

124  
hy



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PATRONES SEXUALES Y ACTITUD HACIA EL SIDA  
EN ADOLESCENTES

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A N :  
**LETICIA HERNANDEZ TAMAYO**  
**LAURA OLIVIA RAMIREZ PAEZ**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MIRIAM CAMACHO VALLADARES



MEXICO, D. F.  
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1996

**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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**PATRONES SEXUALES Y ACTITUD HACIA EL SIDA EN ADOLESCENTES**

**TESIS**

**Que para obtener el Título de:  
Licenciado en Psicología**

**PRESENTAN**

**Leticia Hernández Tamayo  
Laura Olivia Ramírez Páez**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**Lic. Miriam Camacho Valladares**

**SINODALES:**

**Lic. Ofelia Reyes Nicolat  
Mtra. Patricia Andrade Palos  
Mtra. Sofia Rivera Aragón  
Lic. Sotero Moreno Camacho**

**MEXICO, D.F.**

**1996**

**Al amanecer las perplejidades de la víspera  
han pasado a la historia.**

**Se inicia un nuevo día que ayer no era.**

**Sal Borland.**

## AGRADECIMIENTOS

*Miriam*

*Por su constante interés  
y apoyo incondicional,  
no solo en la realización del presente trabajo,  
sino en nuestra formación profesional.*

*Por la oportunidad de compartir  
sus conocimientos, su tiempo y su amistad.*

*Agradecemos de manera muy especial  
a Setevo por la disposición e interés siempre mostrados  
durante el desarrollo y realización del presente trabajo.*

*Al Jurado*

*Lic. Ofelia Rojas Nicolat  
Mtra. Patricia Andrade Palos  
Mtra. Sofía Rivera Aragón*

*Jorge Villatoro*

*Por su interés y apoyo  
en la realización del presente trabajo de tesis.*

*Quiero agradecer a todos cuantos colaboraron directa o indirectamente en la realización de este trabajo de tesis, el cual significa un paso más en mi vida.*

***A mi familia, especialmente a mis padres.***

*por su cariño, confianza;*

*por enseñarme a salir adelante*

*y no darme por vencida.*

*Por darme las bases*

*para ser la persona que soy.*

*A mis hermanos: Sofia, Juan y Carlos por su cariño y apoyo.*

*A mis amigos, por compartir alegrías y tristezas:*

*Laura, por tu paciencia y dedicación*

*para llevar a buen término este trabajo:*

*Nancy, Nelly, Lux, Orietta, Angelina, Lolita,*

*Pepe, lux y la pequeña Lux.*

*Por que soy una persona afortunada al contar*

*con su apoyo y amistad.*

**GRACIAS**

**Leticia.**

*Durante el proceso de realización de este estudio tuve contacto con mucha gente, familiares, amigos y maestros que de alguna manera han colaborado en mi desarrollo personal y profesional, a todos ellos:*

## GRACIAS

*Sin embargo no puedo menos que hacer los siguientes agradecimientos especiales:*

### *A mi madre*

*por su constante interés y apoyo  
tanto en la realización y conclusión  
del presente trabajo,  
así como en todos los aspectos de mi vida.  
Gracias le doy porque a pesar de tener  
algunas diferencias ideológicas,  
siempre está dispuesta a comprender  
y compartir conmigo tiempo, alegrías y tristezas,  
enojos y desesperación,  
pero sobre todo su amor.*

### *A mi padre*

*porque a pesar de todo yo que me quiere.*

### **A mi hermano Pepe.**

por su cariño, apoyo y preocupación  
por mi crecimiento personal;  
por contagiarme de ese entusiasmo  
que lo caracteriza y que me invita a  
experimentar nuevas cosas;  
por hacerme partícipe de sus  
triumfos y alegrías y de su paternidad.

### **A Luce**

Por ser parte complementaria  
de mi vida,  
ya que compartimos afinidades y afectos.

### **A mi "sobrin"**

#### **Luz Yvonne**

por que desde antes de nacer  
ya había sembrado en mí  
una semilla de alegría y amor  
que va creciendo junto a ella.

*A toda mi familia: sobrinos, primos y tíos por ser una parte fundamental en mi vida,  
pero en especial*

#### **a mi sobrina Jaque**

con quien me encanta compartir  
sus pequeños grandes logros,  
porque con su sonrisa logra

transportarme a su mundo de fantasía.

A mis amigos que de una manera incondicional me brindan su cariño y apoyo:

*Larry*: por la tranquilidad que siempre transmites.  
por la comprensión que en todo momento me has brindado.

*Nancy*: por la dulzura de su amistad.

por compartir día a día  
pensamientos y sentimientos.  
deseos y esperanzas, sueños  
y realidades...

*Dulce*: por el cariño que nos tenemos

desde hace ya muchos años  
por que seguimos compartiendo los momentos más importantes  
y trascendentes de nuestras vidas.

A mis compañeros de trabajo  
que me han brindado su apoyo y amistad.

*Roy, Ato, Norma, Isa y Alex.*

*Con especial afecto agradezco  
a una persona muy significativa en mi vida  
por el espacio compartido.  
la intimidad deseada.  
el amor esporado.  
la complicidad eterna.  
por un nosotros...*

*Laura Olivia*

**INDICE.**

<b>INTRODUCCION.</b>	<b>3</b>
<b>I. ADOLESCENCIA:</b>	
<b>1.1 DEFINICIONES Y CARACTERISTICAS DE LA ETAPA.</b>	<b>7</b>
<b>1.2 PATRONES SEXUALES DEL ADOLESCENTE.</b>	<b>15</b>
<b>II. SIDA Y ADOLESCENCIA.</b>	
<b>2.1 CONCEPTOS GENERALES SOBRE SIDA.</b>	<b>24</b>
<b>2.2 ACTITUDES DEL ADOLESCENTE HACIA EL SIDA.</b>	<b>34</b>
<b>2.3 INFORMES DE SIDA EN ADOLESCENTES.</b>	<b>43</b>
<b>III. METODOLOGIA.</b>	<b>47</b>
<b>3.1 OBJETIVO GENERAL.</b>	
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.</b>	
<b>3.3 PROBLEMA DE INVESTIGACION.</b>	
<b>3.4 HIPOTESIS.</b>	
<b>3.5 VARIABLES.</b>	
<b>3.6 METODO:</b>	<b>52</b>
<b>SUJETOS.</b>	
<b>INSTRUMENTO.</b>	
<b>PROCEDIMIENTO.</b>	
<b>TIPO DE ESTUDIO.</b>	
<b>ANALISIS ESTADISTICO.</b>	
<b>IV. RESULTADOS.</b>	<b>56</b>
<b>V. DISCUSION.</b>	<b>72</b>
<b>VI. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES</b>	<b>78</b>
<b>6.1 SUGERENCIAS</b>	
<b>6.2 LIMITACIONES</b>	
<b>BIBLIOGRAFIA.</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.</b>	

## **INTRODUCCION.**

En 1981 aparecieron en Estados Unidos casos con Sarcoma de Kaposi, en jóvenes homosexuales. En un inicio se sospechó que la causa estaba asociada a la homosexualidad, esto condujo a un relativo retraso en la identificación de las poblaciones en riesgo de contagio, y no se formularon recomendaciones para evitar la transmisión del Sarcoma entre la población en general.

A principios de 1982 se identificaron cuadros similares en drogadictos intravenosos sugiriendo que, exclusivamente estos grupos (homosexuales y drogadictos) padecían la misma enfermedad.

Entre 1982 y 1983 empezaron aparecer otras personas afectadas, lo que hacía evidente que existían otros grupos involucrados (Secretaria de Salud/ CONASIDA, 1991). Se encontró entonces que el problema del Sarcoma reflejaba inmunodeficiencia, y que el responsable de este problema era un virus al que más tarde se le llamó VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

A más de una década de haber sido descubierto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), ya se afirma que es un problema

mundial y aún no se cuenta con vacuna o cura alguna, por lo cual la única opción que existe, hoy en día, para controlar esta pandemia es la prevención, constituida por la información correcta y el llamado sexo seguro o protegido. Para esto, es fundamental continuar con investigaciones sobre conductas sexuales y actitudes hacia el SIDA, ya que la relación entre actitud y conducta es estrecha y brinda la posibilidad de presentar algunas propuestas específicas para modificar conductas de riesgo, como podría ser la conducta sexual de los adolescentes.

De los 12 mil 900 casos de SIDA reportados en México hasta marzo de 1993, 400 corresponden a menores de 15 años; de estos, el 51.7% fue infectado por vía perinatal, el 18.3% son hemofílicos y el 28.1% fue infectado por transfusión sanguínea (Licea, 1993).

En el grupo de 15 a 24 años se concentran mil 658 individuos con SIDA, donde el 33.9% se infectó por relaciones sexuales (Licea, 1993).

A pesar de estas cifras, tanto la información proporcionada por los medios de comunicación amarillista como las campañas que estigmatizan y denigran a grupos que erróneamente se les ha llamado grupos de riesgo (homosexuales, drogadictos y prostitutas), han logrado que los adolescentes no se perciban a sí mismos como sujetos en riesgo de

contagio, considerándose con toda la seguridad para ejercer su sexualidad, es decir, sin necesidad de precaución alguna.

Con base en lo anterior, se puede afirmar que en la población adolescente es mayor el riesgo del contagio del VIH por vía sexual. De ahí los objetivos del presente trabajo fueron: conocer las actitudes hacia el SIDA y los patrones sexuales en adolescentes estudiantes de nivel bachillerato. La estructura de la tesis se conforma de la siguiente manera:

#### CAPITULO I: Adolescencia: Patrones sexuales.

En este capítulo se define el concepto de adolescencia, haciendo una descripción de esta etapa. Se expone también, los patrones sexuales del adolescente como: caricias, masturbación, coito y experiencias homosexuales.

#### CAPITULO II: SIDA y Adolescencia.

Este apartado expone antecedentes y conceptos generales sobre SIDA; así como diferentes definiciones de actitud, y algunas investigaciones que se han realizado acerca de la actitud hacia el SIDA en adolescentes.

### CAPITULO III: Metodología.

En este capítulo se describen los objetivos del estudio, las variables que se manejan, el diseño, la muestra y el instrumento requeridos, así como el análisis estadístico.

### CAPITULO IV: Análisis e interpretación de los Resultados.

En este capítulo se presentan las diferencias en la actitud hacia el SIDA de acuerdo al género, en adolescentes que han y no han tenido relaciones sexuales, también se presentan las diferencias en la actitud hacia el SIDA de acuerdo al género en el grupo de adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

### CAPITULO V: Discusión.

En este último apartado, se describen los datos obtenidos respecto a la actitud hacia el SIDA y los patrones sexuales de los adolescentes. Se da una explicación de la relación que existe entre la actitud y otras variables. Además se exponen las sugerencias y limitaciones observadas durante la realización del estudio.

## **I. ADOLESCENCIA:**

### **1.1 DEFINICIONES Y CARACTERISTICAS DE LA ETAPA.**

Durante largo tiempo el proceso de crecimiento y desarrollo humano han sido objeto de numerosas discusiones y teorizaciones, pero a principios del siglo XX se dedicó una especial atención al periodo evolutivo comúnmente llamado adolescencia (Sherif, 1970).

Etimológicamente la palabra adolescencia proviene del adjetivo: a, hacia la condición y proceso de crecimiento, que implica un periodo de crisis vital; de Kisis, que en griego es el acto de distinguir, elegir, decidir y/o resolver, a partir del cual se logrará la identidad personal (CONAPO, 1994).

Mucho se ha hablado sobre adolescencia, y se le calificó como una "etapa crítica" y al mismo tiempo básica para el desarrollo integral de la personalidad. Las fronteras del periodo de la adolescencia se fijaron en forma simple y convencional entre el inicio y la terminación del cambio físico acelerado. Sin embargo, la madurez física no determina la disponibilidad para el matrimonio, la independencia económica, las

responsabilidades vocacionales o cualquier otro tipo de "privilegios" de la persona adulta (CONAPO, 1982).

De ahí, que a medida que se ha ido conociendo mas acerca de la complejidad del comportamiento social del adolescente, ha sido indispensable definir con mayor precisión esta etapa, atendiendo el desarrollo de la personalidad y la interacción con la sociedad.

El adolescente es un ser humano completo y por tanto, si se desea comprender el proceso que vive, no se deben considerar en forma aislada los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en su desarrollo. Por ejemplo, un hecho de origen básicamente biológico como la menstruación, está condicionado a características de la personalidad de la joven y a su vez por creencias y normas de origen sociocultural (Almaraz y Bonilla, 1991).

Existen muchas definiciones que intentan enunciar los elementos y características de la adolescencia; considerando los elementos biológicos, psicológicos y sociales, se puede definir como: una situación donde se realizan nuevas adaptaciones que distingue la conducta infantil dependiente del comportamiento adulto autónomo; donde comienzan los primeros cambios fisiológicos de la pubertad; es la edad entre los 13 y 19 años en la que el joven no se siente por debajo del nivel de sus

mayores respecto a sus derechos sociales (Piaget, 1969; Hamburg, 1974; P. Blos, 1983; Strommen, Mackinney y Fitzgerald, 1986; Almaraz y Bonilla, 1991).

