971$ $gl=129$ $p=.001$).

En el factor que se refiere al miedo hacia estímulos externos (factor 5), se encontró que las mujeres temen más a ciertas actividades casuales que se relacionan con el SIDA ($\bar{X}=2.72$) que los hombres ($\bar{X}=2.33$) ($F=10.674$ $gl=129$ $p=.001$) (Ver tabla 35).

Tabla 35. Análisis de varianza por sexo y debut sexual para la escala de miedo al SIDA.

ESCALA DE MIEDO. FACTOR.	VARIABLE INDEPENDIENTE.	CATEGORÍAS.	MEDIA (\bar{X})	F	P
1. TEMOR A LA DEPENDENCIA.	SEXO.	MUJERES.	3.41	23.511	.000 ***
		HOMBRES.	2.72		
	DEBUT SEXUAL.	SUJETOS CON VIDA SEXUAL.	3.05	3.528	.063
		SUJETOS SIN VIDA SEXUAL.	3.12		
	INTERACCIÓN	MUJERES CON VIDA SEXUAL.	3.62	233	.630

		MUJERES SIN VIDA SEXUAL.	3.18		
		HOMBRES CON VIDA SEXUAL.	2.73		
		HOMBRES SIN VIDA SEXUAL.	2.56		
2. MIEDO A INFECTARSE DE SIDA	SEXO.	MUJERES.	4.12	10.133	.002 **
		HOMBRES.	3.67		
	DEBUT SEXUAL.	SUJETOS CON VIDA SEXUAL.	3.91	4.889	.029 *
		SUJETOS SIN VIDA SEXUAL.	3.86		
	INTERACCIÓN	MUJERES CON VIDA SEXUAL.	4.30	.001	.971
		MUJERES SIN VIDA SEXUAL.	3.92		
		HOMBRES CON VIDA SEXUAL.	3.69		
		HOMBRES SIN VIDA SEXUAL.	3.33		
3. MIEDO A LA SEXUALIDAD	SEXO.	MUJERES.	4.09	10.971	.001***
		HOMBRES.	3.55		
	DEBUT SEXUAL.	SUJETOS CON VIDA SEXUAL.	3.77	.671	.434
		SUJETOS SIN VIDA SEXUAL.	3.98		
	INTERACCIÓN.	MUJERES CON VIDA SEXUAL.	4.13	.175	.677
		MUJERES SIN VIDA SEXUAL.	4.05		
		HOMBRES CON VIDA SEXUAL.	3.56		
		HOMBRES SIN VIDA SEXUAL.	3.29		
4. TEMOR A LA INTIMIDAD.	SEXO.	MUJERES.	2.14	3.393	.068
		HOMBRES.	1.95		
	DEBUT SEXUAL.	SUJETOS CON VIDA SEXUAL.	2.06	.541	.425
		SUJETOS SIN VIDA SEXUAL.	2.02		
	INTERACCIÓN	MUJERES CON VIDA SEXUAL.	2.25	.409	.523
		MUJERES SIN VIDA SEXUAL.	2.02		
		HOMBRES CON VIDA SEXUAL.	1.95		
		HOMBRES SIN VIDA SEXUAL.	2.00		
5. MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	SEXO.	MUJERES.	2.72	10.674	.001 ***
		HOMBRES.	2.33		

	DEBUT SEXUAL.	SUJETOS CON VIDA SEXUAL.	2.54	2.432	.122
		SUJETOS SIN VIDA SEXUAL.	2.51		
	INTERACCIÓN.	MUJERES CON VIDA SEXUAL.	2.88	.104	.668
		MUJERES SIN VIDA SEXUAL.	2.55		
		HOMBRES CON VIDA SEXUAL.	2.33		
		HOMBRES SIN VIDA SEXUAL.	2.21		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.3.5.2. Diferencias entre sexo y debut sexual en la escala de Conductas de Riesgo.

En esta escala se encontró interacción entre sexo y debut sexual en el factor 3 que habla de actividades relacionadas con el uso de drogas; observando que las mujeres con vida sexual y los hombres sin vida sexual perciben como más riesgosas estas actividades (\bar{X} =2.73 para las mujeres y \bar{X} =2.83 para hombres) que las mujeres sin vida sexual (\bar{X} =2.30) y los hombres con vida sexual (\bar{X} =2.44) ($F=4.446$ $gl=129$ $p=.037$).

En el factor que habla sobre el recibir o donar sangre (factor 4) se encontraron diferencias significativas por género, en donde las mujeres perciben más riesgosas estas conductas (\bar{X} =2.53), que los hombres (\bar{X} =2.32) ($F=4.339$ $gl=129$ $p=.039$) (Ver tabla 36).

Tabla 36. Análisis de varianza entre sexo y debut sexual para la escala de Conductas de Riesgo.

ESCALA DE CONDUCTAS DE RIESGO. FACTOR.	VARIABLE INDEPENDIENTE.	CATEGORÍAS.	MEDIA (X)	F	P
1. CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	SEXO.	MUJERES.	2.29	.001	.969
		HOMBRES.	2.32		
	DEBUT SEXUAL.	SUJETOS CON VIDA SEXUAL.	2.32	1.762	.187
		SUJETOS SIN VIDA SEXUAL.	2.26		
	INTERACCIÓN.	MUJERES CON VIDA SEXUAL.	2.33	1.221	.272
		MUJERES SIN VIDA SEXUAL.	2.25		
		HOMBRES CON VIDA SEXUAL.	2.31		
		HOMBRES SIN VIDA SEXUAL.	2.37		
2. CONDUCTAS CASUALES.	SEXO.	MUJERES.	2.05	1.798	.183
		HOMBRES.	1.97		
	DEBUT SEXUAL.	SUJETOS CON VIDA SEXUAL.	2.02	1.581	.211
		SUJETOS SIN VIDA SEXUAL.	1.98		
	INTERACCIÓN.	MUJERES CON VIDA SEXUAL.	2.14	3.032	.084
		MUJERES SIN VIDA SEXUAL.	1.95		
		HOMBRES CON VIDA SEXUAL.	1.95		
		HOMBRES SIN VIDA SEXUAL.	2.27		
3. ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	SEXO.	MUJERES.	2.52	2.339	.129
		HOMBRES.	2.46		
	DEBUT SEXUAL.	SUJETOS CON VIDA SEXUAL.	2.55	3.009	.085
		SUJETOS SIN VIDA SEXUAL.	2.35		
	INTERACCIÓN.	MUJERES CON VIDA SEXUAL.	2.73	4.446	.037 *
		MUJERES SIN VIDA SEXUAL.	2.30		
		HOMBRES CON VIDA SEXUAL.	2.44		
		HOMBRES SIN VIDA SEXUAL.	2.83		
4. RECIBIR Y DONAR SANGRE.	SEXO.	MUJERES.	2.63	4.339	.039 *

		HOMBRES	2.32		
	DEBUT SEXUAL.	SUJETOS CON VIDA SEXUAL.	2.43	374	542
		SUJETOS SIN VIDA SEXUAL.	2.45		
	INTERACCIÓN.	MUJERES CON VIDA SEXUAL.	2.59	137	.712
		MUJERES SIN VIDA SEXUAL.	2.47		
		HOMBRES CON VIDA SEXUAL.	2.32		
		HOMBRES SIN VIDA SEXUAL.	2.33		

*p < .05

5.3.5.3. Diferencias entre sexo y debut sexual para las escalas de Actitud hacia el Condón y la escala de Conocimientos sobre SIDA.

En estas escalas no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las variables independientes (ver tabla 37 y 38).

Tabla 37. Análisis de varianza entre género y debut sexual para la escala de Actitud hacia el Condón.

ESCALA DE ACTITUD HACIA EL CONDÓN.	VARIABLE INDEPENDIENTE.	CATEGORIAS.	MEDIA (\bar{X})	F	P
	SEXO.	MUJERES.	1.48	.711	.401
		HOMBRES.	1.48		
	DEBUT SEXUAL.	SUJETOS CON VIDA SEXUAL.	1.48	.109	.742
		SUJETOS SIN VIDA SEXUAL.	1.48		
	INTERACCIÓN.	MUJERES CON VIDA SEXUAL.	1.49	.118	.732
		MUJERES SIN VIDA SEXUAL.	1.49		
		HOMBRES CON VIDA SEXUAL.	1.48		
		HOMBRES SIN VIDA SEXUAL.	1.44		

Tabla 38. Análisis de Varianza entre sexo y debut sexual para la escala de Conocimientos sobre SIDA.

ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA	VARIABLE INDEPENDIENTE	CATEGORÍAS	MEDIA (\bar{X})	F	P
	SEXO	MUJERES	24.68	.001	.973
		HOMBRES	25.23		
	DEBUT SEXUAL	SUJETOS CON VIDA SEXUAL	25.27	3.063	.083
		SUJETOS SIN VIDA SEXUAL	24.14		
	INTERACCIÓN	MUJERES CON VIDA SEXUAL	25.26	.048	.827
		MUJERES SIN VIDA SEXUAL	24.13		
		HOMBRES CON VIDA SEXUAL	25.28		
		HOMBRES SIN VIDA SEXUAL	24.33		

5.4. Relación entre las escalas (Miedo al SIDA, SIDA y MMPI-2).

Con la finalidad de conocer las relaciones existentes entre las escalas aplicadas se realizó un análisis de Correlación producto-momento de Pearson para la muestra total. A continuación se presentan los resultados obtenidos, primero las correlaciones intraescalas y posteriormente las correlaciones interesescalas.

5.4.1. Análisis Intraescalas.

5.4.1.1. Correlaciones entre los factores que conforman la escala de Miedo al SIDA.

En las correlaciones obtenidas para la escala de Miedo se encontró que los factores correlacionan de manera positiva tanto para mujeres como para hombres, esto significa que el tener miedo de las circunstancias que integran uno de los factores implica que exista miedo con respecto de los otros factores, así como que el aumento o disminución del miedo para algún factor afecta de la misma manera a los otros factores.

Tanto para hombres como para mujeres se encontró que el temor a la dependencia por las consecuencias físicas y mentales de padecer SIDA (factor 1) es directamente proporcional al miedo a Infectarse de SIDA (factor 2), sin embargo, la relación entre estos factores es ligeramente más fuerte para los hombres ($r=.4016$ para mujeres y $r=.4915$ para hombres).

Bajo este mismo parámetro se ubica una correlación positiva entre los factores 1 y 5 (temor a la dependencia y miedo a estímulos externos respectivamente), en donde se observa que a mayor temor a la dependencia es mayor el temor a estímulos externos, como los enfermos, los moribundos, el inyectarse, los extranjeros, entre otros, que de alguna manera se relacionan con el SIDA; igualmente los hombres muestran mayor

fuerza para esta relación, sin embargo, ahora la diferencia por sexos es más grande ($r=.2953$ en mujeres y $r=.4422$ en hombres).

Por otro lado se encontró en las mujeres que el sentir temor hacia la dependencia implica sentir miedo a la sexualidad (factor 3) ($r=.2964$); y en los hombres, que el sentir temor a la dependencia genera temor a la intimidad (factor 4) ($r=.3127$).

Asimismo se observa que cuando incrementa el miedo a infectarse de SIDA, tanto los hombres como mujeres sienten más miedo a la sexualidad ($r=.4498$ en mujeres y $r=.4221$ en hombres), sin embargo, ahora las mujeres muestran una correlación más fuerte.

Puede observarse de igual manera que el miedo a infectarse de SIDA es directamente proporcional con el miedo a los estímulos externos, encontrando una más alta correlación para los hombres ($r=.5720$) que para las mujeres ($r=.5050$).

En los hombres se observa que un incremento en el temor a infectarse de SIDA eleva el temor a la intimidad ($r=.2640$).

Se encontró que cuando hay temor a la sexualidad, se observa también temor a los estímulos externos para ambos sexos, sin embargo, esta relación es mucho más fuerte y significativa para los hombres ($r=.4525$) que para las mujeres ($r=.3403$).

En los hombres, el miedo a la sexualidad muestra una relación directa y significativa con el temor a la intimidad, es decir a mayor miedo a la sexualidad, mayor miedo a la intimidad ($r=.3631$).

Finalmente se observa que cuando los hombres y las mujeres sienten miedo a la intimidad, sienten miedo a los estímulos externos ($r=.4668$ en las mujeres y $r=.6334$ en los hombres) (Ver tablas 39 y 40).

Tabla 39. Correlaciones entre los factores de la escala de Miedo, para mujeres.

ESCALA DE MIEDO AL SIDA.	1. TEMOR A LA DEPENDENCIA.	2. MIEDO A INFECTARSE DE SIDA	3. MIEDO A LA SEXUALIDAD.	4. TEMOR A LA INTIMIDAD.
2. MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	0.4016 ***			
3. MIEDO A LA SEXUALIDAD.	0.2964 *	0.4498 ***		
4. TEMOR A LA INTIMIDAD.	0.11	0.22	0.23	
5. MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNDS.	0.2953 *	0.5050 ***	0.3403 **	0.4668 ***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tabla 40. Correlaciones entre los factores de la escala de miedo, para hombres.

ESCALA DE MIEDO AL SIDA.	1. TEMOR A LA DEPENDENCIA.	2. MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	3. MIEDO A LA SEXUALIDAD.	4. TEMOR A LA INTIMIDAD.
2. MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	0.4915 ***			
3. MIEDO A LA SEXUALIDAD.	0.23	0.4221 ***		
4. TEMOR A LA INTIMIDAD.	0.3127 *	0.2640 *	0.3631 **	
5. MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNDS.	0.4422 ***	0.5720 ***	0.4525 ***	0.6334 ***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.4.1.2. Relaciones entre los factores que integran la escala de Conductas de Riesgo.

Así como en la escala de Miedo, en esta escala se encontraron altos puntajes de correlación positiva, que implican que si alguna conducta, o conjunto de éstas, se percibe como riesgosa los otros aspectos medidos se percibirán como conductas de riesgo de manera directa, proporcional y positiva (Ver tablas 41 y 42).

Se encontró tanto en mujeres como en hombres ($r=.5852$ y $r=.6320$ respectivamente) que cuando se perciben como riesgosas las conductas consideradas como de mayor riesgo como tener relaciones sexuales con desconocidos sin usar condón, con múltiples parejas, usar jeringas no esterilizadas, relacionarse con alguien seropositivo o con SIDA; entre otras; también se perciben como riesgosas algunas conductas

casuales como usar baños públicos, nadar en albercas públicas, ir a lugares que frecuentan los enfermos de SIDA, entre otras. Es importante señalar que se encontró mayor fuerza en la correlación para los hombres.

También para este factor de conductas de mayor riesgo, se encontró que la correlación con el factor que se refiere a las actividades relacionadas con el uso de drogas es alta y positiva tanto para hombres como para mujeres ($r=.3999$ y $r=.2532$ respectivamente) en donde se observa que cuanto más riesgosas se perciben las llamadas conductas de mayor riesgo, más riesgosas se ven las conductas relacionadas con las drogas.

Las mujeres ($r=.3239$) y ligeramente más los hombres ($r=.3483$), al percibir las conductas casuales como riesgosas, de manera directa y proporcional perciben riesgo en las actividades relacionadas con el uso de drogas; asimismo las mujeres al incrementar su percepción de riesgo de las conductas casuales incrementan su percepción de riesgo ante el recibir o donar sangre ($r=.2431$).

Por último, las mujeres al percibir riesgo en las actividades relacionadas con el uso de drogas, también perciben riesgo en el recibir y donar sangre ($r=.2451$).

Tabla 41. Correlación entre los factores de la escala de Conductas de Riesgo, para mujeres.

ESCALA DE CONDUCTAS DE RIESGO.	1. CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2. CONDUCTAS CASUALES.	3. ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.
2. CONDUCTAS CASUALES.	0.5852 ***		
3. ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	0.2532 *	0.3239 **	
4. RECIBIR Y DONAR SANGRE.	0.2	0.2431 *	0.2451 *

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabla 42. Correlación entre los factores de la escala de Conductas de Riesgo, para hombres.

ESCALA DE CONDUCTAS DE RIESGO.	1. CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2. CONDUCTAS CASUALES.	3 ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.
2. CONDUCTAS CASUALES.	0.6320 ***		
3 ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DRGAS.	0.3999 **	0.3483 **	
# RECIBIR Y DONAR SANGRE.	0.95	0.12	0.05

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.4.2. Análisis Interoescalas.

5.4.2.1. Correlaciones entre la Escala de Miedo al SIDA y las escalas que forman el MMPI-2.

Las correlaciones obtenidas entre estas dos escalas, en las mujeres, muestran que a puntajes más altos en la escala de Introversión social, es decir que se es más introvertido, hay más miedo a entablar relaciones íntimas ($r=.3319$).