Hallengsted (1975) da una definición sociológica, y añade a los anteriores que la adolescencia es el período de la vida de una persona en el que la sociedad donde se desarrolla, cesa de considerarlo niño, pero no le otorga plenamente el estatus de adulto.

Para Osterrieth (1969) la adolescencia sobre todo, es la continuación inevitable de la niñez.

Josselyn (1973) afirma que si la adolescencia se define como la etapa intermedia entre la niñez y la edad adulta, se está separando al crecimiento por etapas y, en este sentido, la adolescencia no comienza cuando termina la niñez y se completa al terminar la edad adulta, sino que, "...la adolescencia abarca un vasto período de acelerado crecimiento físico y psicológico" (pág. 9).

Por otra parte, es importante distinguir pubertad de adolescencia, y al respecto P. Blos (1941) y Reymond-Riviere (1978) dicen que la pubertad se refiere a una serie de cambios biológicos, tanto en la esfera del

crecimiento físico como en el de la maduración sexual, en ella los "órganos sexuales alcanzan su plenitud y aparecen los caracteres sexuales secundarios; mientras que adolescencia se refiere a un período de crisis y desequilibrio, cualquiera que sea el contexto sociocultural donde el joven se desarrolle. (CONAPO, 1982).

Schonfeld (1969) define a la pubertad como " aquel momento en que el individuo es capaz de procrear, lo cual no es sincrónico con la menarca o con la primera eyaculación" (pag.58); define a la pubescencia como la fase en la que se producen los primeros cambios evolutivos; y a la adolescencia, como todo el período de la maduración sexual y lo divide en las siguientes tres fases:

- 1) Prepubescencia: ésta se inicia con los primeros signos de la maduración sexual y finaliza con la aparición del vello púbico.
- 2) Pubescencia: se inicia con la aparición del vello púbico y termina cuando éste se ha desarrollado por completo, aquí se da el crecimiento más rápida en estatura y aparecen la menarca y la primera eyaculación, así como el desarrollo gradual de los "órganos sexuales primarios".
- 3) Postpubescencia: inicia cuando se ha concluido el crecimiento acelerado de estatura, y además se completa la maduración de las características sexuales primarias y secundarias, así como la fertilidad.

El proceso de estas tres fases se caracteriza por la actividad hormonal que se encuentra bajo la influencia del sistema nervioso central, en particular del hipotálamo y la glándula pituitaria, ambos situados en la base del cerebro.

La principal consecuencia de la actividad hormonal es el aumento en la producción de éstas, como las adrenocorticales, las gonadales, los óvulos y los espermatozoides maduros. Este aumento genera amplio marco de cambios fisiológicos y anatómicos, entre éstos se incluye el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias como son: cambio de estatura, peso, proporciones corporales, desarrollo muscular, cambios relativos de fuerza, coordinación y habilidad motriz (Camacho, 1992).

Debido a las diferencias entre los patrones de conducta de los adolescentes menores y mayores, la adolescencia se ha dividido en temprana (13 a los 15 años) y tardía, esta última se inicia aproximadamente a los 15 años (CONAPO, 1982).

Para fines del presente trabajo se tomarán en cuenta las características de la adolescencia tardía, que son: los adolescentes que se encuentran a nivel bachillerato, se vuelven estrictos en su arreglo personal, exhibicionistas,

se ajustan a los cambios físicos que están experimentando y recuperan agilidad, se reduce su estado deprimido. En su relación con los padres, pueden coincidir con ellos pues ya no tienen la necesidad de llevarles la contra en todo; hay mayor control de sus impulsos, califican a sus padres y exigen razones por todo. Sigue habiendo relación con los adultos buscando consolidar su identidad. Son más independientes, se vuelven menos vulnerables a la crítica lo cual refuerza su autonomía. En cuanto a su relación con el grupo de amigos(as), prefieren el grupo mixto y empiezan a acceder a vinculaciones románticas; empiezan a practicar el rol sexual ante personas del otro género; viven con placer las relaciones interpersonales y hay aceptación del propio cuerpo (Aguila, 1980).

Respecto a sus emociones, no hay narcicismo sino "complementación" de sí mismo, es decir, prefieren la compañía del sexo opuesto; se enamoran de figuras idealizadas con quien no puede haber involucración emocional, lo cual les garantiza tranquilidad, no implica compromiso ni responsabilidad social. Se enamoran de figuras cercanas y alcanzables pero aún hay temor e inseguridad y se protegen con el grupo el cual pone límite sexual, es decir, regula hasta dónde se puede llegar, pues por sí solos aún no hay control. Respecto a su conducta sexual, hay masturbación con fantasías de prostitución y/o violación que sólo significan un deseo encubierto de tener relaciones sexuales.

En suma, la adolescencia es un período de ajustes por parte del individuo para resolver tensiones que no solamente son por razones biológicas, sino también causas de las presiones y demandas que la cultura aplica sobre el niño en desarrollo.

Respecto a la moral culturalmente prescrita, no es fácil para el adolescente amoldarse a ella, y frecuentemente paga un costo, emocionalmente alto, en el intento de lograrlo; esto se debe a que la familia, escuela, religión, medios masivos de comunicación y otras instituciones sociales sumergen a los jóvenes en el conflicto de la doble moral : la personal y la social.

En la cultura mexicana, por un lado se exige a las mujeres abstinencia sexual y virginidad hasta llegar al matrimonio, por el otro lado se impulsa a los varones a una desenfrenada actividad sexual (Díaz -Guerrero, 1982).

Esta situación determina en los adolescentes (hombres y mujeres), varias maniobras de solución, por ejemplo: rebelión contra la ética sexual, matrimonio temprano, subordinación del sexo con metas competitivas, fuerte represión de la sexualidad que como consecuencia genera un desajuste mental o emocional. Más allá de lo que la cultura occidental y cristiana dicta, llegada la madurez sexual, las opciones de todo ser humano son: abstinencia, masturbación o relaciones sexuales. La realidad

marca que muchos de los jóvenes optan por la tercera posibilidad (relaciones sexuales). El problema no radica en la opción sino en las condiciones en que se enfrenta a ella (Gaceta CONASIDA, 1991).

Carentes, no sólo de formación educativa, sino de información suficiente, los adolescentes inician sus relaciones sexuales sin la mayor protección. Sus condiciones son "aquí y ahora" o hasta la próxima oportunidad. Esto los hace arriesgarse sin medir las consecuencias, que en muchos casos se traducen en embarazos no deseados, matrimonios predestinados al fracaso, contagios de enfermedades de transmisión sexual, y hoy se suma un nuevo problema: el SIDA.

Con base en lo anterior, se observó la necesidad de conocer los patrones sexuales, característicos de la edad adolescente, lo cual se expondrá en el siguiente apartado.

## **1.2 PATRONES SEXUALES DEL ADOLESCENTE: CARICIAS, MASTURBACION, COITO Y EXPERIENCIAS HOMOSEXUALES.**

Hablar de la adolescencia tiene para muchos un matiz negativo que implica conflictos, crisis conductuales y despierta temor, pues en general los adolescentes no son vistos con agrado por nuestra sociedad y, peor aún, si este concepto además se relaciona con el de su sexualidad.

El hombre desde que nace hasta que muere se encuentra en un proceso evolutivo constante en relación a la sexualidad. Esto quiere decir, que cada individuo va viviendo y forjando su historia personal que constituye un marco de referencia de conceptos y manifestaciones propias de su sexualidad.

Dentro de la evolución sexual del adolescente se encuentran primeramente los contactos superficiales de tipo exploratorio y preparatorio como por ejemplo, las caricias y la masturbación, que posteriormente se tornan más profundas e íntimas; las caricias llenan el inicio de la vida sexual del adolescente y la masturbación, que no es un fenómeno de tipo sexual aislado, sino que como toda la sexualidad humana, está relacionado con la

conducta total, es la resultante de una serie de dinamismos propios de su psicología (Aberastury, 1977).

Respecto a las caricias en esta edad, se inician con el contacto físico entre varones o entre mujeres con la intención de lograr la excitación erótica sin realizar el coito, algunos autores le llaman "Petting" al tocamiento sexual de la cintura para abajo, y "Necking" a las demás caricias sexuales (Masters y Johnson, 1978). El significado primario de éstas es su papel de iniciar los encuentros sexuales, para la mayoría de las personas proporcionan el puente para el coito, aunque esto no siempre es así. La ventaja de estos contactos es que los adolescentes aprenden mucho sobre su cuerpo, sobre la respuesta sexual del otro y sobre todo el intercambio afectivo que implican las primeras interacciones físicas (Aguila, 1980).

Según los estudios de Kinsey, a los 15 años el 39% de las chicas y el 57% de los chicos han pasado ya por la experiencia del "Petting" y a los 18 años, el 80% en ambos sexos. Solamente el 21% de los chicos y el 15% de las chicas se acarician hasta el orgasmo antes de los 19 años. Tanto el "Necking" como el "Petting" deben contemplarse a la luz de los cambios de actitud que hoy se observan en la conducta sexual del adolescente, además de que practican un buen número de actividades

sexuales a más temprana edad que en generaciones anteriores (Chilman, 1979; Hass, 1979).

Sorenson (1973), constató que el 22% de los jóvenes de su muestra no había tenido experiencia sexual más allá de los besos, y que el 17% había experimentado el "Petting", aunque no había llegado al coito.

En un estudio generacional realizado por Vargas e Izazola (citado en Memorias del Congreso CONASIDA, 1993) señalaron que los adolescentes nacidos en los 40's iniciaron sus primeras caricias sensuales o eróticas sin penetración a los 16 años y los de la generación de los 70's a la edad de los 14 años.

Lo que nos lleva a suponer que en la actualidad las edades de inicio de primeras experiencias sexuales ha seguido disminuyendo.

La masturbación es una conducta frecuente en la vida. Los varones la han practicado por lo menos una vez en un 98%-99%, las mujeres en un 70%. El varón la practica a más temprana edad que la mujer (Katchadurian, 1979). Por medio de ésta se conocen los genitales y cómo responden. Es una conducta rodeada de mitos con grandes cargas emocionales pues no conduce a la reproducción, lo que la ha hecho reprobable. (Instituto Nacional de Salud Mental, 1992).

La conducta de la masturbación cumple en los adolescentes varias funciones como son: el alivio de la tensión sexual, un forma inocua de experimentación sexual, el incremento de la autoconfianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión (Sorenson, 1973; Clifford, 1978; Barbach, 1980; Kolodny, 1980).

Sorenson (1973) encontró que el 39% de las jóvenes adolescentes y el 58% de los muchachos de su muestra, antes de llegar a los 16 años ya se habían masturbado.

A pesar de que estas conductas sexuales (las caricias y la masturbación) son naturales y necesarias, la ansiedad y los sentimientos de culpa continúan causando estragos entre los adolescentes. Al respecto Sorenson (1973), Abranson, (1979) y Hass (1979), han encontrado que el 55% de las chicas y el 45% de los varones manifiestan sentir con frecuencia sentimientos negativos hacia su conducta sexual (citados en Papalia, 1988).

Aunque la sociedad reprime la satisfacción sexual en el adolescente, es en este periodo cuando se da la primera experiencia coital, la cual está proliferando entre las parejas de adolescentes en busca de amor,

compañía, afectividad: en ocasiones lo usan para reafirmar su identidad pues hay falta de seguridad. Esta conducta puede constituir un episodio, de dicha, goce, intimidad y satisfacción o, por el contrario originar inquietud, desengaño y culpa en el individuo. También puede tener como desventaja el aumento de hijos ilegítimos, abortos, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, y matrimonios forzados que en la mayoría terminan en divorcio.

Según los datos científicos, en los últimos 30 años ha ido disminuyendo la edad del primer coito, sobre todo en el caso de las jóvenes adolescentes. En 1953 Kinsey y cols. dieron cuenta de que solamente el 1% de las chicas de 13 años y el 3% de las de 15 años no eran vírgenes; y que a los 20 años el porcentaje se había elevado tan sólo al 20% (Papalia, 1988).

Dos décadas después, Sorenson (1973) verificó que casi la tercera parte de las chicas entre los 13 y los 15 años y el 57% entre los 16 y los 19 años de edad no eran vírgenes.

Zelnik y Kantner (1980) observaron que entre 1971 y 1979 el número de adolescentes solteras que habían tenido su primera experiencia coital se incrementó casi en un 33%.

Los datos relativos a la edad del primer coito del varón adolescente presenta menos diferencias, Kinsey y Cols. (1953), estimaron que el 15% de los muchachos de 13 años y el 39% de los de 15 años ya habían realizado el coito, y a la edad de los 20 años el porcentaje se elevaba al 73%.

Sorenson (1973) estimó que el 44% de los adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 15 años, y el 72% que tenían entre 16 y 19 años poseían experiencia coital.

Según Zelnik y Kantner (1980) el 56% de los varones solteros de 17 años ya había realizado el coito, y el porcentaje aumentaba al 78% al llegar a los 20.

En una encuesta realizada en México en hogares del Distrito Federal, se encontró que el 16% de las adolescentes entre 12 y 19 años de edad han tenido su debut sexual; el 45% de las adolescentes entre los 16 y 17 años de edad salían con un muchacho y el 23.06% de estos habían tenido relaciones sexuales (Pick de Weiss, Díaz-Loving, Andrade Palos y Atkin, 1988).

En un estudio realizado con estudiantes de la UNAM se encontró con respecto a la edad del debut sexual que un 75% del total de la muestra se inició entre los 10 y los 19 años, correspondiendo el mayor porcentaje al

grupo de edad de los 17 a los 19 años (43%). Los hombres se inician sexualmente a más temprana edad (de los 10 a los 16 años) y en edades superiores (20 a 29 años) la proporción por sexos se invierte, es decir, más mujeres se iniciaron en este grupo de edad con respecto a los hombres (Villagran, Cubas, Díaz-Loving y Camacho, 1990). Posteriormente en un estudio realizado en adolescentes de preparatoria oficial de la Ciudad de México se encontró que casi la mitad de los adolescentes ya han tenido relaciones sexuales, siendo en su mayoría ocasionales (Alfaro, Rivera y Díaz-Loving, 1992). Finalmente Izazola (1993) encontró en cuanto al inicio de la vida sexual activa en una muestra de adolescentes entre los 15 y los 22 años, que el 57% ya había iniciado su vida sexual; Soto (1993) detectó que del 45% había tenido relaciones sexuales y el 45% no. La edad promedio de la primera relación sexual fue de 17 años, con un rango entre los 10 y los 29 años (citado en Memorias del Congreso CONASIDA, 1993).

En cuanto a las primeras experiencias de sexo oral, se detectó que en los años 40's y 50's las edades fueron alrededor de 22 y 21 años, y que para las décadas de los 60's y 70's fue entre los 19 y los 17 años (citado en Memorias del Congreso CONASIDA, 1993).

Respecto a las relaciones sexuales con personas del mismo sexo, los estudios de Kinsey (1953) pusieron de manifiesto que muy frecuentemente los adolescentes varones habían tenido al menos una experiencia homosexual, en tanto que el porcentaje de experiencias lésbicas entre muchachas era inferior; Sorenson (1973) determinó que el 5% de los muchachos entre 13 y 15 años y el 17% entre los 16 y los 19 años tuvieron alguna experiencia homosexual, y que el 6% de las adolescentes tuvieron un mínimo contacto lésbico; Hass (1979) informó que el 11% de las chicas adolescentes y el 14% de los varones investigados habían tenido al menos una relación sexual con personas del mismo sexo, aunque puntualizó que probablemente el porcentaje era más elevado debido a que muchos de los encuestados no consideraban los "juegos" preadolescentes entre jóvenes del mismo sexo como actos propiamente homosexuales.

Con lo descrito en este apartado, se puede observar que los adolescentes iniciaron su vida sexual activa cada vez a más temprana edad, por lo tanto existe la necesidad de conocer cuál es su actitud ante el grave problema de los últimos años: el SIDA.

Debido a esto, en el siguiente capítulo se presentan antecedentes y conceptos generales sobre SIDA, la actitud del adolescente ante el SIDA,

asi como algunos informes estadisticos respecto a sujetos infectados que se encuentran en la edad adolescente.

## **II. SIDA Y ADOLESCENCIA**

### **2.1 CONCEPTOS GENERALES SOBRE SIDA.**

Actualmente a más de doce años de la primera descripción del padecimiento que hoy conocemos como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la enfermedad es ya una pandemia, su expansión continúa y se le considera como el principal problema de salud al que se enfrenta la humanidad en los albores del siglo XXI.

En un inicio el SIDA se consideró como una plaga que apareció repentinamente y mataba a miles de personas. Los médicos estaban desconcertados porque no existía vacuna ni curación, ya que la enfermedad se puede esconder en la células del cuerpo, por lo que la mayor parte de las personas que la tienen se ven perfectamente saludables y no muestran ningún síntoma al principio de la infección, así, lo transmiten a otras personas sin saberlo.

A medida que la tasa de mortalidad se incrementó, empezó el pánico en la gente, la que con el fin de protegerse proponía soluciones extremas, tales como tatuar a las personas infectadas o forzarlas a vivir confinadas en apartadas islas.

Los grandes hospitales empezaron a sufrir una escasez de personal y exceso de población infectada del VIH. Hubo casos de enfermos que fueron arrojados de sus casas y despedidos de sus trabajos, que además no tenían donde ir (Hein, 1991).

Ante este panorama parecía, que no había nada por hacer. Sin embargo, para controlar la propagación de la epidemia, el primer paso fue comprender qué era el SIDA, y cómo se relacionaba con la sexualidad. Para la gente resultaba difícil hablar de ello y preferían no indagar al respecto, sin embargo, fue determinante hablar del tema para saber qué tan cerca se estaba del contagio del VIH.

A principios de la década de los 80's apareció una misteriosa enfermedad, de la que diez años después ya se tenía una amplia información: el SIDA. Inicialmente se pensó que el SIDA se debía al efecto de ciertos estimulantes "poppers" utilizados comúnmente por los hombres, o a la acción de algún factor presente en el esperma (Cruz y Cols., 1991).

En 1981, en Estados Unidos se tuvo noticias de casos de hombres homosexuales jóvenes con Sarcoma de Kaposi, posteriormente se publicaron los primeros casos de neumonía por *Pneumocystis Carinii*,

también en hombres homosexuales, y a principios de 1982 se notificaron casos similares en drogadictos intravenosos, sugiriendo así que ambos grupos padecían la misma enfermedad. La característica común de todos estos casos era que tenían afectado, de manera muy importante, su sistema inmunológico (Secretaría de Salud /CONASIDA , 1991).

Entre 1982 y 1983 empezaron a aparecer otros afectados: hombres bisexuales, receptores de transfusiones sanguíneas, hemofílicos, heterosexuales, las parejas sexuales de pacientes infectados y algunos de sus hijos, haciéndose evidente que existían más grupos involucrados de los que se pensaba, y además, diversos mecanismos de contagio, y no únicamente la conducta sexual (Secretaría de Salud / CONASIDA, 1991).

Se empezaron a hacer investigaciones para tratar de descubrir que era lo que estaba ocasionando esta "rara" enfermedad.

En un principio el virus tuvo varios nombres lo cual provocó cierta confusión. En 1983, el Doctor Luc Montagnier lo llamó L.A.V. (virus asociado con la Linfadenopatía), en 1984 el Doctor Robert Gallo lo llamó HTLV III (virus Linfotrópico - T Humano tipo III). Fue tal la confusión, que en 1986 la Organización Mundial para la Salud reunió a un comité de taxónomos y propuso que en todo el mundo le llamaran de la misma

manera y el nombre que le dieron fue el de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia adquirida) (Cruz y Cols., 1991; Rico y Uribe, 1993).

Respecto a la palabra SIDA, (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) se puede definir de la siguiente manera: síndrome se refiere al conjunto de signos, síntomas o manifestaciones que aparecen en el organismo (RED, 1992).

El SIDA es en realidad un conjunto de síndromes, por ejemplo de insuficiencia respiratoria, de mala absorción intestinal y otros síndromes más; la inmunidad es la aptitud del organismo para reconocer y, eventualmente, destruir o eliminar las moléculas, células y tejidos que presenten una constitución diferente a la suya. La palabra adquirida denota que el sujeto no nace con la enfermedad sino que la obtiene posteriormente (Montagnier, 1989; Martínez y Zamora, 1992).

La mayor parte de las inmunodeficiencias son congénitas, es decir, se nace con ellas, pero la que produce el VIH se adquiere por la acción de éste, es por eso que se pone énfasis en la calidad de "adquirida" (Martínez y Zamora, 1992).

Hablando del VIH, éste pertenece a la familia de los retrovirus y se llama así porque sus miembros manejan la información genética al revés: es decir, la mayoría de las células de los seres vivos forman ácido ribonucleico (ARN), a partir de ácido desoxirribonucleico (ADN), durante mucho tiempo a estos se les llamó "el dogma central" de la biología molecular (Rico y Uribe, 1993).

Sin embargo, el descubrimiento de los retrovirus sacudió este dogma, ya que ellos tienen como material genético al ARN, y por medio de la enzima Transcriptasa Inversa son capaces de invertir la dirección del flujo informático, y a partir de ARN fabrican una copia de ADN (Martínez y Zamora, 1993).

De acuerdo con los informes de sujetos infectados, los primeros 17 casos de SIDA en México se diagnosticaron en 1983. Desde entonces, el crecimiento de casos de SIDA en el país se puede dividir en tres etapas:

- 1) de 1983 a 1986, hubo un crecimiento moderado en el reporte de casos;
- 2) de 1987 a 1989, se observó un crecimiento muy rápido con periodos de duplicación en el número de casos en unos cuantos meses, y esto describe un crecimiento de tipo exponencial; y
- 3) de 1989 a 1993 se observó un fenómeno epidemiológico de desaceleración descrito como "exponencial amortiguado" (CONASIDA, 1993).

Para la próxima década sólo se puede predecir que el impacto del SIDA será aún mayor; hoy en día la Organización Mundial de la Salud calcula que una persona adquiere la infección cada 15 segundos, lo que significa poco más de 5,000 nuevos infectados por día. De continuar esta progresión de la epidemia, para el año 2,000 habrá cerca de 40 millones de personas infectadas por el VIH a nivel mundial (CONAPO, 1994).

El interés por el SIDA ha estimulado enormemente la investigación científica en diversas áreas del conocimiento, y aunque los resultados de los estudios, distan de haber resuelto las numerosas incógnitas de este mal, se puede observar que durante la primera década de la epidemia se descubrió el agente causal; se describieron los mecanismos de transmisión y la epidemiología del padecimiento; se desarrollaron diversos medicamentos con actividad antiviral que retrasan la progresión de la enfermedad y mejoran la calidad de vida de los afectados; se descubrieron los esquemas profilácticos y de tratamiento para las infecciones oportunistas que aquejan a los infectados; y se han realizado gran número de estudios clínicos que nos ayudan a entender cada vez mejor este padecimiento; y se ofrecen nuevas esperanzas de una mejor calidad y tiempo de vida para los afectados (Secretaría de Salud / CONASIDA, 1991).

Sin embargo, la epidemia continúa avanzando con mayor fuerza. La razón fundamental que explica esta paradoja es el hecho que el SIDA, siendo esencialmente una enfermedad de transmisión sexual, requiere de cambios en la conducta sexual de las personas para impedir su contagio: otra razón es que la mayoría de las personas no se consideran en riesgo de contraer la infección.

El SIDA ha provocado, una respuesta social intensa, y ésta ha sido muy diversa desde el principio, pero en términos generales, ha ido evolucionando de una respuesta violenta y persecutoria (hacia los grupos que se consideraban, al inicio de la epidemia, como los únicos responsables) a una más comprensiva. Por desgracia, siguen existiendo grupos, organizaciones sociales e individuos que consideran que el SIDA es una enfermedad denigrante, producto de un comportamiento inmoral y, que por ende, los afectados merecen condiciones negativas (CONASIDA, 1993).

Esta actitud ha provocado violaciones a los derechos humanos de los afectados e incluso de sus familiares, siendo no sólo injustificada (puesto que no existe riesgo de transmisión por la convivencia cotidiana con ellos) sino preocupante desde el punto de vista de prevención y control; y mientras esta actitud persista, la información y las medidas preventivas

que se tiene al alcance difícilmente se tomarán efectivas, ya que se provoca que quienes piensan o saben que están infectados se alejen por miedo a ser "descubiertos" y rechazados socialmente.

Se ha dicho hasta la saciedad que, en ausencia de una vacuna la única forma de prevenir el SIDA es la educación. Este concepto ha creado, de tanto repetirse, la ilusión de que la sola información bastará para lograr que la gente modifique sus conductas. La experiencia, no parece apoyar esto de manera contundente, ya que en las encuestas realizadas en diversos grupos-poblaciones se ha encontrado que entre el alto nivel de conocimientos sobre la enfermedad y sus formas de transmisión y de prevención, no evita la falta de aplicación de esos conocimientos en las prácticas sexuales.

Del Río (1994) al respecto afirma que incluso cuando se cuente ya con dicha vacuna será indispensable seguir con programas permanentes de educación sobre SIDA, y ésta será una estrategia de prevención. Por tal motivo, más que esperar contar con una vacuna para iniciar la prevención hay que educar.

Difundir información sobre el SIDA es necesario, pero no suficiente, ya que se deben combatir los mitos, el miedo y la discriminación hacia los grupos contagiados. Se requiere de una presencia constante y repetida de

mensajes educativos claros y explícitos, por todos los medios de comunicación, con el objeto de que no se olvide la existencia del padecimiento y no se baje la guardia. Pero también, se requiere de otras estrategias más específicas y delimitadas a grupos de eficiencia como CONASIDA, AVE de México, Voz Humana y todos aquellos que trabajan en educación sobre SIDA, para que se pase del conocimiento a cambios concretos en la conducta.