Con respecto al miedo a los estímulos externos, se encontró que cuando las mujeres tienen más miedo a estos estímulos muestran puntajes bajos en la escala de Hipomanía ($r=-0.1131$) y puntajes altos en la escala de Introversión social ($r=.4103$) (Ver tabla 43).

Tabla 43. Correlación entre las escalas del MMPI-2 y los factores de la escala de miedo, para mujeres.

MMPI-2 MIEDO	1 TEMOR A LA DEPENDENCIA	2 MIEDO A INFECTARSE DE SIDA	3 MIEDO A LA SEXUALIDAD	4 TEMOR A LA INTIMIDAD	5 MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS
HIPOCONDRIA.	-0,02	0,01	0,03	0,09	0,18
DEPRESIÓN.	0,15	0,01	0,16	0,02	0,14
HISTERIA.	0,09	0,02	-0,1	0,18	0,15
DESVIACIÓN PSICOPÁTICA.	-0,12	-0,14	-0,02	-0,04	0,03
MASCULINIDAD-FEMINIDAD.	-0,01	0,01	0,15	0,04	-0,16
PARANOIA.	-0,05	0	-0,19	-0,15	-0,02
PSICASTENIA.	-0,08	-0,05	0,02	0,17	0,12
ESQUIZOFRENIA	-0,07	-0,02	0,16	0,07	0,09
HIPOMANÍA.	-0,2	-0,09	-0,15	-0,11	-0,2364 *
INTROVERSIÓN SOCIAL.	-0,03	0,05	0,05	0,3310 **	0,4103 ***

*p<05 **p<01 ***p<001

Para los hombres se encontró que los sujetos con puntajes altos en la escala de Hipomanía tienen menos miedo a la sexualidad ($r=-.2704$)

En el factor de temor a la Intimidad se encontró que los hombres con mayor miedo, tienen menos rasgos histéricos ($r=-.2806$), más conductas relacionadas con la esquizofrenia ($r=.3712$), y suelen ser más introvertidos ($r=.2583$).

Para el factor que mide el miedo a los estímulos externos, se observa que los hombres con más miedo son menos histéricos ($r=-.2821$), muestran más conductas esquizoides y son menos extrovertidos ($r=.3739$) (Ver tabla 44).

Tabla 44. Correlación entre las escalas del MMPI-2 y los factores de la escala de miedo, para hombres.

MMPI-2. MIEDO.	1.TEMOR A LA DEPENDENCIA.	2.MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	3.MIEDO A LA SEXUALIDAD.	4.TEMOR A LA INTIMIDAD.	5.MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.
HIPOCONDRIA.	-0,13	-0,09	-0,83	-0,19	-0,16
DEPRESIÓN.	-0,22	-0,01	0,09	0,06	0,13
HISTERIA.	-0,24	0,15	-0,12	-0,2806 *	-0,2821 *
DESVIACIÓN PSICOPÁTICA.	0,05	-0,06	-0,05	-0,06	-0,14
MASCULINIDAD-FEMINIDAD.	-0,14	-0,07	-0,12	-0,03	0,13
PARANOIA.	-0,04	-0,2	-0,14	0,07	0,01
PSICASTENIA.	-0,1	0,01	0,07	0,1	0,11
ESQUIZOFRENIA	0,07	0,18	0,02	0,3712 **	0,3756 **
HIPOMANIA.	0,11	0,05	-0,2704 *	-0,02	-0,01
INTROVERSIÓN SOCIAL.	0,01	0,03	0,1	0,2583 *	0,3739 **

*p<.05 **p<.01

5.4.2.2. Correlaciones entre la escala de Conductas de Riesgo y las escalas que integran el MMPI-2.

Aquí se observa que las mujeres que perciben como riesgosas conductas como tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar condón, tener relaciones sexuales con múltiples parejas (conductas de alto riesgo de infección por VIH), muestran puntajes altos en la escala de Introversión Social, es decir, que son tímidas, carentes de autoconfianza, evitan relaciones interpersonales ($r=.2412$).

También, cuando se observan puntajes altos en esta escala de Introversión social, para mujeres, se detecta que se percibe como más riesgoso recibir y donar sangre ($r=.2760$). (Ver tabla 45).

Tabla 45. Correlación entre las escalas del MMPI-2 con los factores que conforman la escala de Conductas de Riesgo, para mujeres.

MMPI-2 CONDUCTAS DE RIESGO	1 CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2. CONDUCTAS CASUALES.	3 ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	4. RECIBIR Y DONAR SANGRE
HIPOCONDRIA.	0,08	0,12	0,06	0
DEPRESIÓN.	0,16	-0,01	-0,01	0,07
HISTERIA.	-0,15	0,03	-0,04	-0,03
DESVIACIÓN PSICOPÁTICA.	0,01	-0,06	-0,06	0,01
MASCULINIDAD-FEMINIDAD.	-0,1	-0,05	-0,19	0,11
PARANOIA	0,03	-0,02	0,01	0,08
PSICASTENIA.	-0,01	-0,07	-0,14	0,01
ESQUIZOFRENIA.	0	-0,04	-0,09	0,08
HIPOMANIA.	-0,19	-0,04	-0,24	-0,03
INTROVERSIÓN SOCIAL	0,2412 *	0,16	0,14	0,2760 *

* $p < 0,05$

Para los hombres se observa que cuando hay puntajes altos en la escala de Masculinidad-Feminidad, es decir, que cuando se trata de hombres con rasgos más femeninos, las actividades relacionadas con el uso de drogas se perciben como más riesgosas ($r = .2614$).

Cuando los hombres perciben como más riesgoso el Recibir y Donar sangre, se observan puntajes altos en la escala de Hipocondria ($r = .2976$), considerando que se trata de personas con una preocupación anormal acerca de su salud corporal aunque no exista base orgánica; así como puntajes altos en la escala de Introversión Social ($r = .3059$) (Ver tabla 46).

Tabla 46. Correlación entre las escalas del MMPI-2 con los factores de la escala de Conductas de Riesgo, para hombres.

MMPI-2 CONDUCTAS DE RIESGO	1. CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2. CONDUCTAS CASUALES.	3. ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS	4. RECIBIR Y DONAR SANGRE.
HIPOCONDRIA.	-0,08	-0,09	-0,02	0.2976 *
DEPRESIÓN	0,15	0,12	0,07	0,11
HISTERIA	0	-0,15	0,11	0,12
DESVIACIÓN PSICOPÁTICA.	-0,06	-0,17	-0,01	-0,02
MASCULINIDAD-FEMINIDAD	-0,11	0,13	0.2614 *	0,06
PARANOIA	-0,05	-0,12	0,02	0,18
PSICASTENIA.	-0,06	0,01	-0,11	0,09
ESQUIZOFRENIA.	0,01	0,15	0	0,12
HIPOMANIA.	-0,09	-0,12	0,07	-0,06
INTROVERSIÓN SOCIAL.	0,13	0,16	0,16	0.3059 *

*p<.05

5.4.2.3. Correlación entre las escalas de Miedo al Sida y Conductas de Riesgo.

Se encontró que cuando las mujeres tienen miedo a infectarse de SIDA perciben como más riesgosas a las conductas denominadas casuales, como usar baños públicos, nadar en albercas públicas, entre otras, ($r=.2952$); asimismo se encontró que las mujeres que temen a los estímulos externos, consideran como riesgosas las conductas casuales ($r=.2340$) (Ver tabla 47).

Tabla 47. Correlación entre las escalas de Miedo y Conductas de Riesgo, para mujeres.

MIEDO CONDUCTAS DE RIESGO.	1. CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2. CONDUCTAS CASUALES.	3. ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	4. RECIBIR Y DONAR SANGRE.
1. TEMOR A LA DEPENDENCIA.	-0,11	-0,08	-0,02	-0,22
2. MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	0,07	0.2952 *	0,02	0,09
3. MIEDO A LA SEXUALIDAD.	-0,01	-0,05	-0,06	0,06
4. TEMOR A LA INTIMIDAD.	-0,04	0,14	0,03	0,05
5. MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	0,14	0.2340 *	0,16	0,09

*p<.05

Para los hombres se encontró que quienes perciben a las conductas que integran el factor de mayor riesgo como riesgosas muestran temor a la dependencia ($r=.3545$) y miedo a los estímulos externos ($r=.3480$), con la misma fuerza de correlación. Con un nivel de correlación menor se encuentra que tienen miedo a la sexualidad ($r=.3403$) y miedo a la intimidad ($r=.2644$), sin embargo, no muestran miedo a infectarse de SIDA.

Los hombres que perciben como riesgosas a las conductas casuales, manifiestan sentir temor a la dependencia ($r=.2500$) y en un nivel mayor sienten miedo a los estímulos externos ($r=.3177$).

Finalmente, para los hombres se encontró que aquellos que consideran que recibir y donar sangre es riesgoso muestran temor hacia los estímulos externos ($r=.3479$) y en menor medida miedo a infectarse de SIDA ($r=.2903$) y miedo a la sexualidad ($r=.2620$) (Ver tabla 48).

Tabla 48. Correlación entre las escalas de Miedo y Conductas de Riesgo, para hombres.

MIEDO / CONDUCTAS DE RIESGO	1.CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.	2.CONDUCTAS CASUALES.	3.ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.	4.RECIBIR Y DONAR SANGRE.
1.TEMOR A LA DEPENDENCIA.	0,3545 **	0,2500 *	-0,01	0,18
2.MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	0,08	0,15	-0,13	0,2903 *
3.MIEDO A LA SEXUALIDAD.	0,3403 *	0,19	0,07	0,2620 *
4.TEMOR A LA INTIMIDAD.	0,2644 *	0,13	0,12	0,18
5 MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	0,3480 **	0,3177 *	0,13	0,3479 **

* $p < .05$ ** $p < .01$

5.4.2.4. Correlaciones entre la escala de Actitud hacia el Condón con las escalas del MMPI-2, la escala de Miedo al SIDA y la escala de Conductas de Riesgo.

En las correlaciones para las escalas del MMPI-2 se encontró que cuando los hombres son más introvertidos muestran una actitud menos favorable hacia el condón ($r=-.2589$). (Ver tabla 49).

Tabla 49. Correlación entre las escalas del MMPI-2 y la escala de actitud hacia el condón, por sexos.

TIPO DE PERSONALIDAD \ ACTITUD HACIA EL CONDÓN.	MUJERES	HOMBRES
HIPOCONDRIA.	0,13	-0,04
DEPRESIÓN.	0,16	-0,2
HISTERIA.	-0,07	-0,23
DESVIACIÓN PSICOPÁTICA.	0,21	-0,2
MASCULINIDAD-FEMINIDAD.	-0,09	-0,04
PARANOIA.	0,05	-0,05
PSICASTENIA.	0,23	-0,01
ESQUIZOFRENIA.	0,15	0,03
HIPOMANÍA.	0,17	0,11
INTROVERSIÓN SOCIAL.	0,3	-0,2589 *

*p<.05

Las correlaciones obtenidas para la escala de Actitud hacia el Condón y la escala de Miedo al SIDA no fueron significativas (Ver tabla 50).

Tabla 50. Correlación entre la Escala de Actitud hacia el condón con la escala de miedo, por sexos.

MIEDO. \ ACTITUD HACIA EL CONDÓN.	MUJERES.	HOMBRES.
1. TEMOR A LA DEPENDENCIA.	-0,18	0,06
2. MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	-0,08	0
3. MIEDO A LA SEXUALIDAD.	0,1	-0,04
4. TEMOR A LA INTIMIDAD.	0,21	0,17
5. MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	0,2	0,03

Para la escala de Conductas de Riesgo se encontró que los hombres que consideran a las conductas casuales como riesgosas muestran una actitud más favorable hacia el condón ($r=.2555$) (Ver tabla 51).

Tabla 51. Correlación entre la escala de Actitud hacia el condón y Conductas de Riesgo, por sexos.

CONDUCTAS DE RIESGO \ ACTITUD	MUJERES.	HOMBRES.
HACIA EL CONDÓN		
1 CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO	-0,16	0,14
2 CONDUCTAS CASUALES	-0,07	0,2555 *
3 ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS	0,22	0,08
4 RECIBIR Y DONAR SANGRE.	0,26	-0,12

* $p < .05$

5.4.2.5. Correlaciones entre la escala de Conocimientos sobre SIDA con las escalas del MMPI-2, la escala de Miedo al SIDA, la escala de Conductas de Riesgo y la escala de Actitud hacia el Condón.

En el MMPI-2 se observó que las mujeres con puntajes altos en la escala de Desviación Psicopática, es decir, que son mujeres con problemas conductuales que denotan sobre todo agresión y violación a las leyes, con severos rasgos antisociales, muestran menos conocimientos sobre SIDA ($r = -.3277$). Igualmente, se encontró que las mujeres con rasgos marcadamente obsesivo-compulsivos muestran menos conocimientos sobre SIDA ($r = -.2540$); finalmente, aquellas con tendencias esquizoides manifiestan menos conocimientos ($r = -.3742$) (Ver tabla 52).

Tabla 52. Correlación entre las escalas del MMPI-2 y la escala de conocimientos sobre SIDA, por sexos.

MMPI-2 \ CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA.	MUJERES.	HOMBRES.
HIPOCONDRIA	-0,17	-0,16
DEPRESIÓN.	-0,18	0
HISTERIA.	0,08	0,07
DESVIACIÓN PSICOPÁTICA.	-0,3277 **	-0,11
MASCULINIDAD-FEMINIDAD.	0,09	-0,04
PARANOIA.	0,03	-0,14
PSICASTENIA.	-0,2540 *	-0,1
ESQUIZOFRENIA.	-0,3742 **	-0,12
HIPOMANIA.	-0,1	0,03
INTROVERSIÓN SOCIAL.	0,03	-0,16

*p<.05 **p<.01

En las correlaciones entre la escala de Miedo y la de Conocimientos sobre SIDA no se encontraron correlaciones significativas (Ver tabla 53).

Tabla 53. Correlaciones entre la escala de miedo y la escala de conocimientos sobre SIDA, por sexos.

MIEDO \ CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA.	MUJERES.	HOMBRES.
1.TEMOR A LA DEPENDENCIA.	0,08	0,03
2.MIEDO A INFECTARSE DE SIDA.	0,16	0,12
3.MIEDO A LA SEXUALIDAD.	-0,09	-0,08
4.TEMOR A LA INTIMIDAD.	-0,06	-0,02
5.MIEDO A ESTÍMULOS EXTERNOS.	-0,05	-0,03

Con respecto de las Conductas de Riesgo se encontró que las mujeres que consideran como riesgosas las conductas casuales tienen más conocimientos sobre SIDA ($r=.2621$) y los hombres que perciben que recibir y donar sangre es riesgoso tienen menos conocimientos sobre SIDA ($r=-.2655$) (Ver tabla 54).

Tabla 54. Correlación entre la escala de conductas de riesgo y la escala de conocimientos sobre SIDA, por sexos.

CONDUCTAS DE RIESGO	CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA	MUJERES	HOMBRES
1. CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO.		0	0,21
2. CONDUCTAS CASUALES		0,2621 *	0,09
3. ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS.		0,03	0,05
4. RECIBIR Y DONAR SANGRE.		0,15	-0,2655 *

*p < .05

No se encontraron correlaciones significativas con respecto de la escala de Actitud hacia el condón con la escala de Conocimientos sobre SIDA (Ver tabla 55).

Tabla 55. Correlación entre la escala de actitud hacia el condón con la escala de conocimientos sobre SIDA.

ACTITUD HACIA EL CONDÓN.	MUJERES.	HOMBRES.
CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA.	-0,19	0,05

CAPÍTULO 6.

Discusión.

La presente discusión se presenta primero a partir del análisis psicométrico de los instrumentos aplicados en el estudio piloto, después se muestra el análisis descriptivo de la muestra final, desde la perspectiva sociodemográfica, así como desde los antecedentes sobre la vida sexual de los encuestados; posteriormente se pueden observar las diferencias entre grupos respecto de las variables medidas y al final se encuentran las relaciones entre variables.

6.1. Análisis psicométrico de los instrumentos.

6.1.1. Escala de miedo.

Ante la escasez de instrumentos que midieran miedo al SIDA, para poblaciones mexicanas o de menos en español, se utilizó este instrumento elaborado por Arrindel, Ross, Bridges, Hout, Hofman y Sanderman, en 1989 con la finalidad de conocer qué es a lo que se teme con respecto del SIDA.

En el estudio exploratorio se encontró que la escala de miedo aplicada se conforma de 5 factores que explican el 48.6% de la varianza; el resto de la varianza no explicada puede deberse a factores como el riesgo real ante la infección, y como señala Dumas (citado en Diel, 1966), el temor se desencadena por condiciones ambientales, pero la causa esencial del estado de miedo es de naturaleza íntima y personal relacionado con la forma particular en que cada individuo percibe un riesgo y con la manera singular de enfrentar las excitaciones que llegan a cada uno y el control que se tenga sobre ellas.

Cada uno de los factores encontrados mostró estructuras conceptuales definidas, en el sentido de que es posible diferenciar entre los eventos que despiertan miedo ante el SIDA. En contraste, en el estudio elaborado por Arrindel, Ross, Bridges, Hout, Hofman y Sanderman (1989) se encontraron únicamente dos factores que explicaban el 39.1% de la varianza; en el primer factor se observa el miedo sentido ante conductas sexuales de riesgo o relacionadas con sangre y miedo a las consecuencias somáticas y psicológicas de padecer la enfermedad, y para el segundo factor se encuentra el miedo a exponerse al virus del SIDA y a otros virus a través de contacto no sexual. Como se puede observar ambos factores están conformados de manera muy general en comparación con los cinco factores encontrados en el presente estudio, la razón de tal discrepancia puede deberse a diferencias socioculturales, en el sentido de que la población universitaria mexicana cuenta con estructuras cognoscitivas que le permiten diferenciar entre aquellos eventos que le producen mayor o menor miedo, y probablemente también se deba a la percepción de tales conductas como más o menos riesgosas; así como a la percepción de susceptibilidad individual respecto del VIH; así Diel (1966) y Averill (1980) mencionan que las percepciones que se tengan respecto de un evento amenazante están condicionadas por las formas particulares del entorno social al que pertenecen los individuos y que responden a la conservación del equilibrio psíquico y de la conservación de la vida de preferencia por medio de vías placenteras, por ello señala que existen niveles o jerarquías de valores para poder enfrentar al evento que produce miedo; por ello, Ganster y Victor (1988) refieren que para algunas culturas algunos eventos pueden fungir como factores de vulnerabilidad y en otras pueden funcionar como protectores. Scharter (1964) y Plutchik (1980, citado en Ramos 1990) a este respecto señalan que el miedo se experimenta, entre otras cosas, por una interpretación cognoscitiva basada en la experiencia inmediata y en experiencias anteriores, así, es importante el riesgo percibido en las personas a las que afecta la amenaza o en las conductas que se relacionan con el riesgo y a los valores que implica la preocupación de enfrentarse al evento al que se teme; todo lo anterior con la finalidad de entender qué tipo de repuestas se darán ante el estímulo que genera miedo y por medio de qué estrategia se relacionará con él, sin perder de

vista la forma mutua en que se afectan el miedo y los juicios. Sin embargo la explicación también puede deberse al factor tiempo ya que entre el primer estudio y este, han pasado 6 años y de acuerdo con Young, Gallaher, Belasco, Barr y Webber (1991) en un periodo no mayor a cinco años se presentaron importantes cambios respecto del miedo sentido hacia determinados eventos relacionados con el miedo de adquirir SIDA.

Se observó, en el primer factor, que el volverse dependiente de los demás, perderse el respeto, estar desvalido, ser no atractivo, sentirse impotente, ser enfermo mental, sentir el sufrimiento físico de los otros, contagiar a otros con una enfermedad y la muerte; son eventos que en buena medida hacen que los individuos pierdan el control sobre sí mismos, lo que les hace temer a la dependencia, y en específico respecto del SIDA se encontró que es un temor a las consecuencias físicas y mentales de adquirirlo. Ante esto Colón (1992) señala que la reacción de miedo ante el SIDA se ha relacionado con el miedo a la muerte, a la contaminación o con el miedo a la pasividad ante una enfermedad mortal. Prohaska, Breckt, Levy, Sugrue y Kim (1990) mencionan que lo más amenazante de un evento, como la muerte respecto del SIDA, desencadena reacciones emocionales que intensifican el propio sentido de estar en riesgo. López, Villagrán y Díaz-Loving (1994) observaron que existe un importante nivel de miedo respecto del SIDA debido a la inminencia de la muerte y por la pérdida de las capacidades. Este factor es el que explica la mayor parte de la varianza, la explicación puede darse a partir del temor general, no solo ante el SIDA, de perder las propias capacidades, y la independencia; y sobre todo porque en una cultura como la nuestra le damos gran importancia a la muerte, en donde, según Octavio Paz, en *El Laberinto de la Soledad*, somos un pueblo tan temeroso de la muerte que ocultamos este miedo tras la fiesta.

Para el segundo factor se encontró que contagiarse de SIDA, contraer una enfermedad venérea, una infección por contacto sexual, infección a través de algunas enfermedades y una infección sanguínea, se agrupan y en buena medida implica el

miedo a adquirir alguna enfermedad transmisible a través de los mecanismos inherentes a la infección por VIH, así entonces este factor se denominó miedo a infectarse de SIDA; la razón por la que se agruparon en un factor estos eventos encuentra su explicación en el conocimiento de los mecanismos de infección por VIH; esto nos permite observar que la población encuestada cuenta con conocimientos sobre SIDA, y sobre todo de las vías de transmisión, aspecto que se fundamenta en estudios realizados con el fin de conocer el nivel y tipo de conocimientos con los que cuenta la población (Díaz-Clemente, Zorn, Temoshok, 1987; Mio y Applebaum, 1990; Sepúlveda, 1990; Alfaro, 1991; Villagrán y Díaz-Loving, 1992; Villagrán, 1993; Ramos, 1992), observando que estudiantes universitarios tienen conocimiento adecuado de las vías de infección por VIH.

Respecto de la sexualidad se encontró que el tener contacto sexual con diferentes parejas, con hombres o mujeres homosexuales, bisexuales, con desconocidos y con una prostituta; tener contacto sexual extramarital, y tener coito, se agrupan en el tercer factor denominado como miedo a la sexualidad, que como se observa agrupa el temor a involucrarse en diferentes tipos de prácticas sexuales, como actividad sexual, preferencia, así como número de parejas sexuales, factor que adquiere relevancia en el sentido de que el contacto sexual es la mejor vía para la transmisión del virus, ante esto, Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán (1994) y López, Villagrán y Díaz-Loving (1994) encontraron que uno de los principales temores que les genera lo relacionado con el VIH encuentra su fundamento en que el SIDA se transmite a través de actividades sexuales definidas, y por el estigma social de la sexualidad en relación con el SIDA o por la creencia de que el SIDA es una enfermedad de homosexuales. Negy y Webber (1991) y Alfaro (1991) encontraron que aquellos sujetos que se hablan ya involucrado con algún tipo de práctica sexual sentían más miedo a infectarse con VIH.

En el cuarto factor denominado como temor a la intimidad, se encontró que agrupa el temor a involucrarse en algún tipo de relación con alguna persona que se cree podría padecer alguna enfermedad o específicamente con SIDA; como el contacto íntimo, no

necesariamente sexual, con hombres o mujeres homosexuales, bisexuales, prostitutas; el contacto íntimo con conocidos, familiares o amigos, con enfermos bajo tratamiento médico, y el contacto con una víctima de SIDA; aquí resulta interesante considerar que el miedo a tener contacto con una víctima de SIDA tuvo el menor peso factorial dentro de esta dimensión, muy por debajo de otro tipo de conductas consideradas como de menor riesgo. Para Plutchik (1980, citado en Ramos, 1990) en el miedo pueden existir alteraciones en las cogniciones respecto del objeto al que se teme, entonces un evento puede considerarse como maligno y viceversa aunque la realidad sea otra, en el miedo puede haber distorsiones o desplazamientos, así mismo Lazarus (citado en Harvey y Smith, 1977) menciona que las cogniciones juegan un importante papel en la conceptualización de las emociones, la valoración cognitiva implica la evaluación que hace el individuo de la significancia dañina de algún objeto, valoración dada de acuerdo a factores internos como la susceptibilidad ante el riesgo, los conocimientos sobre el riesgo y las actitudes ante él, por esto es importante considerar que a pesar de que se sabe que el SIDA es una enfermedad de conductas y no de grupos de riesgo, aún se teme a las personas con prácticas sexuales diferentes de la heterosexualidad, aspecto que ha sido encontrado en infinidad de estudios (Herek y Glunt, 1988; López, Villagrán y Díaz-Loving, 1994; y Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán, 1994).

Dentro del quinto factor se considera el miedo sentido ante personas o actividades casuales, como el inyectarse, someterse a transfusiones sanguíneas o de hemoderivados, los moribundos, los virus, hacerse un examen médico, a los extranjeros, tener contacto con sangre humana, la conducta anormal, las drogas o productos químicos, a enfermarse y a tener contacto con personas que se sabe son adictas a drogas; así entonces a este factor se le denominó miedo a estímulos externos, ya que son temores generales que no necesariamente implican riesgo de infección por VIH. En este sentido Sauri (1976) señala que una característica importante del miedo es su intencionalidad, que se dirige hacia un objeto o una función, para personalizar el riesgo con el fin de encontrar una forma de evadirlo.

enfrentar a la amenaza, aunque tal amenaza no necesariamente sea riesgosa para quien la percibe.

De acuerdo con Ostrow (1988) y con Scott y Applebaum (1990) las dimensiones encontradas para este estudio responden a lo que han llamado la "epidemia del miedo al SIDA" que es una reacción emocional que se ha podido comparar con el miedo a la muerte y a la pasividad.

Asimismo se encontró que la confiabilidad de la escala es alta, por ello se deduce que es un instrumento confiable, susceptible de investigación, con la finalidad de someterlo a posteriores análisis con el fin de depurar los criterios para su uso.

6.1.2. Cuestionario de SIDA.

Este instrumento fue elaborado para poblaciones mexicanas por Díaz-Loving, Rivera, Ramos, Flores, Andrade, Villagrán en 1991 y ha sido utilizado en infinidad de estudios, encontrando resultados similares respecto de la validez y la confiabilidad. Para este cuestionario se validaron las subescalas de actitud hacia el condón y percepción de conductas de riesgo.

6.1.2.1. Escala de actitud hacia el condón.

Para esta escala se encontró únicamente un factor que explica el 65.5% de la varianza, la razón de la presencia de un sólo factor para esta escala puede deberse a que en la actualidad, por las investigaciones que se han hecho sobre la prevención del SIDA y sobre el uso del condón como una de las medidas de prevención más eficaces (Alfaro, 1994, 1995; Paalman, 1992; Villagrán 1993, 1994; Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán; 1994), las instituciones encargadas de difundir masivamente medidas de prevención, como CONASIDA, han empleado estrategias producto de estas investigaciones en donde ofrecen información señalando que el uso del condón implica no sólo prevención, porque así el condón adquiere el rol de protector y se pierden otros

rasgos, sino que también podría implicar otras funciones positivas, es decir se invita a que se le perciba como más integral y de acuerdo con lo que mencionan Kerlinger (1987), Abbagnano (1989), Allport (1967) y Katz (citado en Dowes, 1975) sobre las actitudes (las actitudes implican juicios, capacidades, orientación y comportamiento ante algún concepto específico las actitudes encierran predisposiciones del individuo para valorar de manera agradable o desagradable, favorable o desfavorable, algún símbolo u objeto, en donde los afectos, la sensibilidad y algunos factores cognoscitivos como los conocimientos y las creencias se conjuntan para describir la actitud, las características y las relaciones con otros objetos), la actitud hacia el condón podría englobar las dimensiones encontradas por otros investigadores (Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks; 1990; Bernard, Hébert, De Man y Farrar; 1989; Rivera y Díaz-Loving, 1994; Alfaro, 1995) respecto del condón, como lo ofensivos, atractivos y efectivos que pudieran percibirse, como inhibidor del placer físico, relacionado con la facilidad o dificultad ante su uso, asociado a situaciones que generan vergüenza, como adquirirlos o usarlos, o dando importancia al hedonismo y a la inteligencia que implica su uso así como la accesibilidad al mismo. Así podríamos empezar a pensar que las actitudes hacia el condón se ubican en un continuo que integra los siguientes aspectos: placer-displacer, agrado-desagrado, facilidad o dificultad de uso, funcionalidad o disfuncionalidad, inteligencia o falta de esta, entre otros.

La confiabilidad de la escala es sumamente alta, lo que nos indica que es un instrumento digno de utilizarse en otras investigaciones.

6.1.2.2. Escala de Percepción de Conductas de Riesgo.

Al igual que la escala de actitud hacia el condón, esta escala ha sido utilizada para otros estudios (Ramos, Díaz-Loving, Muñiz y Camacho; 1992), en ellos se encontró que la escala se divide en cuatro dimensiones que implican prácticas sexuales diversas, infección de VIH por medio de sangre y objetos punzocortantes, uso de

lugares públicos y relacionarse con alguien que tiene SIDA. Para el presente estudio se encontraron también 4 dimensiones que explican el 63.1% de la varianza, sin embargo, las dimensiones difieren en que los factores encontrados se definen a partir de la estimación de qué tan riesgosas se perciben determinadas conductas y no por el tipo de actividad, como en el estudio anterior, aspecto que se respalda por lo señalado por AIDSCOM (1990) al señalar que las conductas de riesgo con respecto del SIDA, de acuerdo a su naturaleza se subdividen en conductas de alto, mediano y bajo riesgo. Este aspecto es importante porque nos permite observar el papel que juegan los juicios y los valores en el momento de percibir riesgos; estos hallazgos se respaldan con lo dicho por Janz y Becker (1984) al mencionar que la percepción de las conductas de riesgo se determinan por juicios relacionados con la susceptibilidad ante la infección y por ello se debe dirigir su atención hacia tales conductas con la finalidad de que las personas se den cuenta de que están incurriendo en prácticas de alto riesgo. Así mismo Fischhoff Y Linchtenstein (1982) y Johnson (1991) señalan que el juicio es la base de la percepción de riesgo; además podemos reiterar lo señalado por Kelly, Lawrence y Brasfield, (1990) al mencionar la importancia de la estimación del riesgo y el conocimiento de las conductas de riesgo.

En el primer factor, nombrado conductas de mayor riesgo, se consideraron aquellas actividades que se realizan junto con personas que han contraído SIDA aunque no impliquen riesgo, así como aquellas conductas que realmente implican riesgo, como tener relaciones sexuales anales sin usar condón o tenerlas con una pareja ocasional, con una prostituta; tener múltiples parejas sexuales, tener contacto físico con alguien que tiene SIDA, besarse en la boca con alguien que tiene SIDA, tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA aunque se use condón, jugar con un niño que tiene SIDA, y utilizar jeringas o agujas no esterilizadas y que alguien ha usado previamente. Como se puede observar las aseveraciones que conforman este factor no necesariamente implican un riesgo real de infección, sin embargo, el hecho de relacionarse con algún portador de VIH en cualquier forma implica sentirse en riesgo, a pesar de que quizá se conozca que este tipo de contacto no es vía de infección, y lo

más importante es que perciben como igualmente riesgosas conductas de alto riesgo real con los juicios y valores engendrados por el estigma de la enfermedad que no necesariamente implican un riesgo.

Para el segundo factor se encontró que se trata de aquellas conductas que se realizan de manera poco habitual o con gente desconocida y que encierran poco o nada de riesgo, como usar baños públicos, masturbarse con una pareja ocasional, tener sexo oral con alguien que no se conoce bien, nadar en albercas públicas y acudir a una clínica dental o de salud en la que se atiende a gente con SIDA. A este factor se le denominó conductas casuales. Esta dimensión es similar a la anterior en el sentido de que no se distingue entre conductas de alto y bajo riesgo, la diferencia con el factor anterior es que aquí la certeza de que alguien sea portador de VIH es menor, es decir, la gente es capaz de percibir diferentes niveles de riesgo respecto de la certeza de un portador del virus, sin embargo nuevamente los juicios son determinantes.

Actividades relacionadas con el uso de drogas o con gente que usa drogas intravenosas corresponden al tercer factor, como inyectarse drogas como heroína o cocaína, así como tener relaciones sexuales usando condón con alguien que se inyecta drogas. Para esta dimensión se considera la importancia de los conocimientos que se tienen sobre la enfermedad, en relación con la percepción de conductas de riesgo, es decir, la gente sabe que el uso de drogas puede ser un factor determinante en la adquisición de la infección.

Finalmente el cuarto factor se refiere a el recibir o donar sangre, nuevamente se observa la importancia de los conocimientos; ante esto Janz y Becker señalan que la percepción de riesgo está estrechamente ligada con los conocimientos que se tengan acerca de la enfermedad, de sus formas de transmisión, la severidad de sus efectos y su propia susceptibilidad ante ellos, lo que de acuerdo con Coates (1992) provocaría que las personas perciban que su conducta los coloca en riesgo de infección; además es de vital importancia lo señalado por Toennies, Zagumny, Sorokin y Tesch (1994), al

referir que cada grupo definirá sus conductas de riesgo y cambiará determinadas conductas de acuerdo con la evaluación de las ganancias y las pérdidas que implique este cambio.