Un grupo de particular importancia en la población general son los jóvenes; es imprescindible reforzar la autoestima y las actitudes de negación de los jóvenes y de las mujeres, y hacer ver a los muchachos y muchachas por igual que deben compartir responsabilidad de las relaciones sexuales y sus consecuencias.

Muchas personas piensan que la educación sexual fomenta la experimentación sexual precoz o la promiscuidad. En realidad, 19 investigaciones examinadas por el Programa Mundial sobre SIDA han demostrado que el hablar seriamente con los jóvenes sobre la sexualidad y los riesgos de transmisión del VIH no fomenta el inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas; más bien, conduce a posponer el inicio de la actividad sexual, a tener relaciones sexuales menos peligrosas o ambas (CONAPO, 1994).

Con base en lo anterior, en el siguiente apartado se consideró necesario conocer las actitudes hacia el SIDA, y precisamente por parte de los adolescentes debido a que éstos se autoperceben muy lejos del problema, a pesar de que su conducta sexual los sitúa como uno de los principales grupos en alto riesgo.

## 2.2 ACTITUDES DEL ADOLESCENTE HACIA EL SIDA.

En las primeras décadas de este siglo, la psicología comenzó a ser reconocida como una ciencia capaz de usar paradigmas y estrategias experimentales como apoyo a la metodología científica; podía justificar una serie de afirmaciones que hasta ese instante no pasaban de ser brillantes especulaciones respecto a la conducta. La psicología social aprovechó esa situación y, entonces, se desarrolló una fuerte corriente que empezó a hacer investigaciones de laboratorio utilizando sujetos humanos que respondían a cuestiones formuladas, la mayoría de las veces, de manera verbal; la cuantificación de estas respuestas verbales dio origen a escalas de actitud, consideradas como medición objetiva de una predicción subyacente en la acción (Salazar, 1988).

El término de actitud, como tal, no es propiedad de ninguna escuela corriente o tendencia dentro de la psicología y alude a fenómenos que hasta ahora mantienen interesados a muchos científicos sociales; es un término lo suficientemente amplio para ser aplicado a individuos y grupos, a patrones individuales y a patrones sociales o culturales.

Los esfuerzos para predecir comportamientos a través de la detección de actitudes tienen posibilidades de aplicación a problemas sociales reales, y

no resulta extraña la producción tan extensa en esta línea de investigación en psicología social (Ríos, 1991).

Las actitudes implican expectativas acerca de la propia conducta y de la conducta de los otros, se vincula con todos los aspectos de la vida social, por ende sus múltiples efectos son tan evidentes. Los gustos, los modales y la moral que caracteriza a las personas reflejan sus actitudes, así como sus valores sociales. La visión que un individuo tiene de su mundo y el modo en que actúa frente a él pueden ser entendidos, en gran medida si se observan las actitudes que conforman su campo psicológico. Las actitudes, al igual que los valores son adquiridas a través de la incorporación que el individuo hace de los modos y costumbres de una sociedad, y se pueden considerar, en el más amplio sentido de la palabra, como representaciones psicológicas de la influencia de la cultura sobre el individuo (Hollander, 1968). En general, son inseparables del contexto social que las produce, las mantiene y las suscita en circunstancias apropiadas. Sin embargo, conservan también el sabor de experiencias individuales únicas (Ríos, 1991).

Existe una variedad de definiciones, sobre actitud que pueden ser agrupadas de acuerdo al aspecto que resaltan, por ejemplo, algunas acentúan sólo el componente afectivo (Kench, 1962; Sherif, 1965;

Kemball, 1967; y Rodríguez, 1976); otras la tendencia a actuar (Germani, 1977); y algunas más toman en cuenta tres tipos de componentes: 1) afectivo, 2) conductual y 3) cognitivo (Rosnow y Robinson, 1967; Katz y Stollend, 1976).

Respecto al componente afectivo, es conocido como el elemento sentimental que se refiere a las reacciones emocionales ligadas al objeto de la actitud (Witting, 1990; Ríos, 1991).

Para Fishbein y Ravel, el componente afectivo se define como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social y es lo único que realmente caracteriza a las actitudes sociales (Rodríguez, 1985).

Referente al componente conductual, según Newcomb, Turner y Conerson (1965) las actitudes sociales crean un estado de predisposición a la acción que al combinarse con una situación propicia, éstas pueden ser consideradas como buenos elementos para la predicción de la conducta (Rodríguez, 1985).

Y respecto al componente cognitivo, Rodríguez (1985) dice que para que exista una actitud relacionada a un objeto es necesario que el sujeto tenga alguna representación cognoscitiva de dicho objeto; esto incluye las creencias de más componentes cognitivos que se tengan sobre el mismo

(el conocimiento, la manera de encararlo, las condiciones en que se presenta, etc.).

Summers (1976) explica que la actitud contempla los siguientes aspectos:

- a) Es persistente, pero no inmutable.
- b) Se refiere tanto a objetos concretos como abstractos (personas, grupos, instituciones, etc.) o a situaciones específicas.
- c) Conduce a una reacción o comportamiento preferencial ante un objeto o una situación. La respuesta puede ser positiva o negativa y estar determinada por componentes valorativos y afectivos. Una persona puede también valorar de una manera determinada la conservación o el abandono de una actitud.
- d) Tiene una cualidad direccional, es decir posee una característica motivacional y connota preferencias.

Diversas posturas teóricas en psicología aportan información, acerca de los elementos motivacionales individuales que propician la creación de una actitud.

Para Kelman las actitudes se conforman por un proceso de influencia social, que se puede ejercer por cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) La influencia que se acepta de otra persona o grupo con la finalidad de no ser rechazado.
- b) Por el proceso de identificación de conductas, actitudes, creencias y valores de personas importantes para el sujeto, que son asociadas favorablemente a las propias.
- c) La internalización del sujeto, que está presente al ser aceptada la influencia, que es congruente con el sistema de valores del sujeto (Rodríguez, 1985).

Para Smith, Bruner y White (1956), las actitudes se forman para atender las siguientes funciones:

- a) Evaluación del objeto.- o sea el establecimiento de reacciones frente al mismo.
- b) Ajuste social.- permite facilitar, concluir o conservar de manera armoniosa las relaciones sociales.
- c) Exteriorización.- permite manifestar de manera clara e indiscutiblemente la posición personal.

Rosenberg, (1965) afirma que existe una estrecha vinculación entre un objeto y el afecto que este inspira, de tal forma que cuando hay coherencia entre los componentes afectivo y cognoscitivo, las actitudes pueden formarse de manera estable y duradera (Rodríguez, 1985).

Finalmente Hovland y Kelley (1953), sostenían que si se propicia un refuerzo inmediato, después de emitida la conducta, tiende a consolidarse así como la actitud que la subyace (Rodríguez, 1985).

Si bien las actitudes ejercerán un papel directivo en el comportamiento, un cambio de actitud que redunde en un cambio de comportamiento tendría mayores posibilidades de duración.

Pensar en las actitudes como predisposiciones aprendidas sugiere que todas las técnicas y principios conocidos para aumentar o disminuir distintos tipos de aprendizaje deberían aplicarse también para modificar actitudes, y lo que se debe tener presente es que éstas son aprendidas y por tanto es necesario investigar cómo se aprenden (Rodríguez, 1985).

Gross y Niman (1975) proponen la posibilidad de intentar una clasificación de los factores que explicarían la inconsistencia entre actitudes y conductas en términos de factores personales y situacionales. Estos autores al respecto señalan que los factores personales constituyen aquellas características que a veces aparecen descritas como diferencias individuales, entre ellas se pueden mencionar:

a) La presencia de otras actitudes; b) Las habilidades verbales, intelectuales y/o sociales; y c) El nivel de actividad o participación en la vida social.

En resumen, los factores individuales desempeñan un gran papel en la predicción de la conducta a través de la detección de las actitudes.

Los factores situacionales se refieren a las contingencias ambientales y/o sociales que aumentan o disminuyen las probabilidades de ocurrencia de una respuesta, éstos son:

a) Presencia actual o prescrita de ciertas personas, es decir, cuando de alguna persona inhibe o estimule comportamientos que son inconsistentes con las actitudes del individuo. b) Prescripciones normativas acerca del comportamiento, c) Posibilidad de comportamientos alternativos, d) Especificidad del objeto de actitud, y e) Presencia de eventos inesperados que eviten la conducta.

Los fenómenos psicosociales que influyen en la actitud hacia el SIDA pertenecen a aquellos que difícilmente son accesibles al cambio, ya que la conceptualización y significación social de los actos de la sexualidad humana poco han variado; por lo que la resolución de la problemática psicosocial del SIDA es un proceso lento, consistente y a largo plazo; ya que comprende además de un cambio en cuanto a patrones de

comportamiento sexual, los valores sociales y culturales asociados a éste, así como las actitudes y creencias consecuentes (Ríos, 1991; Rossi, 1993).

Estos factores asociados al SIDA han dificultado en gran medida, la aceptación y por ende la participación más activa en el terreno de la prevención por parte de diversos grupos sociales, principalmente del grupo de adolescentes.

Alfaro, Rivera, y Díaz-Loving (1990) en un estudio realizado con adolescentes encontraron que no se ven así mismos en riesgo de adquirir la infección por VIH, por lo cual no realizan consistentemente prácticas preventivas e incluso recurren a prácticas sexuales de alto riesgo de transmisión y esto es confirmado por estudios realizados por Fishbein (1990); Villagrán-Vázquez y Díaz Loving (1992); (citado en Memorias del Congreso CONASIDA, 1993).

Las actitudes se mantienen para ayudar a manejar lo que se llama "conflictos interiores", más que como respuestas a características de un objeto social hacia donde estaría dirigida la actitud (Adorno, 1965).

Con base en lo anterior, se puede afirmar que el SIDA tiene dos grandes correlatos que lo estigmatizan: la sexualidad y la muerte. Para fines del presente estudio se abarcará el primer correlato: la sexualidad.

Aún ahora, la vía de contagio más factible es la conducta sexual y para evaluar las actitudes hacia la sexualidad y el SIDA, se eligen categorías teóricas las cuales hacen referencia a los fenómenos propios a la concepción y ejercicio de la sexualidad.

A raíz de la expansión del virus de la inmunodeficiencia adquirida se ha solicitado un cambio a la colectividad, un cambio de patrones de comportamiento sexual pero no han tomado en cuenta los valores sociales y culturales asociados a éste, así como las actitudes y creencias consecuentes (Ríos, 1991).

Estos factores han dificultado en gran medida, la aceptación y, por ende la participación más activa en el terreno de la prevención por parte de diversos grupos sociales, principalmente del grupo de adolescentes.

Con base en lo anterior se presentan algunas estadísticas que muestran la posición de los adolescentes dentro de la población infectada en general, así como la vía de transmisión más frecuente.

## 2.3 INFORMES DE SIDA EN ADOLESCENTES.

Hablar de estadísticas, es correr el riesgo de no ser actuales al día siguiente. Los casos de SIDA en el mundo y en México se multiplican de manera alarmante. Lo importante de retomarlos es que sirven de claro señalamiento del aumento de la seroprevalencia y, por ende, indican la necesidad de ejecutar acciones respecto a su prevención (Ríos, 1991).

Así, se tiene que los patrones de transmisión del VIH difieren de un país a otro, por esto es importante señalar que en Estados Unidos en 1981, no se conocía ningún caso de SIDA en personas comprendidas en el grupo de edad de 13-21 años.

Siete años después, a finales de 1988, se habían reportado más de 800 casos.

El consumo de drogas intravenosas es la fuente principal de contagio en los adolescentes en Estados Unidos. Así mismo, las relaciones sexuales no protegidas son la forma de transmisión más común en el caso de mujeres adolescentes, por ejemplo 29 de cada 100 mujeres adultas con SIDA se infectaron por relaciones sexuales, a diferencia de las adolescentes donde la relación es de 50 por 100 (Licea, 1993).

Los casos de adolescentes y adultos menores de 25 años con SIDA, acumulados entre octubre de 1989 y septiembre de 1991 son:

EDAD	13-19 AÑOS	DE 20-24 AÑOS
NO. DE CASOS	751	7.820
USUARIOS DE		
DROGAS INTRAVENOSAS	-	17%
HEMOFILICOS	30%	-
RELACIONES HOMOS.	25%	55%
RELAC. HETEROSEXUALES	14%	10.%

Como se observa, conforme avanza la edad, aumenta la proporción de contagio por vía sexual, en relación con otras formas de transmisión de VIH (Licea, 1993).

En México, oficialmente se considera el año de 1981 como el año de inicio de la epidemia (Secretaría de Salud /CONASIDA, 1991).

Actualmente ocupa el onceavo lugar en el mundo y el tercero en América, en cuanto a casos reportados de SIDA (EPI - CONASIDA, 1993).