La confiabilidad encontrada para esta escala alta por ello se puede considerar que se trata de una escala que puede someterse a posteriores estudios.

6.2. Análisis descriptivo de la muestra final.

6.2.1. Descripción del patrón sexual.

Como se ha mencionado ya anteriormente el conocimiento de la vida sexual de las personas se torna importante cuando se hace investigación sobre prevención del SIDA porque es la principal vía de infección; es importante conocer si se ha tenido ya debut sexual, cuál es la preferencia sexual, el número de parejas sexuales y la frecuencia del uso del condón.

Con relación a la evaluación acerca de si se han tenido o no relaciones sexuales se encontró que el 48.6% de las mujeres y el 95.1% de los hombres ya han tenido debut sexual; estos hallazgos son comparables a los de otras investigaciones (Simon, 1989; IMSS, 1981; Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho, 1990; Villagrán, Díaz-Loving y Camacho, 1992; Díaz-Loving, Flores, Rivera, Andrade, Ramos, Cubas, Villagrán, Camacho y Muñiz, 1992; Alfaro 1995) cuando señalan que la mayor parte de la población Universitaria ya ha tenido relaciones sexuales, por ello se ha dicho que la población estudiantil universitaria se está colocando rápidamente como un grupo que en el futuro será atacado por el SIDA, (González-Block, Liguori, Bazúa; 1990); así mismo se observa que el número de mujeres que ha tenido debut sexual es menor al de los hombres situación que es explicada por lo señalado por Díaz Guerrero (1982)

cuando señala que en la cultura mexicana se fomenta el comportamiento sexual para los hombres a edades más tempranas y con mayor número de parejas sexuales durante la vida, propiciándoles conductas más bien instrumentales y poco afectivas; sin embargo, a las mujeres se les orienta a llegar célibes al matrimonio y sólo con una pareja sexual en donde de por medio estén los sentimientos; ésto puede explicar la elevada tasa de infección por VIH en hombres (CONASIDA, 1995). Por otro lado se encontró que los hombres tienen mayor número de parejas sexuales (1 a 30) que las mujeres (1 a 8) durante su vida sexualmente activa, este aspecto corresponde a lo que señala Díaz Guerrero (1982) respecto de la permisividad sexual y sus diferencias por sexos en una cultura como la nuestra. Acerca de si conocen el condón se observó que el 93.9% de las mujeres y el 98.4% de los hombres si lo conocen, sin embargo, solamente el 37.1% de las mujeres y el 85.2% de los hombres lo han usado; este hallazgo puede encontrar explicación en el hecho de que el condón suele ser percibido como ofensivo, inhibidor del placer sexual, de difícil uso y adquisición, (Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks; 1990; Bernard, Hébert, De Man y Farrar; 1989).

Al cuestionar acerca de la preferencia sexual se observó que el 97.1% de las mujeres y el 96.6% de los hombres sexualmente activos tienen preferencia sexual heterosexual, así como en el estudio realizado por Villagrán (1993) se observa que existe un nivel mínimo de homosexualidad en población estudiantil, o que al cuestionarles al respecto mienten; por otro lado este aspecto no adquiere mayor relevancia debido a los hallazgos encontrados por Villagrán (1993) cuando menciona que la preferencia sexual no es un buen indicador del uso del condón ni de las conductas de riesgo.

6.2.2. Normas para los factores de las escalas de miedo y de SIDA.

6.2.2.1 Escala de miedo al SIDA.

Para la escala de miedo al SIDA se encontró que en todos los factores las mujeres manifiestan sentir más miedo que los hombres; una posible explicación a estos hallazgos podrían ser los reportes epidemiológicos, en el sentido de que el número de casos de infección ha aumentado considerablemente durante los últimos años y las tasas de infección para mujeres no han sido la excepción y ha dejado de pensarse que únicamente es un mal que afecta a los homosexuales y a los hombres (CONASIDA, 1995). Ante esto Alfaro (1991, 1995) encontró que las mujeres tienen más miedo que los hombres a infectarse de SIDA.

Respecto de las mujeres se observa que manifiestan sentir entre mucho y muchísimo miedo cuando se habla acerca de la posibilidad de infectarse de SIDA; ante la sexualidad en relación con el SIDA se encontró que sienten mucho miedo; hacia la dependencia se observa que manifiestan sentir entre mucho y un mediano nivel de miedo; hacia los estímulos externos se encontró que sienten entre poco y mediano nivel de miedo; finalmente refirieron sentir entre poco y mediano nivel de miedo cuando se les cuestionó acerca del temor a la intimidad.

Al observar los resultados obtenidos para los hombres se encontró que los niveles de miedo respecto de cada uno de los factores se distribuyeron de la misma forma, así, manifestaron sentir entre regular y mucho miedo respecto de infectarse de SIDA; al cuestionarles acerca del miedo sentido ante la sexualidad se encontró que sienten entre regular y mucho miedo; al miedo a la dependencia se encontró que manifiestan sentir entre poco y regular nivel de miedo; respecto de los estímulos externos se encontró que sienten entre poco y regular nivel de miedo y finalmente en relación con el temor a la intimidad se encontró que sienten entre nada y poco miedo.

Para ambos sexos se encontró entonces que el miedo va decreyentando de la siguiente manera: el miedo que generaría adquirir alguna enfermedad transmisible a partir de los mecanismos inherentes a la infección por VIH (factor 2: miedo a infectarse de SIDA); temor a involucrarse en diferentes tipos de prácticas sexuales como actividad sexual, preferencia, así como número de parejas sexuales (factor 3: miedo a la sexualidad); miedo que pudieran generar las consecuencias físicas y mentales de tener SIDA, así como la pérdida de las propias capacidades (factor 1: temor a la dependencia); miedo sentido ante personas y actividades casuales (factor 5: miedo a estímulos externos); y finalmente el miedo sentido hacia el entablar algún tipo de relación con alguna persona que se cree podría padecer alguna enfermedad o específicamente con SIDA (factor 4: temor a la intimidad).

Esta distribución se puede explicar al considerar que las campañas preventivas se han dado a la tarea de dar información acerca de las formas de transmisión del virus, así la gente sabe que el VIH se transmite a través de contacto sexual y por medio de sangre infectada, entre otros, por ello son actividades a las que la gente teme. Como es sabido la infección por vía sexual es el principal medio de propagación del virus, es posible que por ello se haya encontrado que la sexualidad sea una práctica que respecto del SIDA genere importantes niveles de miedo; sin embargo, aquí es importante observar que tanto la actividad sexual per se, la preferencia sexual, el número de parejas sexuales, y aspectos inherentes a la fidelidad y la moral, se perciben como eventos sexuales riesgosos, en este sentido puede pensarse que se ha ganado terreno respecto de la antigua creencia de que el SIDA afecta solamente a aquellos con preferencia sexual diferente a la heterosexual y a aquellos con múltiples parejas, lo que en buena medida hacía notorios los prejuicios ocasionando que la gente que no incurría en este tipo de prácticas creyera que estaba libre de cualquier riesgo.

El temor a las consecuencias físicas y mentales de tener SIDA es un evento que genera mucho miedo, no obstante, se ha colocado debajo del temor a la sexualidad,

probablemente debido a que la sexualidad es una actividad natural y cotidiana y por ello la gente se atemoriza, ya que están incurriendo en prácticas de riesgo, sin embargo, el padecer las consecuencias de tener SIDA les da a otros, a aquellos que ya se han infectado y que no son ellos, de cualquier manera es un importante nivel de miedo, sobre todo por que se encontró que el SIDA es un evento que genera temor porque va en detrimento de la integridad, aspecto importante porque la prevención del SIDA, para muchos también es limitante y si nos damos a la tarea de comparar y elegir entre ambos tipos de límites, quizá se podría recurrir a este tipo de miedo como medida preventiva, pensando que es preferible limitarse en sus conductas que padecer SIDA.

Para el temor a los estímulos externos se encontró que generan miedo aquellas conductas no necesariamente riesgosas pero al estar relacionadas con el SIDA son significativas debido a su carácter de cotidianidad así como respecto de eventos que enfrentan a la posibilidad de padecer alguna enfermedad o conocer a alguien que la padezca.

Finalmente se localizó el temor a la intimidad, aquí se puede observar que la gente siente un nivel de miedo mínimo al relacionarse con todo tipo de personas ya sean sanas, enfermas o con SIDA, esto permite entender que la gente puede ser capaz de discriminar entre las conductas de riesgo y puede saber que no es riesgoso platicar o tocar a alguien con SIDA.

6.2.2.2. Escala de Percepción de Conductas de Riesgo de Infectarse de SIDA.

Para esta escala se encontró que las mujeres perciben como más riesgosas la mayoría de las conductas que componen los factores en relación con los hombres, excepto en el factor que habla sobre las conductas de mayor riesgo, en donde los hombres perciben como más riesgosas estas conductas que las mujeres. Una explicación a lo

anterior podría deberse a que el número de casos en mujeres infectadas ha ido en aumento, porque la mayoría de los casos se deben a relaciones sexuales heterosexuales y al contacto sanguíneo (CONASIDA, 1995). Así mismo se observaron diferencias por sexo en relación con qué tan riesgosas se perciben determinadas conductas, esto puede deberse a las diferentes formas en que hombres y mujeres perciben el mundo, un mundo que desde siempre, ha sido diferente para hombres y para mujeres, diferencia determinada por los respectivos roles asignados socioculturalmente.

Con respecto de las mujeres se observa que la percepción de las conductas de riesgo decreentan de la siguiente manera: Perciben como más riesgosas las conductas de recibir y donar sangre (factor 4) aspecto que concuerda con los reportes epidemiológicos (CONASIDA, 1995) al señalar que las mujeres perciben como muy riesgosas las actividades en las que hay sangre de por medio, debido quizá, a que en el origen de la pandemia, esta era la principal fuente de infección para mujeres.

Posteriormente se ubican las actividades relacionadas con el uso de drogas o con personas adictas a drogas (factor 3); respecto de esta dimensión es importante considerar que la razón real de que estas conductas estén consideradas como de alto riesgo es porque está implícito el intercambio de sangre contaminada; por otro lado sería importante hacer nuevos estudios en donde se revisara la frecuencia de adicción a drogas en población femenina, así como saber qué tan frecuente es que las parejas de estas mujeres sean adictos a drogas, esto es importante para saber si el colocar a este factor como muy riesgoso responde a una preocupación real o responde a una forma de evadir o negar una preocupación ante actividades sexuales en las que ellas comúnmente incurren.

En tercer sitio se ubican las actividades realizadas con personas que tienen SIDA aunque no impliquen riesgo, así como las conductas de riesgo real, entonces se habla de que en este factor se aglutinan las actividades percibidas como de mayor riesgo

(factor 1). El hecho de que este factor se localice en tercer sitio puede indicar tres cosas, puede ser que se tenga claro que algunas conductas no necesariamente son riesgosas aunque se realicen con personas infectadas, que se desconozca la gravedad de algunas de ellas o que sea tal la preocupación por este riesgo que se levanten ciertas defensas psicológicas, como la negación del riesgo, con el fin de que no se desestructure la personalidad ante tales percepciones debido a que se incurre en esas conductas (Torres, Alfaro, Díaz-Loving, Villagrán; 1994).

Finalmente se perciben como riesgosas las actividades que se realizan de manera poco habitual o con gente desconocida (factor 2), aquí se observa que son conductas no necesariamente de riesgo, por ello es comprensible que se coloquen como conductas menos riesgosas, entonces se ha podido avanzar respecto de la significación de las conductas de riesgo. Según Young, Gallaher, Belasco, Barr, Webber (1991) el tiempo es un factor que ha permitido que la población distinga entre ambos tipos de conductas con la finalidad de no estigmatizar más a los "grupos de riesgo" y a las personas portadoras del VIH.

Para los hombres se observa que perciben como más riesgosas las actividades relacionadas con el uso de drogas (factor 3) y posteriormente se ubica el recibir y donar sangre (factor 4), la explicación para estos hallazgos pudieran ser similares a la dada para las mujeres, sería necesario averiguar con qué frecuencia usan drogas o se involucran con intercambio sanguíneo para entender sus percepciones, porque de no ser usuarios de drogas o personas transfundidas debe considerarse la posibilidad de que se trate de una forma psicológica de no percibir como riesgosas conductas que se realizan con frecuencia, sobre todo al observar que en los reportes epidemiológicos la infección por medio de drogas y sangre no es precisamente la más frecuente (CONASIDA, 1995).

En tercer sitio se localizan las conductas consideradas como de mayor riesgo de infección por VIH (factor 1) y finalmente se encuentran las conductas casuales en las

que se percibe que podría haber contagio de VIH (factor 2), esta situación puede entenderse de acuerdo a los mismos parámetros que los citados para las mujeres

6.2.2.3. Escala de actitud hacia el condón.

Se encontró que la actitud hacia el condón de esta población no se caracteriza por ser positiva; se encontraron puntajes ligeramente abajo de la media teórica respecto de la actitud positivo-negativa hacia el condón; estos datos podrían explicarse si recordamos que la actitud hacia el condón, en estos sujetos, implica una percepción integral, entonces deberíamos entender que sus actitudes hacia el condón se orientan hacia el desagrado, el displacer, la disfuncionalidad, y la dificultad; situación que se toma poco alentadora debido a que se observa que la racionalidad que implica el uso del condón sigue dándole la espalda al carácter de irracionalidad e impulsividad de las relaciones sexuales en los jóvenes universitarios (Paalman, 1992).

Para esta escala se encontró que no existen diferencias significativas por sexos, sin embargo, es posible observar que las mujeres muestran una actitud ligeramente más positiva hacia el condón en comparación con los hombres; así de acuerdo a Franzini (1990), Villagrán (1993), Díaz-Loving (1994) y Flores y Díaz-Loving (1994) respecto de la actividad sexual las mujeres se han caracterizado por ser más asertivas con sus parejas y han extendido esta asertividad a las negociaciones sexuales y por ello tiene mayor control sobre las decisiones respecto de su vida sexual.

6.2.2.4. Escala de conocimientos sobre SIDA.

En esta escala se encontró que ambos sexos muestran niveles de conocimientos sobre SIDA ligeramente superiores a la media teórica, lo que señala que se tienen solo algunos conocimientos sobre la enfermedad, esta aseveración surge al considerar que en algunas investigaciones (Sepúlveda, 1989; Alfaro, 1991; DiClemente, Zorn y

Temoshok, 1987, Villagrán, 1993) se ha señalado que la población universitaria, debido a su accesibilidad a la información, cuenta con buenos niveles y calidad de conocimientos, superiores a lo que se esperaría de la población general, además porque se ha llegado a considerar que la población universitaria debe estar muy bien preparada ya que se vislumbra que dentro de un tiempo relativamente corto podría ser una población altamente aquejada por el SIDA (González-Block, Liguori y Bazúa, 1990), y si se considera que el instrumento utilizado fue elaborado para la población general, entonces se esperaría que el nivel de conocimientos en población universitaria fuera muy superior a la media teórica; ante esto Villagrán y Díaz-Loving, (1992) mencionan que la información que manejan estudiantes no es suficiente o que cuentan conocimientos erróneos, que se fundamentan más bien en creencias (Mio y Applebaum, 1990; Tashima, Market, Madrigal, O' Connor y Mata, 1987), que permiten dar apoyo emocional y control cognoscitivo a los estudiantes (Ramos, Díaz-Loving, Saldívar y Martínez, 1992).

Es posible observar que los hombres muestran más y mejores conocimientos que las mujeres; situación que puede explicarse de acuerdo con la propia susceptibilidad ante la infección debido a las diferencias encontradas por sexos en relación a los casos de seropositividad (6 hombres contra 1 mujer) (CONASIDA, 1995), hallazgos que se parecen a los encontrados por Winslow, Rumbaut y Hwang (1989) y Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán (1994) cuando señalan que un grupo de homosexuales tenía más y mejores conocimientos respecto de otros grupos poblacionales debido a que eran un grupo considerado como de alto riesgo.

Un elemento que requiere ser mencionado y considerado para posteriores investigaciones es que los hombres tienen más y mejores conocimientos sobre SIDA, y en contraste las mujeres sienten más miedo ante el SIDA y perciben como más riesgosas ciertas conductas, entonces podría inferirse que de acuerdo con los patrones y roles de nuestra cultura mexicana a las mujeres se les orienta más hacia el

sentimentalismo y el miedo y a los hombres se les educa haciendo referencia a la racionalidad y a la instrumentalidad (Díaz Guerrero, 1982).

Para la pregunta ¿Qué es el SIDA? se encontró una diversidad de respuestas, algunas de ellas más completas y complejas que otras; desde el conocer únicamente el significado de las siglas y considerar que es una enfermedad venérea, pasando por el conocimiento acerca de cómo se contagia y transmite, cuáles son sus consecuencias, cuál es el agente causal, cuáles son los síntomas característicos, hasta referir que es un síndrome que debilita las defensas mencionando a los fluidos sexuales y a la sangre como medios de transmisión y el carácter letal del virus que destruye las defensas del organismo. En estudios realizados por Ramos, Díaz-Loving, Saldivar y Martínez, (1992) y Villagrán y Díaz-Loving (1992) al realizar esta pregunta encontraron respuestas similares bajo el mismo patrón, la mayoría se refiere al significado de las siglas, ya sea porque no entendieron la pregunta o porque es lo único que saben acerca de la enfermedad; un porcentaje entre el 10 y 20% de acuerdo a diferencias por sexo dieron respuestas correctas y completas, sin embargo el resto de la población dio respuestas haciendo referencia a enfermedades venéreas, señalando su carácter letal, o haciendo referencia a las vías de transmisión del virus; aspecto desalentador si consideramos las posibilidades de que como estudiantes pudieran contar con un mejor nivel de conocimientos, sobre todo porque si bien no se dan respuestas del todo incorrectas si dan respuestas alejadas de lo que como personas informadas podrían dar.

6.3. Análisis de varianza de las escalas de miedo y SIDA con los rasgos de personalidad, sexo y vida sexual.

6.3.1. Diferencias en la escala de miedo por tipo de personalidad y sexo.

En esta escala, en general, se encontró que aquellos sujetos con puntajes mayores en las escalas medidas por el MMPI-2 que miden comportamiento neurótico, sienten menos miedo hacia cada uno de los factores que conforman la escala de miedo, y aquellos sujetos con mayores tendencias psicóticas sienten más miedo hacia los factores de la escala de miedo.

Respecto de los indicadores de neurosis un primer acercamiento para explicar esto puede ser que aquellos sujetos con mayores tendencias de personalidad neurótica son menos sensibles ante las amenazas o el miedo es tan grande que se bloquea y se pierde contacto con él, ya que de acuerdo con Fromm (1987, 1988, 1991) y Horney (1951), la neurosis es una forma de adaptarse a las necesidades que le impone el medio externo aún por encima de las necesidades individuales, que tienen su asiento en los juicios de valor ya que perciben menos peligrosos algunos eventos y manifiestan menor sentido de susceptibilidad individual ante las amenazas; para los indicadores de psicosis podría pensarse que de acuerdo a Sullivan (citado en Hall y Lindzey, 1957; Cueli, 1977; Mandolini, 1994) y Aisenso (1982) la psicosis es un estado mental tal que origina que el sujeto pierda contacto con la realidad torne sus relaciones sociales inflexibles, distorsione a los otros y pierda la dimensión del miedo que generan eventos en relación con sus propias conductas debido al miedo con que se percibe la realidad, por ello todo resulta amenazante, independientemente de la peligrosidad real de los eventos.

Referente a los trastornos neuróticos se observó que los hombres con tendencias hacia la personalidad depresiva sienten menos miedo por las consecuencias físicas y mentales de tener SIDA así como de la pérdida de sus propias capacidades; una

explicación a esto podría ser que dada la naturaleza del trastorno depresivo no hay gran diferencia en la percepción de las pérdidas que genera el tener SIDA, por ello no hay mayor miedo, ante esto Díaz-Loving (1992) menciona que los sujetos en estado de ansiedad y depresión son más susceptibles a realizar conductas de riesgo sin tomar en cuenta sus sentimientos ante tales conductas.

Bajo el mismo esquema los hombres más histéricos sienten menos miedo al entablar algún tipo de relación con alguna persona que se cree podría padecer alguna enfermedad como el SIDA y ante personas o actividades casuales, al igual que en la explicación anterior, las personas histéricas suelen entablar relaciones interpersonales tensas y difíciles (Lucio, 1995), viviendo estas relaciones siempre con temor, por ello no hay mayor temor ante estas relaciones comparadas con cualquier otro tipo de relaciones.

Para las escalas que miden comportamiento psicótico se encontró que las mujeres con trastorno de ansiedad con rasgos obsesivo-compulsivos sienten miedo hacia el entablar algún tipo de relación con alguna persona que pudiera padecer alguna enfermedad, o específicamente con SIDA. En general, en este tipo de trastornos siempre se observan relaciones difíciles debido a que se esperaría que las relaciones interpersonales fueran perfectas y no hubiese motivos para quejas o para sentir culpas (APA, 1988), por ello quizá el relacionarse con alguien enfermo o con SIDA, les implicaría angustia y culpa.

Por otro lado, para los hombres se observó que aquellos con conducta esquizofrénica tienen más miedo al involucrarse en cualquier tipo de práctica sexual, así como ante personas o actividades casuales. Este rubro se explica al considerar la naturaleza de la patología, si entendemos que la pérdida de contacto con la realidad debe implicar dificultades para relacionarse con otros cuando se trata de actividades casuales, más aún cuando se trata de actividades tan íntimas como lo es la sexualidad. Estos hallazgos pueden considerarse desde dos perspectivas por un lado es poco alentador

el hecho de que perciban miedo en conductas de poco riesgo, ya que podrían estar incurriendo entonces en conductas de alto riesgo; sin embargo, se observa que también tienen miedo de las actividades sexuales de riesgo (Frierson, 1990; Ross, 1988; Logdsdail, Lovell, Warwick y Marks, 1991), así estos hallazgos podrían ser preventivos para poblaciones con tendencias esquizoides.

En la escala de Hipomanía se encontró un patrón diferente al encontrado para las conductas psicóticas, se observó que los hombres con más conductas maníacas tienen menos miedo a involucrarse en prácticas sexuales diversas, y si observamos las teorías de la manía (Lucio, 1995) podemos entender la obviedad de lo encontrado, ante esto Díaz-Loving (1991) señala que un perfil de personalidad caracterizado por toma de riesgos, desinhibición e impulsividad refleja a una persona que realiza conductas riesgosas por considerarlas excitantes interesantes, sin prever las consecuencias futuras que pudiera implicar estar en riesgo, y por ello no se hace hincapié en los sentimientos ante tales conductas.

En la escala de Introversión social se observa que tanto hombres como mujeres con tendencia a la Introversión social tienen más miedo a la intimidad relacionada con el SIDA y a los estímulos externos, aspecto que se respalda con lo que se sabe acerca de la Introversión social (Lucio, 1995; Gray, 1971), al señalar que se trata de una personalidad que se caracteriza por la timidez y la falta de autoconfianza por lo que se evitan las relaciones interpersonales, además se trata de sujetos sobrecontrolados e inseguros, Inhibidos y retraídos sin embargo, el temor que se observa en este tipo de personas no es determinante para elaborar programas preventivos, debido a que temen ante eventos no necesariamente de riesgo, cabría preguntarse qué sucede cuando establecen una relación estrecha e íntima con alguna persona con la que pudieran entablar vida sexual.

6.3.2. Diferencias en la escala de Conductas de Riesgo por tipo de personalidad y sexo.

Para esta escala se encontró que el tipo de personalidad neurótica o psicótica no es un factor determinante de la percepción de conductas de riesgo, es decir, la personalidad sana como la patológica pueden incurrir en las mismas percepciones de riesgo que podrían estar determinadas por otro tipo de factores como los juicios y los valores (Janz y Becker, 1984; Kelly, Lawrence, Brasfield, 1990; Alfaro, 1994, Villagrán, 1993)

Se encontró que los hombres con características más femeninas perciben como más riesgosas las actividades relacionadas con el uso de drogas; un primer acercamiento a estos resultados podría ser que de acuerdo a los reportes epidemiológicos (CONASIDA, 1995) las mujeres suelen percibir a las conductas relacionadas con las drogas y con el intercambio sanguíneo como riesgosas debido a que en algún momento fue la principal vía de infección, quizá por ello los hombres que comparten ciertos rasgos de personalidad con las mujeres podrían estar incurriendo en esta misma percepción, además puede decirse que de acuerdo con Herek y Giunt (1988) al inicio de la pandemia el SIDA era una enfermedad de homosexuales y de adictos a drogas, así, al descubrir que no se trata de una enfermedad de homosexuales sino de conductas sexuales de riesgo en las que quizá estén incurriendo, se deposita esta percepción de riesgo en la conducta de drogarse, con la finalidad de no sufrir la pérdida que implicaría percatarse de la peligrosidad de sus propias conductas (Toennies, Zagumny, Sorokin, Tesch; 1994; Strunin y Hingson; 1983).

Los hombres y las mujeres con tendencia a la Introversión Social perciben como más riesgosas las conductas relacionadas con el recibir y el donar sangre, es importante considerar qué tipo de preocupación le genera a los introvertidos el hecho de tener que relacionarse con otros a través de la sangre.

6.3.3. Diferencias en la escala de Actitud hacia el Condón por tipo de personalidad y sexo.

En esta escala se encontraron diferencias únicamente en la escala de Introversión social, por sexos, en donde las mujeres más introvertidas y los hombres más extrovertidos muestran una actitud más favorable hacia el uso del condón; aspecto que puede encontrar explicación en el hecho de que el hombre es el que funcionalmente usa el condón, entonces se requiere ser extrovertido para pedir que se use, y se requiere ser introvertido para aceptar su uso sin mayor problema. Sin embargo, de acuerdo con Díaz-Loving (1994) estas conductas podrían invertirse cuando se trate de relaciones sexuales con parejas ocasionales, ya que es probable que se relacionen dos personas introvertidas y a pesar de que se acceda a usarlo no necesariamente se es capaz de pedir que se use.

Es posible observar ahora como la Introversión social es un indicador importante respecto del miedo y la percepción de riesgo en relación con el SIDA y de la actitud hacia el condón, así debe entonces considerarse como un elemento de importancia en las campañas educativas.

6.3.4. Diferencias en la escala de Conocimientos sobre SIDA por tipo de personalidad y sexo.

En esta escala se encontraron diferencias significativas sólo en las mujeres, en donde aquellas mujeres con problemas conductuales, manipuladoras e impulsivas, aquellas con menores conductas obsesivo-compulsivas, así como aquellas con menos conductas esquizoides muestran mayores niveles de conocimientos sobre SIDA. Es posible observar que un incremento en la desviación psicopática, por su carácter de control y manipulación requiere de tener mayores conocimientos sobre SIDA, asimismo entre menores sean los rasgos psicóticos de obsesión y esquizofrenia se requieren de

más conocimientos, quizá con la finalidad de darle sentido a su propia vida de acuerdo a lo señalado por Buhrich (1988). Se observa entonces que la psicosis genera que se esté más informado acerca del SIDA con la finalidad de poder actuar algunos síntomas del síndrome y quizá por ello se explique el alto índice de infección en personas mentalmente enfermas, así como la creencia de algunos enfermos mentales de tener SIDA aunque no sea cierto con la finalidad de darle certeza su vida ya que los estados psicóticos generan en el individuo la pérdida de la certeza de sí mismos (Aisenso, 1982).

6.3.5. Diferencias por sexo y debut sexual.

6.3.5.1. Escala de miedo al SIDA.

Aquí se puede observar que las mujeres temen más que los hombres a las consecuencias físicas y mentales de tener SIDA así como al deterioro de sus propias capacidades, a infectarse de SIDA, a involucrarse sexualmente con alguien, así como a ciertas actividades casuales que se relacionan con el SIDA; factor que puede respaldarse en la enseñanza sociocultural en la que las mujeres, en general, se les orienta a ser más sentimentales, a creer que son más débiles y por ello más susceptibles a los riesgos; lo que de alguna manera podría estar funcionando como un elemento preventivo, ya que si los hombres no tienen miedo incurren sin mayor prejuicio en conductas que no les generan miedo y tal vez por ello riesgosas, aspecto que se observa en las diferencias de infección por VIH respecto del sexo.

En torno al debut sexual se observó que las personas que han tenido relaciones sexuales tienen más miedo a infectarse de SIDA, situación obvia al considerar que la actividad sexual es considerada como la mejor vía de transmisión del VIH, aspecto que concuerda con lo señalado por Alfaro (1991, 1994) Villagrán (1993, 1994) al referirse

que el haber tenido debut sexual coloca a los sujetos en una posición especial respecto de la percepción de riesgo.

6.3.5.2. Escala de Conductas de Riesgo.

Se encontró que las mujeres perciben como más riesgosas las conductas de recibir y donar sangre; esta situación ya fue referida con anterioridad al señalar que el intercambio sanguíneo alguna vez estuvo considerado como el principal mecanismo de infección en mujeres; sin embargo, tendría que pensarse en realizar campañas informativas con el fin de conocer la magnitud real de este tipo de mecanismo, con la finalidad de que las mujeres sepan que la actividad sexual ha ganado terreno en relación con el contacto sanguíneo.

Se puede observar que las mujeres con vida sexual y los hombres sin vida sexual perciben como riesgosas las actividades relacionadas con el uso de drogas; estos hallazgos hacen pensar en que se está incurriendo en un desplazamiento con respecto del riesgo, y que constata lo arriba mencionado cuando las mujeres sexualmente activas atribuyen riesgo al uso de drogas que en buena medida implica contacto sanguíneo y no a su actividad sexual, y para los hombres debería investigarse si este temor es al uso de drogas per se o que están incurriendo al uso de drogas o si esta percepción de riesgo implica no hacer riesgosa una actividad que si bien aún no realizan, muy probablemente están por realizar y este hecho les resulta placentero.

6.3.5.3. Escalas de Actitud hacia el Condón y Conocimientos sobre SIDA.

Se observa que el sexo y el debut sexual no determinan diferencias respecto de la actitud hacia el condón y los conocimientos sobre SIDA; aspecto que se contrapone a lo encontrado por Alfaro (1991, 1994, 1995) y Villagrán, (1993) al señalar que los sujetos, sobre todo las mujeres, que han tenido relaciones sexuales muestran una

actitud más favorable hacia el uso del condón; situación preocupante dada a la importancia de la actividad sexual como inherente a la adquisición de VIH, ya que se esperaba que el haber tenido debut sexual los incitara a prevenir enfermedades como el SIDA, por medio del uso del condón y conocimientos respecto de la enfermedad, ya sean de riesgo o preventivos, aspecto que se respalda en lo encontrado por Alfaro (1991), Bayés (1989), Díaz-Loving (1994), Villagrán y Díaz-Loving (1992) y Toennies, Zagumny, Sorokin y Tesch (1994) al señalar que la sola información no produce cambios en la conducta, y que la información es necesaria, más no suficiente para la emisión de conductas de prevención.

6.4. Relaciones entre escalas.

6.4.1. Análisis intraescalas.

6.4.1.1. Escala de miedo.

Se encontró que la escala muestra una validez convergente-divergente, debido a que es capaz de medir que el SIDA es un fenómeno que genera miedo ante determinados eventos y así mismo es capaz de medir que algunos eventos generan que se tema a la infección por VIH. Por ello se dice que esta escala mide el miedo que genera el SIDA, pero a su vez mide aquello que hace temer al SIDA; se reitera entonces la importancia de esta escala dentro de la investigación para la prevención del SIDA.

Por lo anterior, se observa que todos los factores de la escala correlacionan de manera positiva, es decir, cuando aumenta o disminuye el miedo sentido hacia los eventos que integran uno de los factores los otros factores se ven afectados de la misma manera, tanto para mujeres como para hombres; ante esto es posible señalar que el miedo al SIDA es un fenómeno que se presenta de manera consistente en esta población, así

como que los sujetos son capaces de diferenciar entre los eventos que producen mayor o menor miedo.

Es posible observar que cuando se tiene temor a la dependencia por las consecuencias físicas y mentales de tener SIDA, se teme también a infectarse de SIDA, a los estímulos externos que no necesariamente implican riesgo de contagio, situación comprensible en el sentido de que si el SIDA genera la pérdida de las capacidades, por supuesto que se temerá a infectarse de SIDA; y quizá por esta dependencia se teme a todo aquello externo que atente en contra de la integridad.

Además de lo anterior, las mujeres sienten miedo a la sexualidad cuando temen a la dependencia debido a que la práctica riesgosa de la sexualidad podría llevarlas a perder su independencia o la dependencia que genera el SIDA las llevaría a perder su propia capacidad sexual.

En los hombres además de lo anterior se observó temor a la intimidad, aspecto que puede respaldarse en situaciones socioculturales, en el sentido de que para los hombres no es bien visto intimar con los demás, y mucho menos cuando esta intimidad lo lleva a perder su independencia (Díaz Guerrero, 1982).