En México, la notificación no es tan precisa por edades, ni se reporta a los adolescentes en un grupo separado. Esto, probablemente se debe a que los servicios de salud mexicanos no contemplan la atención médica específica para adolescentes hasta los 16 años, los casos de especialidades

son atendidos en el servicio de pediatría. En el caso del IMSS, a esta edad se les deja de prestar servicios médicos, a menos que continúen estudiando en planteles oficiales o que trabajen.

En cuanto a otras Instituciones del Sector Salud, la población juvenil tampoco es objeto directo de atención, lo que los deja en el desamparo total (Licea, 1993).

En 1988 se habían registrado 1,141 casos de SIDA, para julio de 1990 se tenían notificados 4,589 casos, en marzo de 1993 se reportaron 12 mil 900. Hasta mayo de 1995 se registraron 22,055 casos con SIDA en México, de los cuales se presenta el siguiente cuadro:

EDAD	MENORES DE 15 AÑOS	15-24 AÑOS
N. DE CASOS	643	2,315
VIA PERINATAL	59.1%	-
HEMOFILICOS	15.4%	-
TRANSF.SANG.	23.8%	-
RELAC.HOMOS.	-	61.1%
RELAC.BISEX.	-	38.4%
RELAC.HETER.	-	32.9%

Como se puede observar en el grupo de menores de 15 años predomina la transmisión sanguínea, mientras que en el grupo de 15 a 24 años la vía común de infección es la sexual siendo una diferencia notoria entre los casos del grupo menores de 15 años y los mayores de 15 (Licea, 1993).

Al respecto Alfaro, Rivera y Díaz-Loving (1990) en una muestra de adolescentes entre 18 y 20 años, estudiantes de preparatoria en la Ciudad de México detectaron que éstos no se ven así mismos en riesgo de adquirir la infección por VIH, razón por la cual no realizan consistentemente prácticas preventivas e incluso incurren en prácticas sexuales de alto riesgo de transmisión; Flores y Díaz (1992) encontraron datos semejantes en una población de estudiantes con edad promedio de 21 años.

En base a los datos anteriormente presentados se puede observar que la población de infectados por VIH va en aumento y los adolescentes no quedan al margen de este fenómeno. En México no se reportan datos precisos, por lo que es necesario ampliar los campos de investigación en este tema.

### **III. METODOLOGIA**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL.**

Conocer las diferencias en los patrones sexuales y la actitud hacia el SIDA, de hombres y mujeres adolescentes en un grupo de estudiantes de bachillerato.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

1. Conocer la actitud hacia el SIDA en el grupo de adolescentes del estudio.
2. Describir los patrones sexuales que presenten los adolescentes estudiantes de la muestra.
3. Comparar las actitudes hacia el SIDA del grupo de estudio con base en sus patrones sexuales.

#### **3.3 PROBLEMA DE INVESTIGACION.**

¿ Son diferentes las actitudes hacia el SIDA que tiene un grupo de adolescentes estudiantes de bachillerato de acuerdo a sus patrones sexuales?

### **3.4 HIPOTESIS**

#### **1. Hipótesis alterna.**

Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el SIDA de acuerdo a los patrones sexuales en adolescentes estudiantes de Preparatoria y del Colegio de Bachilleres.

#### **2. Hipótesis nula.**

No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el SIDA de acuerdo a los patrones sexuales en adolescentes estudiantes de Preparatoria y del Colegio de Bachilleres.

### **3.5 VARIABLES.**

#### **DEFINICION DE VARIABLE DEPENDIENTE.**

##### **Actitud hacia el SIDA.**

La actitud es una tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, que responde de modo persistente y característico, a favor o en contra de una situación, idea, valor, objeto o

clases de objetos: o a una persona o grupo de personas (Kemball y Young, 1967).

Katz (1960) refiere que las actitudes han sido tratadas en relación a un componente afectivo que se ocupa de simpatía - antipatía; y un componente de acción, que incluye la disposición a responder.

De acuerdo a las definiciones anteriores y para fines del presente estudio, esta variable se evaluó con el acuerdo o desacuerdo que los sujetos declararon respecto a aspectos sobre SIDA del cuestionario de Alfaro (1992).

#### **Variable de Clasificación.**

##### **Conducta sexual.**

Se refiere a la expresión de la sexualidad entre los individuos, independientemente de su género (masculino o femenino); tiene una gran variedad de formas, desde aspectos de socialización y comunicación, hasta aspectos que implican contacto físico (CONASIDA, 1991).

Para fines del presente estudio, conducta sexual serán los patrones que el adolescente reproduzca sexualmente, por ejemplo: cuantas parejas sexuales tiene, el género de su pareja sexual, a qué edad tuvo su primera relación sexual, si utiliza o no métodos anticonceptivos, etc. Esto es, la

respuesta que den a las preguntas de la subescala de conducta sexual de Díaz Loving (1992).

## **DEFINICION DE VARIABLE ATRIBUTIVA.**

### **ADOLESCENCIA.**

Es la edad que sigue a la niñez, desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. Se manifiesta por un rápido desarrollo físico y mental. En la mujer suele iniciarse a los 12 años y en el hombre a los 14 años, se extiende hasta los 25 años; estos límites varían según los climas, las razas, los medios sociales y la cultura, quienes pueden determinar adaptaciones precoces o retardo en la vida adulta (Diccionario Enciclopédico, 1979).

Existen muchas definiciones que intentan enunciar los elementos y características de la adolescencia; considerando los elementos biológicos, psicológicos y sociales, se puede definir como: una situación donde se realizan nuevas adaptaciones que distingue la conducta infantil dependiente del comportamiento adulto autónomo; donde comienzan los primeros cambios fisiológicos de la pubertad (Piaget, 1969; Hamburg, 1974; P. Blos; 1983; Strommet, 1986; Almaraz y Bouilla, 1991).

En la presente investigación, se consideraron adolescentes a los sujetos entre los 15 y los 20 años de edad.

### **Tipo de Estudio.**

Se realizó un estudio *expost-facto*, ya que es una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hace inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitantes de las variables Independientes y Dependientes.

### **3.6 METODO.**

#### **Sujetos.**

Se trabajó con una muestra de 200 adolescentes estudiantes de nivel bachillerato de escuelas públicas: de Preparatoria N. 8 "Miguel E. Schulz de la Universidad Nacional Autónoma de México y del Colegio de Bachilleres N. 7 "Plantel del Valle" de la ciudad de México; 50% (N=100) hombres y 50% (N=100) mujeres, con una media de edad de 17.2 .

#### **Instrumento.**

A continuación se describen los instrumentos utilizados en el presente estudio:

El cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) adaptado en México por Díaz-Loving y Cols. (1991) que mide patrones de conducta sexual, actitudes, conocimientos y creencias sobre el SIDA. Es un cuestionario autoadministrable que consta de 113 reactivos que conforman ocho secciones; sin embargo, sólo se utilizaron los 8 reactivos que miden patrones sexuales. Se aplicó el instrumento realizado por Alfaro Martínez (1991) que mide conocimientos y actitud hacia la sexualidad y SIDA, utilizándose únicamente la escala original de actitud

hacia el SIDA (60 reactivos). Estos reactivos se pilotearon en 2 ocasiones con 120 adolescentes (60 en cada una), habiendo discriminado finalmente 19 reactivos de estos dos piloteos.

El procedimiento utilizado para la eliminación de los reactivos que no discriminaron fue el siguiente: 1.-) se obtuvieron las frecuencias del primer piloteo, y se quitaron los reactivos cuyos porcentajes de respuesta en alguna opción excediera del 70% , 2.-) se repitió este procedimiento en el segundo piloteo. Y finalmente con los 19 reactivos que discriminaron en la última ocasión se realizó la validación del instrumento a través de la aplicación a 200 adolescentes.

Con los datos obtenidos en esta aplicación, se realizó un análisis Factorial obteniéndose 2 dimensiones de la actitud hacia el SIDA, después de esto se obtuvo la consistencia interna de la escala total (alfa : 5735), así como de los dos factores que resultaron (ver tabla II).

De esta manera el cuestionario quedó constituido de la siguiente forma:

**Datos Generales:** conformado por 3 reactivos para mantener el control de la muestra seleccionada (sexo, edad, grado escolar ), y 3 relacionados con aspectos sociodemográficos (estado civil, hijos, trabajo).

**Patrones de Conducta Sexual:** fueron 8 reactivos los cuales incluían la pregunta de haber tenido relaciones sexuales, edad de la primera relación sexual; con quién se llevó a cabo (novio/a, amigo/a, conocido/a, esposo/a, pariente u otro); tipo de relaciones (homosexuales, bisexuales y heterosexuales); número de parejas sexuales en los últimos 12 meses; número total de parejas sexuales en la vida, utilización de método anticonceptivo, y utilización de métodos para prevención de enfermedades sexualmente transmisibles.

**Actitud hacia el SIDA.** Esta sección constó de una escala tipo Likert de 19 reactivos cuyas respuestas iban en un continuo de totalmente de acuerdo (TA), acuerdo (A), indeciso (I), desacuerdo (D) a totalmente en desacuerdo (TD).

Finalmente el cuestionario para la presente investigación (anexo I) se conformó de 34 preguntas, datos generales (6), acerca de patrones de conducta sexual (8) y la actitud hacia el SIDA (19).

### **Procedimiento.**

Se solicitó la autorización de las autoridades correspondientes a la Preparatoria N. 8 "Miguel E. Schulz" y al Colegio de Bachilleres N.7 para aplicar el instrumento a los 200 alumnos de la muestra .

El tiempo aproximado para contestar el cuestionario fue entre 20 y 25 minutos, la aplicación fue grupal.

### **Análisis de Resultados.**

Se realizó un análisis de frecuencias para observar las características de la muestra, así como la distribución de las respuestas de los sujetos.

Se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) para conocer las diferencias entre las actitudes hacia el SIDA de acuerdo a las dos dimensiones que se obtuvieron del análisis factorial y los patrones de conducta sexual que reportaron los adolescentes de la muestra, tomándose el .05 como nivel de significancia. Sin embargo, además de que los valores Alfa de las dimensiones fueron muy bajos, no hubo diferencias significativas en ninguno de los patrones de conducta sexual, por esta razón se decidió presentar las diferencias de acuerdo a los patrones sexuales por cada uno de los reactivos de la prueba de actitud hacia el SIDA, a través de la prueba de U de Mann Whitney.

#### IV. RESULTADOS

De acuerdo al análisis de frecuencias que se aplicó a los datos del presente trabajo, la distribución de la muestra fue la siguiente: el 50% (100) hombres y el 50% (100) mujeres, la media de edad fue de 17.2.

Tabla de los que han y no han tenido relaciones sexuales

Sí han tenido	No han tenido
49% (98)	51% (102)

De acuerdo al grupo que ha tenido relaciones sexuales, los patrones de conducta sexual se distribuyeron de la siguiente manera:

Porcentajes de Patrones de Conducta Sexual en general y de acuerdo al género.

Tabla I.-Los que han tenido relaciones sexuales de acuerdo al género.

Hombres	Mujeres
48%	51%
(47)	(50)

Tablas II.-Edad de la primera relación sexual

En general:

De 12 a 16	De 17 o más
58.3% (57)	35.7% (35)

Por género:

Edad	Hombres	Mujeres
De 12 a 16	41.30% (38)	20.65% (21)
De 17 o más	6.52% (9)	31.52% (29)

Tablas III.- Con quién tuvo la primera relación sexual.

En general:

Novio (a)	Amigo (a)
69.40% (88)	30.80% (30)

Por género:

	Hombres	Mujeres
Novio	28.57% (28)	40.81% (41)
Amigo	21.42% (19)	9.18% (9)

Tablas IV.-Cuántas parejas sexuales has tenido en total.

En general:

1	2 o más
54.10% (53)	44.90% (44)

Por género:

N. de parejas	Hombres	Mujeres
1	21.64% (20)	32.98% (32)
2 o más	27.83% (27)	17.52% (18)

Tablas V.-Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos 12 meses.

En general:

1	2 o más
67.30% (66)	32.70% (24)

Por género:

N. de parejas	Hombres	Mujeres
1	31.39% (27)	45.34% (39)
2 o más	13.95% (18)	9.30% (11)

Tablas VI.-Has utilizado un método para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual.

En general:

Sí	No
73.50% (72)	20.40% (20)

Por género:

	Hombres	Mujeres
Sí	40.21% (38)	33.29% (35)
No	9.78% (9)	16.30% (15)

Tablas VII.-Has utilizado algún método anticonceptivo.

En general:

Sí	No
79.60% (78)	20.40% (20)

Por género:

	Hombres	Mujeres
Sí	38.77% (38)	40.81% (41)
No	11.22% (9)	9.18% (9)

De acuerdo a la distribución de los porcentajes en cada patrón de conducta sexual, sólo se tomaron en cuenta aquellos donde su distribución conformara grupos comparativos, estos fueron: 1) edad de la primera relación sexual; 2) con quién tuvo la primera relación sexual; 3) cuántas parejas sexuales en total han tenido; 4) si han usado método para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual.