Al incrementar el miedo a infectarse de SIDA las mujeres temen a la sexualidad, más que los hombres, igualmente recordemos el valor que como mujeres en esta cultura se le otorga a la sexualidad, entonces además de prohibido implica adquirir SIDA. Para los hombres se observó que el miedo a infectarse de SIDA implica temor a los estímulos externos y a la intimidad, situación que podría explicarse si se considera que los hombres de acuerdo a patrones socioculturales, deben actuar alejados de los afectos, por ello se teme de la intimidad, y si se considera que los hombres podrían actuar con un locus de control más externo que las mujeres, entonces se entiende porqué temen a los estímulos externos no necesariamente riesgosos, además es importante el valor y las ganancias que la sexualidad le otorga a los hombres desde la

perspectiva de los roles, y por ello si temen a la sexualidad deben neutralizar este sentimiento de que actúan de manera riesgosa otorgando niveles de miedo similares ante conductas no riesgosas, situación que se respalda al encontrar que en relación con la sexualidad y el SIDA se observa que los hombres temen más que las mujeres a los estímulos externos y a la intimidad y que al temer a la intimidad se teme a los estímulos externos (Díaz Guerrero, 1982; Díaz-Loving, 1994).

6.4.1.2. Escala de Conductas de Riesgo.

Como en la escala que mide miedo al SIDA esta escala también muestra una validez de tipo convergente-divergente, igualmente se observa que es una escala con correlación positiva entre sus factores.

Se pudo observar que cuando se perciben como riesgosas las conductas consideradas como de mayor riesgo, también se perciben como riesgosas las conductas casuales que no necesariamente implican riesgo, sobre todo en los hombres, situación que se explica al considerar que de acuerdo a la permisividad sexual y de prácticas de riesgo otorgada a los hombres en esta cultura, se evita el sentimiento de incurrir en prácticas de alto riesgo por medio de otorgar el mismo nivel de riesgo en prácticas que se perciben como de bajo riesgo aspecto que concuerda con lo encontrado por Lynn, Matthew, Sorokin y Zagumny (1994) al mencionar que cuando se percibe como riesgosa la actividad sexual resulta amenazante su propia conducta y por ello se coloca el riesgo en otro tipo de conductas; también se encontró que ante esta situación se perciben como riesgosas las actividades relacionadas con el uso de drogas que de alguna manera podría también ser un fenómeno, sino más practicada por hombres, si más difundida como una actividad preeminentemente masculina, aspecto que se respalda en lo encontrado en este estudio al señalar que los hombres más que las mujeres perciben las conductas casuales como riesgosas al relacionarse con actividades relacionadas con el uso de drogas; aquí pareciera ser importante lo que ha señalado Sabogal, Sandlin, Reyes, Aguirre, Bregman y Lemp (1992) cuando

mencionan que en la cultura mexicana se hacen demandas contradictorias a los hombres respecto de la permisividad sexual, dando un abierto acceso, y a su vez señalando que incurren en prácticas de alto riesgo.

Las mujeres al percibir con riesgo las conductas casuales y las actividades relacionadas con el uso de drogas incrementan su percepción de riesgo ante el recibir o donar sangre, situación evidente si se piensa que las mujeres consideran el recibir o donar sangre como la principal vía de infección en mujeres y porque el riesgo en el uso de drogas por vía intravenosa se localiza principalmente en la sangre que se deposita en las agujas, entonces son capaces de equiparar estas conductas con conductas casuales en el sentido del riesgo de infección, ya que no son conductas relacionadas con la actividad sexual que para las mujeres podría ser la única forma de infección susceptible de prevención.

6.4.2. Análisis Interescalas.

6.4.2.1. Miedo al SIDA en relación con el MMPI-2.

En general se observa que la personalidad neurótica o psicótica no son determinantes del miedo ante la infección por VIH y el SIDA, sin embargo, se pudieron encontrar los siguientes aspectos, diferenciados por sexos.

Se observa que las mujeres introvertidas muestran miedo a entablar relaciones íntimas y a los estímulos externos, aspecto evidente al considerar los rasgos propios de la personalidad introvertida (Lucio, 1995; Gray, 1971), en donde está de por medio la estabilidad emocional aún por encima de conductas que en la realidad podrían ser más riesgosas de infección por VIH, pero que atentan menos en contra de los miedos inherentes a la introversión social, como la actividad sexual o el uso de drogas.

Asimismo, aquellas mujeres que son poco eufóricas temen a los estímulos externos, si pensamos que la manía se caracteriza por la tendencia a actuar en forma eufórica, agresiva e hiperactiva, que no pueden inhibir sus impulsos fácilmente, por lo que muestran serias dificultades para percibir sus limitaciones, así como para percibir al entorno con sentido de realidad (Lucio, 1995) es obvio entender que a menor manía se perciba la dimensión de riesgo real del entorno o se depositen temores infundados en eventos poco riesgosos; situación que se hace evidente en los hombres que al tener tendencias maníacas tienen menos miedo a la sexualidad.

Cuando manifiestan sentir mayor miedo a la intimidad se observa que se trata de hombres con menos rasgos histéricos porque la histeria se caracteriza por la imposibilidad de entablar relaciones realmente íntimas (Lucio, 1995), así entonces a menor histeria se teme menos y es posible entablar mejores relaciones con personas que se cree podrían estar relacionadas con el SIDA; aspecto que adquiere relevancia si consideramos el aspecto preventivo de la enfermedad desde la perspectiva de la aceptación de los enfermos así como de la capacidad de adquirir conductas de prevención, aspecto que adquiere relevancia para seleccionar trabajadores de la salud que se relacionan con pacientes infectados por VIH.

Se observó también que los hombres con más conductas relacionadas con la esquizofrenia y que suelen ser más introvertidos tienen más temor de la intimidad; situación evidente si consideramos que la esquizofrenia es un mal que entre sus causas y consecuencias está la introversión y por ello no se es capaz de entablar relaciones íntimas y más aún se teme a ellas cuando se trata de relacionarse con el SIDA.

Finalmente con respecto de los estímulos externos se encontró que los hombres menos miedosos son más histéricos, situación que se explica porque a pesar de que el histérico suele ser muy miedoso, intenta dar la impresión de ser alguien osado y

asertivo (Lucio, 1995), sin embargo en este caso muestran menos miedo ante conductas sin riesgo, ante las que se esperarían no se temiera.

Las mujeres más esquizoides e introvertidas, temen más a los estímulos externos, situación normal respecto de la patología (Lucio, 1995; APA, 1988), ya que se teme a todo aquello que desde el exterior le resulte riesgoso sobre todo si observamos el contenido de los reactivos que conforman tal dimensión, como la conducta anormal y enfrentarse a la posibilidad de enfermar, es decir ante la certeza y el reconocimiento de que ellas padecen una enfermedad.

6.4.2.2. Conductas de Riesgo en Relación con el MMPI-2.

Así como para la escala de miedo en esta escala se observa que el tipo de personalidad no es determinante de la percepción de conductas de riesgo.

Para las mujeres se encontró que las que perciben como riesgosas las conductas de alto riesgo y el recibir y donar sangre son socialmente introvertidas; situación que se torna importante ya que por primera vez asemejan las conductas denominadas como de alto riesgo con el recibir y donar sangre que para las mujeres implica una actividad de muy alto riesgo, y es importante porque ya percibe otro tipo de conductas como mecánicas de infección; respecto de la personalidad introvertida es sencillo comprender la alta percepción de riesgo asignada a las conductas de alto riesgo en el sentido de que tendría que actuar de acuerdo a funciones que no son propias de su tipo de personalidad, como el relacionarse sexualmente con múltiples parejas; sin embargo, aún no queda clara la razón por la que la personalidad introvertida asigna un alto grado de peligrosidad a intercambios sanguíneos.

Hasta este momento la Introversión social se ha venido presentando como un indicador importante respecto del miedo y la percepción de conductas de riesgo en

torno al SIDA, por ello sería importante realizar nuevas empresas con la finalidad de entender estas incógnitas.

Encontramos que los hombres que perciben al uso de drogas riesgoso presentan rasgos femeninos, situación ya referida en otro momento y que nos hace pensar en la peligrosidad que las mujeres y los hombres femeninos dan a este tipo de conductas que alguna vez fueron la principal vía de contagio, pero ya no.

Por otro lado aquellos hombres con tendencias hipocondríacas y socialmente introvertidos perciben como riesgoso el recibir y donar sangre, situación evidente si pensamos que la hipocondría implica una preocupación anormal acerca de la salud corporal aunque no exista una base orgánica para ello (Lucio, 1995) y cuando los niveles de hipocondría son muy elevados quizá exista quien se haya sometido a chequeos médicos y se haya involucrado en intercambios sanguíneos con la finalidad de conocer acerca de "sus enfermedades", así mismo nuevamente aparece la introversión social relacionada con el contacto sanguíneo. Pareciera entonces ineludible una investigación que permita comprender tal relación, ya que la Introversión Social puede considerarse como un indicador de prevención.

6.4.2.3. Relación entre el miedo y la percepción de conductas de riesgo.

Para comprender la relación entre el miedo y la percepción de riesgo se tendría que considerar la importancia de los juicios respecto de las personas a las que afecta la amenaza o de las conductas que se relacionan con ella (Plutchik, citado en Ramos, 1990).

Para las mujeres se pudo observar que el sentir mayor miedo a infectarse de SIDA y temer a los estímulos externos les hace percibir como riesgosas las conductas casuales, situación que preocupa en el sentido de que la infección por VIH no se da

necesariamente por medio de las conductas determinadas como casuales, aspecto que podría deberse al desplazamiento respecto de la peligrosidad de las conductas, sobre todo ante lo que se ha venido observando en las mujeres respecto de asignar a conductas denominadas de alto riesgo para mujeres en el pasado, no ahora, toda la posibilidad de infectarse, y si por ello se teme a los eventos determinados como estímulos externos, aspecto que concuerda con lo encontrado por Logsdail, Lovell, Warwick y Marks (1991) con la finalidad de prevenirse, sería interesante pensar que están descuidando sus sentimientos ante conductas de riesgo real y por ello están dejando de lado la prevención ante estas conductas, ante esto Torres, Alfaro, Villagrán y Díaz-Loving (1994) refieren que cuando se percibe tensión emocional intervienen mecanismos de defensa que aminoran información sobre riesgo personal y algunas veces desplazando este sentimiento hacia otras conductas; así mismo Winslow, Rumbaut y Hwang (1989) encontraron que cuando se percibe que la propia conducta es de alto riesgo se desplaza este sentimiento ante otro tipo de conductas con la finalidad de no perder el equilibrio psíquico.

En los hombres se encontró que quienes perciben a las conductas de mayor riesgo de infección por VIH y a las conductas casuales como riesgosas temen a la dependencia, a los estímulos externos, a la sexualidad y a la intimidad; a diferencia de lo encontrado en las mujeres los hombres, quizá por su sentimiento riesgo ante el VIH han logrado percatarse de que las conductas de mayor riesgo son realmente riesgosas, que les hacen temer a ellas y a la dependencia de adquirir SIDA por medio de ellas, temiendo además de a la sexualidad a estímulos no necesariamente de riesgo y a la intimidad, situación que parece importante debido a que quizá con una evaluación de este tipo se pudieran implementar programas educativos más eficaces, sin perder de vista que el temor que sienten ante tales eventos y la percepción de conductas de riesgo en los hombres muestran un nivel jerárquico que no está tan alejado de la realidad en cuanto al SIDA, bajo los mismos parámetros Preciado y Montesinos, (1992) y Carpio-Cedraró, Bracho y Anderson (1992) mencionan que un determinado nivel de miedo en relación con ciertas conductas puede generar conductas de prevención.

Finalmente si recibir y donar sangre es riesgoso se teme a los estímulos externos, a infectarse de SIDA y a la sexualidad, aspecto que puede explicarse si se considera que el intercambio sanguíneo puede implicar un estímulo externo, si se piensa en el contacto sanguíneo como generador infección por VIH y en relación a la sexualidad si se piensa en las posibilidades de sangrado durante el intercambio sexual.

6.4.2.4. Relación entre la Actitud hacia el condón con el MMPI-2, el miedo y la percepción de conductas de riesgo.

Para la personalidad se observó que los hombres más Introversivos muestran una actitud menos favorable hacia el condón, situación que respalda lo encontrado anteriormente en donde se observaba que los hombres extroversivos mostraban una actitud más favorable hacia el condón debido a que podían pedir sin mayor problema a su pareja que lo usarán durante el contacto sexual, aquí la explicación parecería ser la opuesta, además se considera que una actitud negativa hacia el condón implica una serie de juicios como desagrado, incompatibilidad con los valores, dificultad en su uso, y menor asertividad, rasgos característicos de la introversión, aspecto que se respalda con lo encontrado por Rivera y Díaz-Loving (1992) y Díaz-Loving (1994) en el sentido de que la asertividad y la abnegación se asocian con la petición del uso del condón.

Con respecto del miedo se encontró que este no determina la actitud hacia el condón.

Para la percepción de riesgo se observó que los hombres que consideran las conductas casuales como riesgosas muestran una actitud favorable hacia el condón, tal vez debido a que para muchos hombres el entablar relaciones sexuales casuales es una práctica poco fuera de lo común y podrían tener entonces la capacidad de prevenir una posible infección.

6.4.2.5. Relación entre los Conocimientos sobre SIDA, el MMPI-2, el miedo, la percepción de conductas de riesgo y la actitud hacia el condón.

Para la personalidad se encontró que las mujeres con problemas conductuales, agresivas, violentas con severos rasgos antisociales, como violación de normas y leyes tienen menos conocimientos sobre SIDA, aspecto relevante en el sentido de que si de violar reglas se trata que mejor manera que desentenderse de la necesidad de conocer respecto del SIDA, y de esa manera ir en contra de lo que se espera de ellas. Con este tipo de personalidad es importante hacer una fuerte labor de concientización, y abordar los temores hacia el SIDA.

Las mujeres con tendencias obsesivo-compulsivas y con tendencias esquizoides manifiestan tener menos conocimientos sobre SIDA, aspecto que fue ya tratado anteriormente y que se explica a través de los rasgos de tales tipos de personalidad psicótica, en donde la inseguridad y la falta de control sobre sí mismas son muy importantes lo que las lleva a en cierto aspecto a romper con la realidad y todo lo que ella le ofrezca. Ante esto Viney, Crooks, Walker y Henry (1991) encontraron que trastornos de tipo obsesivo-compulsivos se relacionan con una baja en el nivel de conocimientos, una elevada emisión de conductas de riesgo y un sentimiento de incapacidad para enfrentarse a la enfermedad de manera asertiva.

Respecto de la percepción de conductas de riesgo se encontró que las mujeres que consideran riesgosas las conductas casuales tienen más conocimientos sobre SIDA, esto puede interpretarse de dos formas, la primera a partir de que por medio de los conocimientos pueden percatarse de la peligrosidad de eventos a pesar de parecer poco amenazantes, o puede deberse que a pesar de los conocimientos o por estos conocimientos, se levanten defensas psicológicas que llevan a distorsionar la percepción de conductas de riesgo (Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán, 1994) o también es posible referir lo señalado por Strunin y Hingson (1987) y por Emmons,

Kerscht, Kesler, Ostrow, Wortman, O'Brien y Eshleman (1987), al decir que las conductas preventivas no necesariamente son producto de los conocimientos.

Finalmente los hombres que perciben como riesgoso el recibir y donar sangre tienen menos conocimientos sobre SIDA, situación que se constata al percatarnos de que la transfusión sanguínea si bien es un mecanismo de infección, no es al que se le da mayor difusión, ni tampoco es el de mayor riesgo de contagio, por ello se cree que las defensas psicológicas otorgan una excelente arma para evitar percibirse en riesgo.

La actitud hacia el condón y el miedo no son indicadores del nivel de conocimientos que se tengan sobre el SIDA, situación que se constata con lo señalado por Sepúlveda (1989) y Alfaro (1991), al mencionar que si bien los estudiantes cuentan con un buen nivel de conocimientos acerca de medidas preventivas no los aplican de manera adecuada en sus conductas, sobre todo las sexuales porque no valoran las consecuencias de su comportamiento, así como lo señalado por Fineberg, (1988) y Gerrard, Kurylo y Reis (1990) al señalar que el dar información sobre SIDA no necesariamente le permite al sujeto aprender y retener información y que consecuentemente lo aplique en sus conductas preventivas.

Surge ahora la necesidad de considerar que de acuerdo con Díaz-Loving y Rivera (1992) dependiendo del grupo al que pertenezcan los individuos se manejan diferentes procesos relacionados con el contagio del virus del SIDA, y como señala Magaña, Ferrelra -Pinto, Blair y Mata (1992) los métodos educativos deben adaptarse a los valores conceptos y niveles educativos de quien recibe la educación.