Se realizó un análisis factorial ( con el Instrumento de Alfaro, 1991 ) con rotación varimax, con los (19) reactivos de actitud hacia el SIDA que se agruparon en 8 factores; se eligieron sólo los reactivos con una correlación mayor a .40, quedando únicamente, de esta manera, 2 dimensiones, y 6 factores restantes que podrían ser indicadores ya que se conformaron con 1 o 2 reactivos cada uno.

Los índices de correlación entre las 2 dimensiones que se conformaron fueron los siguientes:

Tabla VIII.- Correlación entre los 2 factores que se conformaron: apoyo a parejas y amigos; temor de contagio.

Dimensiones	
	Temor de contagio
Apoyo a parejas y amigos	.0581

La dimensión apoyo a parejas y amigos, se refiere al apoyo que los jóvenes brindarían a la/s parejas y amigos que estuvieran infectados por el VIH o SIDA; la dimensión de temor de contagio, se refiere al temor que tienen los jóvenes de contraer el SIDA o contagiarse del VIH a través de las relaciones sexuales.

Con base en el análisis de confiabilidad a través del alfa de Cronbach aplicado a la prueba de actitud hacia el SIDA, se presentan en la siguiente tabla los valores alfa tanto de cada una de las dimensiones como de la escala total:

Tabla IX.- Valores Alfa

Dimensiones	Reactivos	Alfa
Apoyo a parejas y amigos	4	.5035
Temor de contagio	3	.5343
Escala total	19	.5735

Para conocer las diferencias entre la actitud hacia el SIDA de acuerdo a los patrones de conducta sexual, se aplicó un análisis de varianza (ANOVA); cabe aclarar, que la conformación de los grupos de patrones

sexuales se hizo a partir de los porcentajes de la distribución de la muestra que sí han tenido relaciones sexuales (N=98).

Sin embargo, como no se encontraron diferencias significativas con la escala de actitud hacia el SIDA, por ningún patrón de conducta sexual, se decidió analizar las diferencias de acuerdo a cada uno de los (19) reactivos del Instrumento de actitud hacia el SIDA, y esto se hizo a través de la prueba de U de Mann Whitney. Los resultados se presentan en las siguientes tablas.

Como ya se mencionó, sólo se presentan las diferencias de la actitud hacia el SIDA de acuerdo a los patrones de conducta sexual que conformaron (a través de sus porcentajes ) grupos comparativos.

Tabla X.- Diferencias de la actitud hacia el SIDA de acuerdo al género de los que han tenido relaciones sexuales.

ACTITUD HACIA EL SIDA	Han tenido Relaciones sexuales		Z	P
	Hombres	Mujeres		
Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	52.75	46.38	-1.1386	0.2549
La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH.	49.88	49.33	-0.0642	0.9488
Si un amigo mío lo mantendría en secreto.	46.57	53.23	-1.1866	0.2354
Tengo miedo de contraer el SIDA.	53.74	46.48	-1.3575	0.1746
Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales.	50.17	47.9	-0.4147	0.6783
Soy una persona que no está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	49.03	49.95	-0.1643	0.8695

Si un amigo mio tuviera SIDA le brindaria apoyo	49.15	49.84	-0.1488	0.8817
No tengo temor de contraer el SIDA.	47.49	50.38	-0.5265	0.5985
Si un familiar mio tuviera SIDA lo apoyaria.	47.34	51.57	-0.9391	0.3477
Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin temor al contagio del SIDA.	53.46	46.75	-1.1870	0.2349
Si yo tuviera la oportunidad me realizaria la prueba de detección del VIH.	44.88	54.82	-1.2746	0.0609
Si supiera que mi novio/a está infectado por el VIH lo apoyaria.	49.82	50.17	-0.0666	0.9467
Evitaria tener amigos que esluvieran infectados del SIDA por miedo a contraer la enfermedad.	49.05	50.89	-0.3374	0.7358
Si mi pareja sexual estuviera contagiada por el VIH la apoyaria sin temor a contraer la enfermedad.	48.22	50.68	-0.4445	0.6567
Si mi novio/a estuviera infectado/a con el VIH, tendria relaciones sexuales con el/ella, con las precauciones necesarias.	45	53.82	-1.5956	0.1106
La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del VIH.	47.21	50.78	-0.6448	0.519
Los jóvenes pueden disfrutar las relaciones sin tener al contagio del SIDA.	54.77	42.23	-2.2627	0.0237
Si me enterara que un amigo mio tuviera SIDA lo rechazaría .	47.71	49.29	-0.3151	0.7527
Me interesa buscar información sobre el SIDA.	48.21	49.78	-0.3307	0.7409

Como se puede observar sólo se encontraron significativas en la Actitud hacia el SIDA de acuerdo al género de los que han tenido relaciones sexuales en el reactivo "Los jóvenes pueden disfrutar las relaciones sin tener al contagio del SIDA".

Tabla XI.- Diferencias de la actitud hacia el SIDA de acuerdo a la edad de la primera relación sexual.

ACTITUD HACIA EL SIDA	Edad de la 1ra. relación sexual		Z	P
	12 A 16	17 O MAS		
Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	46.62	47.6	-0.1746	0.8614
La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH.	43.61	52.38	-1.6159	0.1061
Si un amigo mio tuviera SIDA lo mantendría en secreto.	44.95	51.43	-1.1615	0.2454
Tengo miedo de contraer el SIDA.	46.75	48.65	-0.3536	0.7236
Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales.	46.31	43.68	-0.846	0.3975
Soy una persona que no está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	47.6	45.74	-0.3694	0.7119
Si un amigo mio tuviera SIDA le brindaría apoyo.	46.04	48.54	-0.5506	0.5819
<b>No tengo temor de contraer el SIDA.</b>	<b>40.88</b>	<b>54.85</b>	<b>-2.5881</b>	<b>0.0097</b>
Si un familiar mio tuviera SIDA lo apoyaría.	46.22	48.24	-0.4587	0.6464
Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin temor al contagio del SIDA.	47.52	47.47	-0.0079	0.9937
Si yo tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH.	46.06	49.72	-0.694	0.4867
Si supiera que mi novio/a está infectado por el VIH lo apoyaría.	46.65	48.61	-0.4234	0.672
Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo a contraer la enfermedad.	47.56	47.41	-0.0287	0.9771
Si mi pareja sexual estuviera contagiada por el VIH la apoyaría sin temor a contraer la enfermedad.	40.64	57.07	-2.9763	0.0029
Si mi novio/a estuviera infectado/a con el VIH, tendría relaciones sexuales con ella/el, con las precauciones necesarias.	45.28	49.72	-0.8032	0.4218
La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del VIH.	44.32	51.24	-1.2466	0.2125
Los jóvenes pueden disfrutar las relaciones sin temor al contagio del SIDA.	49.57	41.72	-1.4117	0.158
Si me enterara que un amigo mio tuviera SIDA				

lo rechazaría	45.45	48.21	-0.5512	0.5815
Me interesa buscar información sobre el SIDA	44.71	50.63	-1.2388	0.2154

Como se puede observar, sólo se encontraron diferencias significativas en la actitud hacia el SIDA de acuerdo a la edad de la primera relación sexual en los reactivos “no tengo temor de contraer el SIDA” y “si mi pareja sexual estuviera contagiada por el VIH la apoyaría sin temor a contraer la enfermedad”.

Tabla XII.- Diferencias de la actitud hacia el SIDA de acuerdo a con quién se tuvo la primera relación sexual.

ACTITUD HACIA EL SIDA	Con quién tuvo la 1ra. Rel. Sex		Z	P
	Amigo/a	Novio/a		
Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	51.57	46.7	-0.811	0.4174
La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH.	49.79	50.45	-0.112	0.9108
Si un amigo mio tuviera SIDA lo mantendría en secreto.	55.16	40.61	-2.4081	0.016
Tengo miedo de contraer el SIDA.	50.13	51.28	-0.1993	0.842
Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales.	51.79	44.76	-1.1937	0.2328
Soy una persona que no está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	50.58	48.76	-0.2999	0.7642
Si un amigo mio tuviera SIDA le brindaría apoyo.	49.2	51.67	-0.4945	0.6209
No tengo temor de contraer el SIDA.	49.67	49.16	-0.0875	0.9303
Si un familiar mio tuviera SIDA lo apoyaría.	49.57	50.91	-0.278	0.781
Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin temor al contagio del SIDA.	49.88	51.81	-0.3172	0.7511
Si yo tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH.	51.28	48.84	-0.427	0.6894

Si supiera que mi novia/a está infectado por el VIH lo apoyaría	51.13	49.17	-0.3534	0.7238
Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo a contraer la enfermedad.	54.45	42.11	-2.099	0.0358
Si mi pareja sexual estuviera contagiada por el VIH la apoyaría sin temor a contraer la enfermedad.	48.86	52.5	-0.8085	0.5429
Si mi novia/a estuviera infectado/a con el VIH, tendría relaciones sexuales con ella/el, con las precauciones necesarias.	52.43	44.92	-1.2623	0.2069
La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del VIH	49.1	50.37	-0.2141	0.8305
Los jóvenes pueden disfrutar las relaciones sin temor al contagio del SIDA.	48.55	49.97	-0.2382	0.8117
Si me enterara que un amigo mio tuviera SIDA lo rechazaría.	48.84	49.35	-0.093	0.9259
Me interesa buscar información sobre el SIDA	51.39	45.42	-1.1692	0.2423

Como se puede observar sólo se encontraron diferencias significativas en la actitud hacia el SIDA de acuerdo a con quién se tuvo la primera relación sexual en el reactivo "Si un amigo mio tuviera SIDA lo mantendría en secreto".

Tabla XIII.- Diferencias de la actitud hacia el SIDA de acuerdo al número total de parejas sexuales.

ACTITUD HACIA EL SIDA	Parejas Sexuales en total		Z	P
	1 pareja	2 parejas o más		
Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	51.75	46.74	-0.8923	0.3723
La mayoría de los jóvenes sexualmente	50.83	47.83	-0.5457	0.5853

activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH				
Si un amigo mio tuviera SIDA lo mantendría en secreto.	45.45	55.69	-1.8999	0.0674
Tengo miedo de contraer el SIDA	48.72	49.35	-0.1130	0.9094
Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales.	55.03	42.72	-2.191	0.0286
Soy una persona que no está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	47.05	52.51	-1.1789	0.2384
Si un amigo mio tuviera SIDA le brindaría apoyo	48.89	49.14	-0.0457	0.9636
No tengo temor de contraer el SIDA.	49.18	49.9	-0.1616	0.8714
Si un familiar mio tuviera SIDA lo apoyaría.	45.67	55.41	-1.7128	0.0868
Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin temor al contagio del SIDA.	49.27	55.41	-1.7128	0.0668
Si yo tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH.	49.27	50.91	-0.3079	0.7581
Si supiera que mi novio/a está infectado por el VIH lo apoyaría.	49.56	50.55	-0.191	0.8486
Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo a contraer la enfermedad	51.51	48.11	-0.6186	0.5362
Si mi pareja sexual estuviera contagiada por el VIH la apoyaría sin temor a contraer la enfermedad.	51.96	46.48	-0.9885	0.3239
Si mi novio/a estuviera infectado/a con el VIH, tendría relaciones sexuales con ella/el, con las precauciones necesarias.	52.96	45.07	-1.4171	0.1564
La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del VIH.	53.83	42.93	-1.9883	0.049
Los jóvenes pueden disfrutar las relaciones sin tener al contagio del SIDA.	45.45	52.26	-1.2212	0.222
Si me enterara que un amigo mio tuviera SIDA lo rechazaría .	50.61	45.79	-0.9596	0.3372
Me interesa buscar información sobre el SIDA.	49.05	48.94	-0.0219	98.25

Como se puede observar sólo se encontraron diferencias significativas en la actitud hacia el SIDA de acuerdo al número total de parejas sexuales en

los reactivos "Si un amigo mio tuviera SIDA lo mantendria en secreto", "Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales" y "La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizaron la prueba de detección del VIH".

En base a los datos de las tablas anteriormente presentadas se puede observar que no existieron diferencias significativas en todos los reactivos de la escala de actitud hacia el SIDA de acuerdo a los patrones de conducta sexual. Sin embargo, las diferencias significativas reflejaron lo siguiente:

En relación a los patrones de conducta sexual, las diferencias en la actitud hacia el SIDA fueron significativas de acuerdo al género y a "disfrutar las relaciones sexuales sin temor de contagio", son las mujeres las que temen no disfrutar las relaciones sexuales por temor al contagio del VIH; los que tuvieron su primera relación sexual a más temprana edad ( de 12 a 16 años) son los que no temen contraer el VIH y sí apoyarían si su pareja estuviera contagiada; respecto a con quién tuvieron la primera relación sexual con los reactivos "sí un amigo mio tuviera SIDA lo mantendría en secreto", es decir los que tuvieron su primera relación con el amigo sí mantendría en secreto a un amigo con SIDA; y finalmente respecto al número de parejas sexuales y los reactivos "mantener en secreto a un amigo con SIDA", "temor de contagiarse en las relaciones sexuales" y "si

los jóvenes sexualmente activos se realizarían la prueba de detección del VIH", los resultados reflejaron que los que tienen dos o más parejas sexuales tienen temor de contagio, que los jóvenes si se realizan la prueba de detección del VIH y no mantendrían en secreto a un amigo con SIDA.