Considerando los datos arrojados por este estudio, sería importante iniciar una serie de investigaciones que consideren aspectos relacionados con la estrecha relación que existe entre el miedo y la percepción de conductas de riesgo, ya que se ha podido observar que las personas cuentan con estructuras que les permiten diferenciar entre diferentes amenazas, y estas se definen de acuerdo a juicios, valores, roles, y de

importancia vital son las diferencias por sexo. Por otro lado es necesario realizar otros estudios que permitan conocer más a fondo la forma en que algunos indicadores de la personalidad, como la esquizofrenia, la manía, la histeria y sobre todo la introversión social se involucran con el fenómeno del SIDA, sin perder nunca de vista las diferencias entre los grupos de la población.

BIBLIOGRAFÍA.

- Abbagnano, N., (1989) Diccionario Filosófico. México: Fondo de Cultura Económica.
- AIDSCOM, (1990) Manual sobre consejería preventiva para SIDA. Diciembre.
- Aisenso K., A., (1982) El Yo y el Si-mismo. Buenos Aires: Amorrortu.
- Alfaro M., L. B., (1991) Sexualidad y SIDA en el adolescente. Universidad Nacional Autónoma de México, tesis de licenciatura no publicada.
- Alfaro M., L. B., (1994) Factores psicosociales y conductas sexuales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos. La psicología social en México. Vol. 5. 636-641.
- Alfaro M., L. B., (1995) El modelo de acción razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio de VIH. Universidad Nacional Autónoma de México, tesis de maestría no publicada.
- Allport, G., (1967) Attitudes. En M. Fishbein (Ed.) Readings in attitude theory and measurement. 1. 3-13.
- Allport G., W., (1974) Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Allport G., W., (1977) La personalidad. Barcelona: Editorial Herder.
- Altamura, C., Mauri, M., Coppola, M. y Cazzullo, C., (1988) Delusional AIDS and depression. British journal of psychiatry. 153. 267-269.
- Ampudia, A. (1994) El MMPI-2 y el rendimiento académico en un grupo de estudiantes universitarios. Universidad Nacional Autónoma de México, tesis de maestría no publicada.
- Anastasi, A.,(1967) Los test psicológicos. México: Editorial Aguilar.
- American Psychiatric Association, (1987) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Editorial Masson.
- Arauzo, S., Blanck, J. y Bermúdez, G., (1992) SIDA: aportes conductuales para su prevención. Revista latinoamericana de psicología. Vol. 24,1-2. 169-176.

Arrindell, Ross, Bridges, Hout, Hofman y Sanderman., (1989) Fear of AIDS: Are there replicable invariant questionnaire dimensions. Advances in behaviour research and therapy, Vol. 11. 69-115.

Averill, J., (1980) A constructivist view of emotion. Emotion, theory, research, and experience, New York: Academic Press Inc.

Barnard, J., Hébert, Y., De Man, A. y Farrar, D., (1989) Attitudes of french-canadian university students toward use of condoms, a structural analysis. Psychological reports, 65. 851-854.

Bayés, R., (1989) Factores psicológicos en la prevención, etiología y evolución del SIDA. Revista mexicana de psicología, 5, 2. 203-210.

Bayés, R., (1989) La prevención del SIDA. Cuadernos de salud, 2. 45-55.

Bayés, R., (1992) Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. Revista latinoamericana de psicología, Vol. 24, 1-2. 35-56.

Branden, B.J., (1991) Risk and culture research. Journal os cross-cultural psychology, Vol. 22-1, 141-149.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Nov.-Dic., 1988, Vol. 5.

Bouton, Gallaher, Garlinghouse, Leal, Rosenstein y Young, (1987) Scales of measuring fear of AIDS and homophobia. Journal of personality Assessment, 51, 606-614.

Brooks-Gunn, Boyer y Hein, (1988) Preventing HIV infections and AIDS children and adolescents: Behavioral research and intervention strategies. American Psychologist, 43-11, 958-964.

Brown, R. y Lees-Haley, P., (1992) Fear of future illness, chemical AIDS and cancerphobia: a review. Psychological reports, 71. 187-207.

Buhrich, N., Cooper, D. y Freed, E., (1988) HIV infection associated with symptoms indistinguishable from functional psychosis. British Journal of Psychiatry, 152. 649-653.

Carpio-Cedraró, F., Bracho, A. y Anderson, L., (1992) El programa "comida para el pensamiento": un enfoque participativo en la prevención del SIDA. Revista latinoamericana de psicología, Vol. 24, 1-2. 137-156.

Carroll, L., (1988) Concern with AIDS and the sexual behavior of college students. Journal of marriage and the Family, 50. 405-411.

Castro, P., (1988) Aspectos psicosociales del SIDA. Salud pública de México, 30, 4. 629-634.

Cattell, R.B., (1965) The scientific analysis of personality. Baltimore, Penguin Books.

Ceballos, A., Szapocznik, J., Blaney, N., Morgan, R., Millon, C. y Eisdorfer, C., (1990) Ethnicity, emotional distress, stress-related, disruption and coping among HIV seropositive gay males. Hispanic journal of behavioral sciences. Vol. 12, No. 2, 135-152.

Clark, R., (1990) The impact of AIDS on gender differences in willingness to engage in casual sex. Journal of applied social psychology, 20, 9. 771-782.

Coates, T., (1992) Prevención del SIDA: logros y prioridades. Revista latinoamericana de psicología. Vol. 24, 1-2. 17-33.

Colón, O.R., (1992) Grupos de Apoyo para hombres gay HIV seropositivos: Un estudio de caso en Puerto Rico. Revista Latinoamericana de psicología, 24,1-2, 189-200.

CONASIDA, (1994) Gaceta, Nov./ Dic. Año 7, Número 6.

CONASIDA, (1995, junio) SIDA/ETS Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Enfermedades de Transmisión Sexual. Boletín mensual, año 9, número 4.

Conner, M., Norman, P., (1992) Predicting health screening attendance from attitudes and previous behaviour. Paper presented at the XXV th. International congress of psychology, Brusselss. 19-24.

Cooper, A. y Bender, M.P., (1987) AIDS-What should psychologist be doing?. Boletín de la Sociedad Psicológica Británica, 40. 130-133.

Cueli, J., (1977) Teorías de la personalidad. México: Trillas.

Del Río, C. y Uribe-Zuñiga, P., (1993) Ensayo, prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón. Salud pública de México. 35. 508-517.

Díaz-Guerrero, R., (1982) Psicología del mexicano. México: Trillas.

Díaz-Loving, R. y Rivera A., S., (1992) Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio de VIH en estudiantes universitarios. Investigación Psicológica, 1,2. 27-38.

Díaz-Loving, R., Flores, G. M., Rivera, A. S., Andrade, P. P., Ramos, L. L., Villagrán, V. G., Cubas, C. E., Camacho y V. M., Muñiz, A., (1992) Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios. Revista mexicana de psicología. Vol. 9, 1. 83-93.

Díaz-Loving, R. (1994) Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA. SIDA, perspectiva psicológica de un problema de salud mundial. Universidad de Sonora, México. 93-109.

Díaz-Loving, R., Rivera A., S. y Andrade P., P., (1994) La teoría de la acción razonada en la predicción de uso y petición de uso de condón. La psicología social en México. Vol. 5. 608-615.

Diccionario de Ciencias Sociales. (1975) Vol. 1, 2, 4, 6. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.

DiClemente R., Zorn J. y Temoshok L., (1987) The association of gender, ethnicity and length of residence in the bay area to adolescents' knowledge and attitudes about acquired immune deficiency syndrome. Journal of applied social psychology. 17. 216-230.

Diel P., (1966) El miedo y la angustia. México: Fondo de Cultura Económica.

Dowes, R., (1975) Fundamentos y técnicas de medición de actitudes. México: Limusa.

Emmons, Kessler, Wortman, O'Brien, Hocker y Schaefer, (1987) Coping with the threat of AIDS. American Psychology. 1984-39, 1297-1302.

Fineberg, (1988) El impacto del SIDA sobre el sistema de atención a la salud. Salud pública de México. Ene-feb, 32-1.

Fischhoff y Linchestein, (1982) Risk perception in judge under uncertainty heuristic and biases. Cambridge University Press.

Fishbein, M. y Ajzen, I., (1980) Understanding attitudes and predicting social behavior. Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs.

Fishbein, M., (1990) Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. Revista de psicología social y personalidad. 6, 1-2. 1-16.

Flores G., M. y Díaz-Loving, R., (1994) Locus de control, asertividad y comunicación en la prevención del SIDA. La psicología social en México. Vol. 5. 622-627.

Franzini, L., Sideman, L., Dexter, K. y Elder, J., (1990) Promoting AIDS risk reduction via behavioral training. AIDS, education and prevention. 2, 4. 313-321.

Friedrich, D., (1985) Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder.

Frierson, R., (1990) The psychotic fear of AIDS. Psychosomatics, the journal of consultation and liaison psychiatry, Vol. 31, 2. 217-219.

Fromm, E., (1987) El miedo a la libertad. México: Paidós.

Fromm, E., (1988) Ética y psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica.

Fromm, E., (1991) Anatomía de la destructividad humana. México: Siglo Veintiuno.

Ganster, D. y Victor, B., (1988) The impact of social support in mental and physical health. British journal of medical psychology. 61. 17-36.

Garau, J. y Martínez, J., (1990) EL SIDA. Barcelona: EMEKÁ, editores.

Gerrard, M., Kurylo, M. y Reis, T., (1991) Self-esteem, erotophobia and retention of contraceptive and AIDS information in the classroom. Journal of Applied social psychology, 215. 368-379.

González-Block, M., Liguori, A. y Bazúa, F., (1990) SIDA y estratos sociales en México: La importancia de la bisexualidad. Salud pública de México. 32, 1. 26-37.

Gray, J., (1971) La psicología del miedo. Madrid: Guadarrama.

Hall, C. y Lindzey, G., (1957) Las teorías psicosociales de la personalidad. Adler, Fromm, Horney y Sullivan. México: Paidós.

Halstead, S., Riccio, M., Harlow, P., Oretti, R. y Thompson, C., (1988) Psychosis associated with HIV infection. British journal of psychiatry. 153. 618-623.

Harvey, J. y Smith, W., (1977) Social psychology. An attributional approach. St. Louis: The C.V. Mosby Company.

Hein, K. y Foy D., T., (1989) SIDA, verdades en lugar de miedo. México: PROMEXA.

Herek, G. y Glunt, E., (1988) An epidemic of stigma, public reaction to AIDS. Graduate school of City University of New York Press. 886-890.

Horney, K., (1976) Nuestros conflictos interiores. Buenos Aires: Psique Buenos Aires.

Horney, K., (1993) La personalidad neurótica de nuestro tiempo. México: Paidós.

Instituto Mexicano del seguro Social, (1991) Fertilidad y uso de métodos anticonceptivos en México. IMSS.

Ishii-Kuntz, M., Whitbeck, L. y 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, 20, 1301-1321.

Izazola, A., 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 SIDA, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.

Jacob, K., John, J., Verghese, A. y John, J. T., (1987) AIDS-phobia. British Journal of Psychiatry, 150.412.

James, B. y Peter, R. H., (1991) Teorías de la educación. México: Limusa.

Janz, N. y Becker, M., (1984) The health belief model: a decada later. Health educational monographs, 2, 17-31.

Jodelet, D., (1991) La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici (Ed.) Psicología social II, pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós.

Johnson, B., (1991) Risk and culture research. Journal of Cross-Cultural Psychology. Vol. 22, 141-149.

Kelly, J., Lawrence, J. y Brasfield, T., (1990) Psychological factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behavior. Journal of consulting and clinical psychology, 58, 1, 117-120.

Kerlinger, F., (1987) Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. México: Nueva editorial interamericana.

Kleinhesselink, R. y Rosa, E., (1993) Cognitive representation of risk perceptions. Journal of cross-cultural psychology, 22, 1, 11-28.

Kurder, L. y Siesky, G., (1990) The nature and correlates of psychological adjustment in gay men AIDS-related condition. Journal of applied social psychology, 20, 10, 846-860.

La Jornada, Carlos Payán Verver, Martes 4 de julio de 1995.

Lawrence, K. y Siesky, G., (1990) The nature and correlates of psychological adjustment in gay men with AIDS-related condition. Journal of applied social psychology, 20, 10, 846-860.

Bibliografía

Leventhal, H., Singer, R. y Jones, S., (1965) Effects of fear and specificity of recommendations upon attitudes and behaviors. Journal of personality and social psychology, 2. 20-29.

Levin, J., (1977) Fundamentos de estadística en la investigación social, México: Harla.

Lewin, C. y Williams, R., (1988) Fear of AIDS: the impact of public anxiety in young people. British journal of psychiatry, 153. 823-824.

Logsdail, S., Lovell, K., Warwick, H. y Marks, I., (1991) Behavioural treatment of AIDS-focused illness phobia. British journal of psychiatry, 159. 422-425.

López M., A., Villagrán V. 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, Vol. 5. 594-599.

Lucio G. M., E. y Reyes L., I., (1994) La nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 para estudiantes universitarios mexicanos. Revista mexicana de psicología, Vol. 11,1. 45-54.

Lucio G. M., E., (1995) Inventario Multifásico Minnesota de la personalidad, MMPI-2, México: Manual Moderno.

Magaña, R., Ferreira-Pinto, J., Blair, M. y Mata, A., (1992) Una pedagogía de concientización para la prevención del VIH/SIDA. Revista latinoamericana de psicología, Vol. 24, 1-2. 97-108.

Mandolini G., R. G., (1994) Historia general del psicoanálisis. De Freud a Fromm, Buenos Aires: Braga.

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.

Milner, G., (1989) Organic reaction in AIDS. British journal of psychiatry, 154. 255-257.

Mio, J., S. y Applebaum, D., R., (1990) In the forefront of our minds: AIDS and other responses to category labels. Journal of sex education and therapy, 16-2, 115-125.

Negy, C. y Webber, A., (1991) Knowledge and fear of AIDS: a comparison study between white, black and hispanic college students. Journal of sex education and therapy, Vol.17 No. 1. 42-45.

Newman y Newman, (1985) Desarrollo del niño, México: Limusa.

Norusis, (1993) Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS). for Windows, release 6.0, Edit. SPSS inc.

Nyamathi y Flaskerud, (1990) Atributions of responsibility for group tasks: the egocentric bias and the actor observador difference. Journal of personality and social psychology. 45-6, 1232-1242.

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (1989) SIDA, información básica para el estudiante. Dirección General de Servicios Médicos, UNAM.

Ostrow, D.G., (1988) Models for understanding the psychiatric consequences of AIDS. Avances en psicofarmacología bioquímica, New York Raven Press, Vol.44. 37-53.

Paalman, M., (1992) Exchange, condones...si para ti es importante. Boletín del Royal Tropical Institute de los países bajos. Vol. 4.

Pempelani, M., Osei-Hwedie, K. y Mwansa, L., (1993) Attitudes toward risky sexual behavior and reactions to people infected with HIV among Zambian students. International family planning perspectives. 19, 1. 25-27.

Pepitone, A., (1991) El mundo de las creencias: un análisis psicosocial. Revista de psicología social y personalidad. 7,1. 61-79.

Peruga, A. y Rivo, M., (1992) Racial differences in AIDS Knowledge among adults. AIDS. education and prevention. 4,1. 55-60.

Pick de Weiss, S., Diaz-Loving, R. y Andrade P., P., (1988) Estudio comparativo de adolescentes de dos grupos de edad que han y no han tenido relaciones sexuales. La psicología social en México. Vol. 2. 312-321.

Pick de Weiss, S., Diaz-Loving, R. y Andrade P., P., (1988) Obediencia, asertividad, y planeación al futuro como precursores de comportamiento sexual y anticonceptivo en adolescentes. La psicología social en México. Vol. 2. 397-403.

Piña, J., Jiménez, S. y Mondragón, V., (1992) La relación entre la investigación y el diseño de programas preventivos para el SIDA. Revista latinoamericana de psicología. Vol. 24, 1-2. 201-211.

Pratkanis, A., Breckler, S. y Greenwald, A., (1989) Attitude, structure and functions. L.E. Associated Publishers.

Preclado, J. y Montesinos, L., (1992) El SIDA: desafíos para la psicología. Revista latinoamericana de psicología. Vol. 24, 1-2. 177-187.

Bibliografía

Programa de Tecnología Adecuada en Salud (PTAS) (1993) Respuestas fundamentadas a las críticas más frecuentes que se hacen sobre la eficacia del condón de latex en la prevención de la transmisión sexual del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Prohaska, T., Albrecht, G., Levy, J., Sugrue, N. y Kim, J., (1990) Determinants of self-perceived risk for AIDS. Journal of health social behavior, Vol. 31. 384-394.