Así mismo no se encontraron diferencias significativas entre la actitud hacia el SIDA de los adolescentes de acuerdo a los que han y no han tenido relaciones sexuales, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla XIV.--Actitud hacia el SIDA de los adolescentes que han y no han tenido relaciones sexuales.

ACTITUD HACIA EL SIDA	han tenido relaciones sax.	no han tenido relaciones sax.	F	SIGNIFICANCIA
1.-Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	3.13	3.61	2.702	.097
2.-La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH.	3.84	3.94	.433	.511
3.-Si un amigo mio tuviera SIDA lo mantendría en secreto.	3.48	3.55	.113	.737
4.-Tengo miedo de contraer el SIDA.	4.05	3.55	.154	.695
5.-Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales.	3.75	3.87	.469	.494
6.-Soy una persona que no está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	3.47	3.50	.030	.863
7.-Si un amigo mio tuviera SIDA le brindaría apoyo .	4.45	4.66	2.595	.109
8.-No tengo temor de contraer el SIDA.	3.82	3.61	1.158	.283
9.-Si un familiar mio tuviera SIDA lo apoyaría.	4.55	4.75	2.961	.087
10.-Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin temor al contagio del SIDA.	3.00	2.76	1.352	.246
11.-Si yo tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH.	4.18	4.04	.745	.389
12.-Si supiera que mi novia/a está infectada por el VIH lo apoyaría.	4.39	4.28	.604	.438
13.-Evitaría tener amigos que estuvieran infecta-	4.04	3.93	.470	.494

dis del SIDA por miedo a contraer la enfermedad				
14.-Si mi pareja sexual estuviera contagiada por el VIH la apoyaría sin temor a contraer la enfermedad	3.76	3.55	1.440	232
15.-Si mi novia/a estuviera infectado/a con el VIH, tendría relaciones sexuales con ella/él, con las precauciones necesarias.	2.46	2.36	.245	621
16.-La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del VIH.	3.52	3.47	.119	.730
17.-Los jóvenes pueden disfrutar las relaciones sin temor al contagio del SIDA	2.65	2.43	1.272	261
18.-Si me enterara que un amigo mio tuviera SIDA lo rechazaría	4.21	4.48	3.287	.071
19.-Me interesa buscar información sobre el SIDA	4.45	4.60	1.438	.232

A continuación se presentan los porcentajes de respuesta a cada reactivo de la escala de actitud hacia el SIDA de acuerdo al género:

Tabla XV.- Porcentajes de tipo de respuesta en la actitud hacia el SIDA en hombres (N=100).

ACTITUD HACIA EL SIDA	TIPO DE RESPUESTA				TOTALMENTE EN DESACUERDO
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	
1.-Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	25.0% (25)	7.0% (7)	10.0% (10)	22.0% (22)	36.0% (36)
2.-La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH.	8.0% (8)	5.8% (5)	14.8% (14)	42.0% (42)	33.0% (33)
3.-Si un amigo mio tuviera SIDA lo mantendría en secreto.	17.0% (17)	9.0% (9)	22.8% (22)	18.0% (16)	36.0% (36)
4.-Tengo miedo de contraer el SIDA.	9.8% (9)	7.0% (7)	6.0% (6)	23.0% (23)	66.0% (66)
5.-Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales.	10.1% (10)	10.1% (10)	10.1% (10)	29.3% (29)	40.4% (40)
6.-Soy una persona que no está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	21.0% (21)	6.0% (6)	17.0% (17)	22.0% (22)	34.8% (34)
7.-Si un amigo mio tuviera SIDA le brindaría apoyo.	4.0% (4)	1.0% (1)	5.0% (5)	19.0% (19)	71.0% (71)
8.-No tengo temor de contraer el SIDA.	9.2% (9)	12.2% (12)	16.3% (18)	20.4% (20)	41.8% (41)
9.-Si un familiar mio tuviera SIDA lo apoyaría.	4.0% (4)	1.8% (1)	2.0% (2)	18.0% (18)	76.0% (76)
10.-Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin temor al contagio del	18.0% (18)	23.0% (23)	17.0% (17)	17.0% (17)	25.0% (25)

SIDA.					
11.-Si yo tuviera la oportunidad me realizaria la prueba de deteccion del VIH.	8.0% (8)	8.0% (8)	14.0% (14)	28.0% (28)	42.0% (42)
12.-Si supiera que mi novio/a está infectado por el VIH lo apoyaria.	8.0% (8)	1.0% (1)	16.0% (16)	21.0% (21)	57.0% (57)
13.-Evitaria tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo a contraer la enfermedad.	7.0% (7)	7.0% (7)	22.0% (22)	25.0% (25)	39.0% (39)
14.-Si mi pareja sexual estuviera contagiada por el VIH la apoyaria sin temor a contraer la enfermedad.	12.1% (12)	11.1% (11)	21.2% (21)	23.2% (23)	33.3% (33)
15.-Si mi novio/a estuviera infectado/a con el VIH, tendria relaciones sexuales con ella/él, con las precauciones necesarias.	44.0% (44)	14.0% (14)	23.0% (23)	7.0% (7)	12.0% (12)
16.-Le mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de deteccion del VIH.	11.0% (11)	14.0% (14)	19.0% (19)	40.0% (40)	16.0% (16)
17.-Los jóvenes pueden disfrutar las relaciones sin temor al contagio del SIDA.	25.0% (25)	24.0% (24)	18.0% (18)	17.0% (17)	16.0% (16)
18.-Si me enterara que un amigo mio tuviera SIDA lo rechazaria	4.0% (4)	1.0% (1)	12.0% (12)	26.0% (26)	57.0% (57)
19.-Me interesa buscar información sobre el SIDA.	6.0% (6)	2.0% (2)	3.0% (3)	22.0% (22)	32.0% (32)

Respecto a los porcentajes más altos de respuesta en la actitud hacia el SIDA, que se presentan en la tabla anterior, los hombres manifestaron que no tienen miedo de contraer el VIH, que no rechazarían y que le brindarían apoyo a un familiar, amigo(a) o novia que tuviera SIDA.

Tabla XVI.- Porcentajes de tipo de respuesta de la actitud hacia el SIDA en mujeres (N=100).

ACTITUD HACIA EL SIDA	TIPO DE RESPUESTA				
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1.-Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	24.2% (24)	11.1% (11)	9.1% (9)	23.2% (23)	32.3% (32)
2.-La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba	3.0% (3)	4.0% (4)	23.2% (23)	42.4% (42)	27.3% (27)

do de detección del VIH.					
3.-Si un amigo mio tuviera SIDA lo mantendria en secreto.	4.0% (4)	21.0% (21)	20.0% (20)	24.0% (24)	31.0% (31)
4.-Tengo miedo de contraer el SIDA.	7.1% (7)	10.1% (10)	10.1% (10)	28.3% (26)	46.5% (46)
5.-Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales.	4.0% (4)	12.1% (12)	13.1% (13)	36.4% (36)	34.3% (34)
6.-Soy una persona que no está en riesgo de contraer el virus del SIDA.	14.1% (14)	13.1% (13)	11.1% (11)	28.3% (28)	33.3% (33)
7.-Si un amigo mio tuviera SIDA le brindaria apoyo.	4.0% (4)	1.0% (1)	3.0% (3)	14.1% (14)	77.8% (77)
8.-No tengo temor de contraer el SIDA.	9.0% (9)	13.0% (13)	16.0% (16)	26.0% (26)	36.0% (36)
9.-Si un familiar mio tuviera SIDA lo apoyaria.	1.0% (1)	2.0% (2)	1.8% (1)	16.2% (16)	79.8% (79)
10.-Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin temor al contagio del SIDA.	25.3% (25)	24.2% (24)	17.2% (17)	21.2% (21)	12.1% (12)
11.-Si yo tuviera la oportunidad me realizaria la prueba de detección del VIH.	3.0% (3)	8.1% (8)	1.0% (1)	37.4% (37)	61.5% (61)
12.-Si supiera que mi novio/a está infectado por el VIH lo apoyaria.	1.0% (1)	1.0% (1)	8.1% (8)	34.3% (34)	86.6% (65)
13.-Evitaria tener amigos que estuvieron infectados del SIDA por miedo a contraer la enfermedad.	2.0% (2)	8.0% (6)	13.0% (13)	32.0% (32)	47.0% (47)
14.-Si mi pareja sexual estuviera contagiada por el VIH la apoyaria sin temor a contraer la enfermedad.	4.0% (4)	5.0% (5)	29.0% (29)	32.0% (32)	30.0% (30)
15.-Si mi novio/a estuviera infectado/a con el VIH, tendria relaciones sexuales con ella/el, con las precauciones necesarias.	30.3% (30)	21.2% (21)	28.3% (26)	9.1% (9)	13.1% (13)
16.-La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del VIH.	2.0% (2)	18.2% (10)	30.6% (30)	35.7% (35)	21.4% (21)
17.-Los jóvenes pueden disfrutar las relaciones sin temor al contagio del SIDA.	37.1% (37)	24.7% (24)	16.5% (16)	14.4% (14)	7.2% (7)
18.-Si me enterara que un amigo mio tuviera SIDA lo rechazaría.	4.1% (4)	8.2% (8)	4.1% (4)	22.7% (22)	62.9% (62)
19.-Me interesa buscar información sobre el SIDA.	1.0% (1)	2.0% (2)	2.0% (2)	26.8% (26)	71.4% (71)

De acuerdo con la tabla anterior, se observó que las mujeres también le brindarían apoyo y no rechazarían a un familiar, amigo(a) o novio que tuviera SIDA, y a diferencia de los hombres, ellas están interesadas en buscar información sobre el SIDA y realizarse la prueba del VIH.

## V. DISCUSION.

El objetivo de la presente investigación fue conocer en un grupo de adolescentes la actitud hacia el SIDA de acuerdo a ciertos patrones sexuales tales como: han tenido relaciones sexuales de acuerdo al género, edad de la primera relación sexual, con quién se tuvo la primera relación sexual, número total de parejas sexuales.

Respecto a este objetivo, los resultados obtenidos reflejaron que la actitud hacia el SIDA no fue significativamente diferente de acuerdo a estos patrones sexuales ni al género, a excepción de 6 reactivos cuyas diferencias fueron significativas, pero en diferente patrón de conducta sexual. Esto es, de acuerdo al número de parejas las diferencias se observaron en: el temor de contagio de SIDA cuando se tienen relaciones sexuales, que los jóvenes sexualmente activos se hacen la prueba del VIH y que mantendrían en secreto a un amigo que tuviera SIDA; conforme a la edad de la primera relación sexual, las diferencias se presentaron en: el temor de contraer el SIDA y el apoyo a la pareja contagiada; de acuerdo al género la diferencia significativa se observó en el reactivo respecto a disfrutar de las relaciones sexuales sin temor del contagio del VIH; y conforme al patrón sexual de con quién tuvieron la primera relación

sexual, la diferencia se presentó en que mantendrían en secreto a un amigo con SIDA.

De acuerdo a estos resultados se observó que los que tienen una actitud más positiva hacia el SIDA fueron los que presentaron los siguientes patrones sexuales: los adolescentes que tuvieron su primera relación sexual después de los 17 años; los que tuvieron con el novio(a) su primera relación sexual; y los que tenían sólo una pareja sexual.

En relación a los porcentajes más altos en la actitud hacia el SIDA en los hombres (N=100) de la muestra manifestaron que no tienen miedo de contraer el VIH, que no rechazarían y que le brindarían apoyo a un familiar, amigo(a) o novia que tuviera SIDA. Y en mujeres (N=100) se observó que también le brindarían apoyo y no rechazarían a un familiar, amigo(a) o novio que tuviera SIDA, y a diferencia de los hombres, ellas están interesadas en buscar información sobre el SIDA y realizarse la prueba del VIH.

Estos datos refuerzan lo que señalaron Newcomb, Tumer y Conerson (1965) referente a que las actitudes sociales crean un estado de predisposición a la acción que al combinarse con una situación propicia

pueden ser consideradas como buenos elementos para la predicción de la conducta.

Sin embargo, estos resultados se contraponen a lo que afirman Gross y Niman (1975) quienes proponen que hay una inconsistencia entre actitud y conducta, y que las características personales y los aspectos sociales desempeñan un papel importante en la predicción de la conducta a través de las actitudes.