Pryor, J., Reeder, G., Vinacco, R. y Kott, T., (1989) The instrumental and symbolic functions of attitude toward persons with AIDS. Journal of applied social psychology, 19-5. 43-61.

Ramos L., L. E., (1990) Un modelo explicativo del miedo a la victimización y sus consecuencias en dos comunidades de la ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México, tesis de maestría no publicada.

Ramos L., L., Díaz-Loving, R., Saldívar, G. y Martínez, Y., (1992) Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios. Revista de salud mental, Vol. 15, 4. 12-20.

Ramos, L., Díaz-Loving, R., Muñoz, A. y Camacho, M., (1992) Acciones conductuales y actitudinales de conocimiento sobre el SIDA. Revista latinoamericana de psicología, Vol 24, 1-2. 261-270.

Richardson, D., (1990) La mujer y el SIDA. México: Manual Moderno.

Rivera A., S., Díaz-Loving, R. y Cubas C., E., (1994) Patrones de conducta sexual y anticonceptiva en empleados de gobierno de la ciudad en México. La psicología social en México, Vol. 5. 546-553.

Rivera A., S., y Díaz-Loving, R., (1994) Actitudes, norma subjetiva y creencias en relación al uso del condón. La psicología social en México, Vol. 5 628-635.

Rosero-Bixby, L., (1991) Premarital sex in Costa Rica: incidence, trends and determinants. International family planning perspectives, 17, 1. 25-29.

Ross, M.W., (1988) AIDS phobia: report of 4 cases. Psicopatología, 21. 26-30.

Sabogal, F., Sandlin, G., Reyes, R., Aguirre, V., Bregman, G. y Lemp, G., (1992) Hombres latinos "gay" y bisexuales: una comunidad de alto riesgo del VIH/SIDA. Revista latinoamericana de psicología, Vol. 24, 1-2. 57-69.

Sauri, J., (1967) Las fobias. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Schachter, S., (1964) The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. Advances in experimental social psychology. New York: Academic, Press Inc.
- Scott, J. y Applebaum, D., (1990) In the forefront of our minds: AIDS and other responses to category labels. Journal of sex education and therapy. Vol. 16.2. 115-125.
- Sepúlveda, Valdespino, García, Izazola, y Rico, (1988) Características epidemiológicas y cognoscitivas de la transmisión del VIH en México. Salud Pública de México. 30.2, 513-527.
- Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawsky, y Valdespino, (1989) SIDA, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sheran, P., Abraham, S., Abrams, D., Spears, R. y Marks, D., (1990) The postAIDS structure of student's attitudes to condoms: age, sex and experience of use. Psychological reports. 66. 614.
- Silberman, C., (1981) Fear. En Culbertson, R., Tezak, M., Order under law: readings in criminal justice. Illinois, Warcland Press Inc.
- Simkins, L. y Kushener, A., (1986) Attitudes toward AIDS, herpes II and toxic shock syndrome: two years later. Psychological reports. 59. 883-891.
- Simon, (1989) Promiscuity and sex difference. Psychology Reports. 64, 802.
- Solomon, M. y DeJong, W., (1986) Recent sexually transmitted disease prevention efforts and their implications for AIDS health education. Health education quarterly. 13, 4. 301-316.
- Stanislawski, E., (1989) El agente causal, en Sepúlveda SIDA, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Struckman-Johnson, C., Gilliland, R., Struckman-Johnson, D. y North, T., (1990) The effects of fears of AIDS and gender on responses to fear-arousing condom advertisements. Journal of applied social psychology. 20. 1398-1410.
- Strunin y Hingson, (1987) SIDA y adolescentes: conocimientos, creencias, actitudes y conductas, Pediatrics. 23, 5, 311-314.
- Tashima, K., Markert, J., Madrigal, J., O'Connor, P. y Mata, L., (1987) Conocimientos sobre el SIDA en un tugurio y un campamento de refugiados en Costa Rica. Mnnografía.

Tedeshi, J., Lindskold, S. y Rosenfeld, P., (1985) Introduction to social psychology. West Publishing, Company. New York.

Todd, J., (1989) AIDS as a current psychopathological theme. British Journal of psychiatry, 154. 253-255.

Toennies, L., Zagumny, M., Sorokin, G. y Tesch, B., (1994) Association of demographic characteristics knowledge, and worry about HIV infection with occupational and nonoccupational behaviors of medical students. Psychological reports, 74. 587-593.

Torres M., K. B., Alfaro M., L. B., Díaz-Loving, R. y Villagrán V., G., (1994) La atribución del origen del SIDA, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio del VIH. La Psicología Social en México, Vol. 5. 616-621.

Tversky, Khaneman y Slovic, (1982) Judgment under uncertainty heuristics and biases. New York: Cambridge University.

Vannoss, B. y Marin, G., (1989) Cultural difference in attitudes toward smoking: developing messages using the theory of reasoned action. Journal of applied social psychology, 20, 6. 478-493.

Villagrán V., G., Cubas, C., Díaz-Loving, R. y Camacho V., (1990) Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes. La psicología social en México, Vol. 3. 305-309.

Villagrán V., G. y Díaz-Loving, R., (1992) Hacia un modelo explicativo del uso del condón en estudiantes universitarios. La psicología social en México, Vol.4. 89-94.

Villagrán V., G., Díaz-Loving, R. y Camacho, M., (1992) Patrón de conducta sexual, uso de condón y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios. Revista sonorensis de psicología, Vol.6, 1-2. 49-58.

Villagrán V., G. y Díaz-Loving, R., (1992) Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. Revista mexicana de psicología, Vol. 9, 1. 35-40.

Villagrán V., G., (1993) Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón. Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis de maestría no publicada.

Villagrán V., G., (1994) Autopercepción de riesgo y uso del condón en estudiantes universitarios. Revista interamericana de psicología, 28-1. 125-134.

Bibliografía

Villagrán V., G. y Díaz-Loving, R., (1994) Control percibido sobre las relaciones interpersonales, valores e inicio a la vida sexual. La psicología Social en México. Vol. 5. 532-538.

Viney, Crooks, Walker y Henry, (1991) Psychological frailness and strength in an AIDS-affected community: A study of seropositive gay man and voluntary caregivers. American Journal of community psychology. 19-2, 279-287.

Warwick, H., (1989) AIDS Hypochondriasis. The British journal of psychiatry. Vol. 155. 125-126.

Winslow, R., Rumbaut, R. y Hwang, J., (1989) AIDS, FRAIDS, and quarantine: student responses to pro-quarantine initiatives in California. Journal of applied social psychology. 19. 1453-1478.

Wolff W., Ch., (1970) Introducción a la psicología. México: Fondo de Cultura Económica.

Young, R., Gallaher, P., Belasco, J., Barr, A. y Webber, A., (1991) Changes in fear of AIDS and homophobia in a university population. Journal of applied social psychology. 21. 1848-1858.

ANEXOS.

ANEXO 1.

Los enunciados de este cuestionario se refieren a experiencias que pueden causar miedo u otros sentimientos displacenteros.

Lea cuidadosamente cada uno de los enunciados y decida conforme a la escala que abajo se muestra que tanto miedo le producen.

- 1.- Nada de miedo.
- 2.- Un poco de miedo.
- 3.- Miedo.
- 4.- Mucho miedo.
- 5.- Muchísimo miedo.

La información que usted nos proporcione es absolutamente confidencial.

Marque sólo uno de los números para cada enunciado. Responda lo más rápido posible a cada uno de ellos.

- 1.-Contagiarse de SIDA. ()
- 2.-Tener contacto casual con una víctima de SIDA. ()
- 3.-Someterse a transfusiones sanguíneas. ()
- 4.-Contraer una enfermedad venérea. ()
- 5.-Inyectarse. ()
- 6.- Los virus. ()
- 7.-Tener contacto no íntimo (como hablar) con hombres o mujeres homosexuales. ()
- 8.-Tener contacto sexual con hombres o mujeres homosexuales. ()
- 9.-Tener contacto no íntimo (como hablar) con hombres o mujeres bisexuales. ()
- 10.-Tener contacto sexual con hombres o mujeres bisexuales. ()
- 11.-Tener contacto sexual con una prostituta. ()
- 12.-Tener contacto no íntimo (como hablar) con una prostituta. ()
- 13.-Tener contacto con personas que usted sabe son adictos a drogas. ()
- 14.-Tener contacto con enfermos (tratados médicamente). ()
- 15.-Tener contacto sexual extramarital. ()
- 16.-Coito (penetración sexual). ()
- 17.-Tener contacto sexual con diferentes parejas. ()
- 18.-Tener contactos sexuales frecuentes con desconocidos. ()
- 19.- El contacto íntimo (p. ej. un beso en la mejilla) con conocidos, miembros de la familia o amigos. ()
- 20.-Contraer una infección sanguínea. ()
- 21.-Contraer una infección por contacto sexual. ()
- 22.-Infección a través de algunas enfermedades. ()
- 23.-Hacerse un examen médico. ()

- 24.-Los moribundos. ()
- 25.-Enfermarse. ()
- 26.-Los extranjeros. ()
- 27.-La muerte. ()
- 28.- Las drogas o productos químicos. ()
- 29.-Tener contacto con sangre humana. ()
- 30.-La conducta anormal. ()
- 31.-Ser enfermo mental. ()
- 32.-Ser no atractivo. ()
- 33.-Sentir el sufrimiento físico de los otros. ()
- 34.-Volverse dependiente de los otros (no económicamente). ()
- 35.-Perderse el respeto. ()
- 36.-Contagiar a otros con una enfermedad. ()
- 37.-Estar desvalido (discapacitado, inválido). ()
- 38.-Sentirse impotente (no en el aspecto sexual). ()

ANEXO 2.

Marque con una (X) lo que corresponda a su respuesta, o en su caso escriba lo que se le pide.

Es importante que responda a todo, si tiene alguna duda pregunte al aplicador.

SEXO: Femenino _____ Masculino _____

EDAD: _____

RELIGIÓN: _____

ESTADO CIVIL: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____

Unión libre _____ Separado _____ Otros _____

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____

Licenciatura _____ Posgrado _____ Otros _____

Ahora le haremos algunas preguntas acerca de su vida sexual, recuerde que lo que usted responda es confidencial y anónimo, por lo que le pedimos que conteste de manera sincera.

1.- Ha tenido relaciones sexuales:

Si _____

No _____

2.- Ha tenido relaciones sexuales:

-Sólo con mujeres _____

-La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres _____

- Tanto con hombres como con mujeres _____
- La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres _____
- Sólo con hombres _____

3.- Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales en toda su vida.

_____ (número de personas).

4.-Actualmente tiene pareja sexual regular.

SI NO

5.- Conoce usted el condón.

SI NO

6.- Ha usado usted el condón.

SI NO

7.- En los últimos seis meses de relaciones sexuales con su pareja sexual regular ¿con qué frecuencia usó el condón?

Siempre _____ Algunas veces _____ Nunca _____

8.- ¿En el último mes ha tenido relaciones sexuales con otra (s) persona (s) además de su pareja sexual regular?

Si _____ No _____ Cuántas? _____

9.-En cuántas de esas relaciones usaron condón?

Siempre _____ Algunas veces _____ Nunca _____

A continuación le presentamos algunas afirmaciones acerca de los condones, por favor tache con una (X) la opción que más se acerque a su manera de pensar.

	Cierto	Falso.
10.- Los preservativos o condones hacen las relaciones sexuales más placenteras.	_____	_____
11.- Los condones son más apropiados para usar con parejas ocasionales.	_____	_____
12.- El uso de los condones va en contra de mi religión.	_____	_____
13.- Los condones pueden quedarse dentro de la matriz o el estómago.	_____	_____
14.- El precio de los condones es muy alto para usarlos con frecuencia.	_____	_____
15.- Los condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales.	_____	_____
16.- Los condones son útiles para prevenir el embarazo si se utilizan correctamente.	_____	_____
17.- Los condones son más apropiados para usarse con parejas habituales.	_____	_____
18.- Los condones son fáciles de usar.	_____	_____
19.- Yo aceptaría el uso del condón si mi pareja me lo pidiera.	_____	_____
20.- Los condones pueden hacer que el hombre pierda erección.	_____	_____
21.- No tener condón es una buena razón para rechazar las relaciones sexuales con una pareja ocasional.	_____	_____

Ahora le presentamos algunas afirmaciones sobre SIDA, marque con una (X) la opción que más se acerca a lo que usted sabe.

22.- ¿Qué es el SIDA?

- | | | | |
|---|---------|--------|----------|
| 23.- El SIDA se transmite por la saliva. | cierto. | falso. | no sabe. |
| 24.-Una mujer embarazada infectada puede transmitir el virus al producto. | cierto. | falso. | no sabe. |
| 25.-El SIDA se transmite por secreciones vaginales. | cierto. | falso. | no sabe. |
| 26.-En una sola relación sexual con una persona infectada puede contagiarse de SIDA. | cierto. | falso. | no sabe. |
| 27.-El virus del SIDA se ha encontrado en la saliva. | cierto. | falso. | no sabe. |
| 28.-El SIDA se puede transmitir por compartir agujas y jeringas usadas. | cierto. | falso. | no sabe. |
| 29.-El sexo seguro se basa en no dejar que los fluidos sexuales entren al organismo. | cierto. | falso. | no sabe. |
| 30.-La prueba del SIDA se debe hacer a los donadores de sangre. | cierto. | falso. | no sabe. |
| 31.-Los condones se dañan con la luz, el calor y tienen fecha de caducidad. | cierto. | falso. | no sabe. |
| 32.-El cloro destruye al virus del SIDA. | cierto. | falso. | no sabe. |
| 33.-Una persona seropositiva puede infectar a otra persona al igual que una con SIDA. | cierto. | falso. | no sabe. |

- 34.-El virus del SIDA afecta al cerebro. cierto. falso. no sabe.
- 35.-Una persona puede estar infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y no tener SIDA. cierto. falso. no sabe.
- 36.-El nonoxynol-9 destruye al virus del SIDA. cierto. falso. no sabe.
- 37.-Cuando en una pareja los dos son seropositivos es necesario protegerse en cada relación sexual. cierto. falso. no sabe.
- 38.-Algunas personas resisten al virus del SIDA y no se infectan. cierto. falso. no sabe.

Señale que tan grande considera que es el riesgo de contagiarse del virus del SIDA al realizar las siguientes actividades.

- 39.-Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA. mucho. poco. nada.
- 40.-Jugar con un niño que tiene SIDA. mucho. poco. nada.
- 41.-Acudir a una clínica dental o de salud en la que se atiende a gente con SIDA. mucho. poco. nada.
- 42.-Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA. mucho. poco. nada.
- 43.-Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA, aunque se use preservativo (condón). mucho. poco. nada.
- 44.-Masturbación mutua (estimularse uno al otro para tener un orgasmo) con una pareja ocasional. mucho. poco. nada.
- 45.-Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional, aunque se use condón. mucho. poco. nada.

46.-Sexo oral con alguien que no conoce bien.	mucho.	poco.	nada.
47.-Tener relaciones sexuales anales sin usar el preservativo (condón) con una pareja ocasional.	mucho.	poco.	nada.
48.-Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo.	mucho.	poco.	nada.
49.-Usar baños públicos.	mucho.	poco.	nada.
50.-Nadar en albercas públicas.	mucho.	poco.	nada.
51.-Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar condón.	mucho.	poco.	nada.
52.-Inyectarse drogas como heroína o cocaína.	mucho.	poco.	nada.
53.-Usar una jeringa o aguja usada por otra persona sin haberla esterilizado previamente.	mucho.	poco.	nada.
54.-Donar sangre.	mucho.	poco.	nada.
55.-Recibir una transfusión sanguínea en el hospital.	mucho.	poco.	nada.
56.-Tener relaciones sexuales usando el condón con una persona que se inyecta drogas.	mucho.	poco.	nada.
57.-Tener relaciones sexuales con muchas personas.	mucho.	poco.	nada.

Señale con una (X) las posibilidades que hay de que las siguientes personas se contagien de SIDA.

	NINGUNA.	REGULAR.	MUCHAS.
58.-Hombre homosexual con una pareja.	1	2	3
59.-Hombre homosexual con más de una pareja.	1	2	3
60.-Mujer homosexual con una pareja.	1	2	3
61.-Mujer homosexual con más de una pareja.	1	2	3
62.-Hombre heterosexual con una pareja.	1	2	3
63.-Hombre heterosexual con más de una pareja.	1	2	3
64.-Mujer heterosexual con una pareja.	1	2	3
65.-Mujer heterosexual con más de una pareja.	1	2	3
66.-Hombres y mujeres bisexuales.	1	2	3
67.-Tú.	1	2	3

68. Por qué? _____