Lo anterior se podría explicar debido a que a pesar de que ciertos patrones coinciden con la actitud favorable a un objeto, en este caso el SIDA, de acuerdo a los patrones de conducta sexual, es necesario contemplar las actitudes como una variable multifactorial, es decir, que se relacionan con otras variables como los conocimientos y las creencias sobre sexualidad y SIDA, la actitud hacia la sexualidad, y la percepción de riesgo de contagio, entre otras posibles variables, como lo han demostrado estudios previos (Struning, 1987; Alfaro, 1991; Díaz-Loving, 1992 y Villagrán, 1992 ).

Lo cual se podría reforzar con el estudio que hicieron Alfaro, Rivera y Díaz-Loving (1992) quienes realizaron un estudio con estudiantes de preparatoria encontrando que a mayor conocimiento de sexualidad que

tengan los adolescentes, existe un mayor conocimiento sobre SIDA y una actitud más favorable para la libertad en las relaciones sexuales, anticonceptivas y embarazo, mostrando así actitudes más responsables hacia la sexualidad.

Así mismo, Licea (1993) señala que es importante tomar en cuenta además de las variables mencionadas; las características psicológicas propias del adolescente, entre las que se pueden mencionar: la búsqueda de la propia identidad, intento de afirmar la identidad sexual, la autoestima, el interés por lo prohibido, la rebelión contra la sociedad, la necesidad de sentirse adulto y no percibirse como sujeto de riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y especialmente el SIDA.

Con base en lo anterior, se podría concluir que para estudiar la actitud hacia el SIDA de acuerdo a los patrones sexuales en los adolescentes se deben contemplar una serie de variables de personalidad, de relaciones familiares, de acceso a la información respecto a la sexualidad y el SIDA, etc. ya que son elementos que están interviniendo tanto en la formación de la actitud hacia el SIDA como al moldeamiento de los patrones sexuales; que no se puede hablar de una relación entre 2 variables unidireccionalmente debido a que la conducta no se puede reducir a sólo una consecuencia causal, ya que ésta es el resultado del proceso de

socialización en el adolescente, entendiéndose este proceso como el conjunto de interacciones con la familia, la escuela, los medios de comunicación y la herencia que estos agentes transmiten: las creencias, los valores, los roles, las actitudes.

Para finalizar se podría concluir que la actitud hacia el SIDA de acuerdo a ciertos patrones sexuales en adolescentes no fue significativamente diferente en los 19 reactivos que midieron esto debido a que no se tomaron en cuenta las características familiares, escolaridad de los padres, ocupación, presencia o ausencia de alguno de los progenitores, número de hermanos, lugar que ocupa entre éstos, etc., para que de esta manera se pudiera hablar de un grupo homogéneo, además es importante considerar otras variables (conocimientos, creencias, valores, etc.) y no solo las que están en función a los patrones sexuales de los muchachos.

Conforme a lo anterior, cabe agregar que el haber aceptado la hipótesis nula: No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el SIDA de acuerdo a los patrones sexuales en adolescentes estudiantes de Preparatoria y del Colegio de Bachilleres, refuerza las definiciones sobre adolescencia que se expusieron en el presente estudio, donde se afirma que el adolescente es el reflejo de la cultura donde se desarrolla; que el concepto de adolescencia no puede ser una descripción

aislada sin tomar en cuenta tanto los agentes socializadores como los valores, actitudes y creencias que estos le transmiten y de esta forma lo moldean; que esta etapa no sólo es un conjunto de características y cambios físicos y biológicos que se pueden explicar tan fácilmente, ya que a pesar de que estos cambios se den en los jóvenes entre los 15 y los 19 años, la forma en que responden a tales cambios depende del grupo cultural en el que se desarrolle el adolescente ( Piaget, 1969; Hamburg, 1974; Aguila, 1980; CONAPO, 1982; Blos, 1983; Strotmen, Mackinney y Fitzgerald, 1986; Almaraz y Bonilla, 1991; CONAPO, 1994).

## VI. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

### 6.1 -Sugerencias.

A través de los resultados de esta investigación se desprenden las siguientes sugerencias:

- Es necesario que en futuras investigaciones se consideren otras variables, tales como conocimientos, creencias y actitudes hacia la sexualidad, las cuales coadyuvan a determinar factores que favorezcan la modificación de actitudes hacia el SIDA, en primer lugar, para posteriormente lograr un cambio de conductas sexuales de alto riesgo que presentan los adolescentes a fin de impedir la propagación del contagio del VIH.

-Es conveniente aumentar el número de reactivos de la escala de actitud hacia el SIDA, así como incluir otros factores como riesgo de infección ante diferentes conductas sexuales y mitos sobre la transmisión del VIH.

-En lo que respecta a la muestra es conveniente que este tipo de investigaciones se haga extensiva a diversos grupos de adolescentes de diferente nivel económico, educativo y social.

## 6.2 -Limitaciones.

A través de la realización del presente trabajo, se encontraron las siguientes limitaciones:

- El tamaño de la muestra no se consideró representativo (N=200); tampoco el número de las escuelas de nivel bachillerato del D. F. donde se aplicó el instrumento.
- La falta de conocimientos generales sobre sexualidad, SIDA y conductas de sexo seguro de los adolescentes.

## BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1977). Adolescencia Normal, Buenos Aires: Paidós.
- Adorno, T. W. y Frenkel-Bruswik, E (1965). La personalidad autoritaria, Buenos Aires: Proyeccion.
- Aguila T. (1980). Adolescencia y sexualidad, México: Instituto Nacional de Salud Mental.
- Alfaro M. (1991) Sexualidad y SIDA en el adolescente, México: Tesis de Licenciatura, UNAM
- Alfaro M.; Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (1992) Actitudes y Conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de Preparatoria, La Psicología Social en México, Asociación Mexicana de Psicología Social, p. 95-101.
- Alfaro M.; Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (1991). Actitud y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes. Revista Internacional de Psicología y Educación, 4 (2), p. 151-165.
- Almaraz, L. B. y Bonilla, M. S. (1991). Programa de la sexualidad dirigido a padres de familia que tengan hijos adolescentes. México: Tesis de Licenciatura U.N.A.M.

- Asch Solomon. (1952). Psicología Social, Buenos Aires: EUDEBA.
- Bronfman, M. (1991). Investigación social sobre el SIDA: un bello y comprometido modo de andar la vida, Gaceta CONASIDA, IV (1).
- Burt, J. y Meeks. (1976). Educación Sexual, México: Interamericana.
- Calzada, J. (1989). Diez minutos que puede cambiar tu vida, AVE de México.
- Camacho, V. (1992). Relación entre el concepto de familia y el grado de tradicionalismo en adolescentes, México: Tesis de Licenciatura U.N.A.M.
- Colegio de México (1992). Mujer y SIDA, México: Colegio de México.
- CONAPO (1982). La educación de la Sexualidad Humana, Sociedad y Sexualidad V.1, México: CONAPO.
- CONAPO (1982). La educación de la Sexualidad Humana, Individuo y Sexualidad V. 3, México: CONAPO.
- CONAPO (1994). Antología de la Sexualidad Humana, México: Miguel Ángel Porrúa.
- CONASIDA (1993). Guía de orientación para informadores VIH/SIDA, México: CONASIDA.
- CONASIDA. (1993). Tiempo para actuar, Día Mundial del SIDA.
- CONSIDA (1992). Manual de encuestas sobre conocimientos actitudes, creencias y prácticas (GACP) sobre SIDA y E.T.S., México: CONASIDA.

- Cruz, P., Martínez, L. y Pelayo, N. (1991).** Actitud sexual ante el SIDA, México: Tesis de Licenciatura U.N.A.M.
- Díaz-Guerrero, R. (1984).** Psicología del Mexicano, México: Trillas.
- Díaz-Loving, R. y Cols. (1992).** Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios, Investigaciones e innovaciones docentes en psicología, p. 83-92.
- Fisher, J. and Misovichs, S. (1990).** Evolution of college student's AIDS-Related behavior al responses, attitudes, knowledge and fear, AIDS Education and Prevention, 2 (4), p. 322-337.
- Flores, G. y Díaz-Loving, R. (1992).** Hacia un modelo explicativo del uso del condón en estudiantes universitarios, La Psicología Social en México, V. 3, p. 89-94.
- GACETA-CONASIDA (1991).** Adolescencia y SIDA, IV (2).
- Gordon, G. y Charnock, D. (1991).** Negociando un sexo más seguro, Gaceta CONASIDA, IV (2), p. 6-8.
- Grinder, R. (1982).** Adolescencia, México: LIMUSA.
- Gross, S. J. y Niman, C. M. (1975).** Attitude-Behavior Consistency a Review, Public Opinion Quarterly, (39), p. 358-368.
- Hass, A. (1979)** Teenage Sexuality: A survey of teenage sexual behavior, New York: Macmillan

- Hein, K.** (1991). SIDA, Verdades en lugar de Miedo, México: PROMEXA.
- Hollander, E.** (1968). Principios y métodos de la Psicología Social, Buenos Aires: Amorrortu.
- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE).** Boletín Mensual de SIDA/ETS, julio y agosto 1992.
- Katchadourian, H.** (1979). Las bases de la sexualidad humana, México: Compañía Editorial Continental, S. A.
- Licea, J.** (1993). Adolescentes, sexo y SIDA, Suplemento Nacional, Mayo (32).
- Liguori, A.** (1991). A diez años del SIDA, una visión desde el feminismo, Gaceta CONASIDA, IV (1).
- Mann, J.** (1991). El SIDA en el mundo, revolución, paradigma y solidaridad, Gaceta CONASIDA, IV (1).
- Martínez y Zamora, R.** (1992). ¿Qué es el SIDA?, Amigos contra el SIDA, I (2).
- Masters, W. y Johnson, V. y Kolodny** (1978). La sexualidad humana, Barcelona España:Grijalbo.
- Mckinney, J. P.** (1982). Psicología del desarrollo, edad adolescente, México: Manual Moderno.

- Mickler, S. (1993). Perceptions of vulnerability: impact on AIDS-Preventive behavior among college adolescents, AIDS Education and Prevention, 5 (1), p.43-53.
- Osterrieth, P, (1969). Algunos aspectos psicologicos de la adolescencia: desarrollo del adolescente. Buenos Aires: Hormé.
- Papalia, D. (1988). Desarrollo Humano, México: Mc.Grw-Hill/Interamericana de México.
- Piaget, J. (1969). El desarrollo intelectual del adolescente. Buenos Aires: Hormé.
- Piaget, J. y Inhelder, B. (1969) The psychology of the child. New York: Basic Books.
- Pick de Weiss S., Díaz-Loving R., Andrade Palos P. (1988). Características Psicosociales de las adolescentes de 16-17 años que han y no han tenido su debut sexual. La Psicología Social en México, V. 2, p. 322-327.
- Pick de Weiss, S. Díaz-Loving, R. Andrade Palos, P. y Atkin, (1988) Reporte final de la investigación: "Adolescentes en la ciudad de México: Estudio psicosocial de las prácticas anticonceptivas y embarazo no deseado". Reporte presentado a la Organización Panamericana de la Salud y al Fondo para actividades en Materia de Población de Naciones Unidas, Washington, D. C.

- Powell, M. (1981). La psicología de la adolescencia, México: Fondo de Cultura Económica.
- RED (1992). Guía para docentes y promotores de salud SIDA. 1er. Manual de Prevención, Argentina: Colihue.
- Reevy, W. A. (1961). Adolescent sexuality, Nueva York: The encyclopedia of sexual behavior.
- Rico, B. y Uribe, P. (1993). ¿Qué onda con el SIDA?, México: A.D.N. Editores.
- Ríos López, M. (1991). Elementos psicosociales en las actitudes hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Tesis de Maestría en Psicología Social U.N.A.M.
- Rocheblave, S. (1987). El adolescente y su mundo, Barcelona España: Herder.
- Rodríguez, A. (1976). Psicología Social, México: Trillas.
- Rokeach, M. (1976). Actitudes, Enciclopedia Internacional de las ciencias sociales, Aguilar Bilbao.
- Rosnow R. L. y Robinson, E. J. (1967) Experiments in Persuasion. New York Academic Press.
- Rossi, H. (1993). Prácticas sexuales en población con factores de riesgo por H.I.V., Tesis de Doctorado en Psicología Clínica U.N.A.M.
- Salazar, J. (1988). Psicología Social, México: Trillas.

- Schmeling Villaseñor, G. (1982). La sexualidad y el adolescente, Tesis de Licenciatura U.N.A.M.
- Secretaria de Salud / CONASIDA. (1991). Situación del SIDA en México, México.
- Sepulveda, J. L., et. al. (1989). SIDA y sociedad, México: F.C.E.
- Sherif, M. y Sherif, C. (1975). Psicología Social, México: Harper y Row Latinoamericana.
- Sherif, M. y Sherif, C. (1970). El adolescente en su grupo y en su ambiente, México: Trillas.
- Sorenson, R. (1973) Adolescent sexuality in contemporary America, New York: World.
- Soto, C. (1993). Los significados del condón en el adolescente, Memorias del Congreso Nacional sobre SIDA, México: CONASIDA.
- Strommen, Mckinney y Fitzgerald. (1986). Psicología del desarrollo: Edad escolar. México: Manual Moderno.
- Strunin, L. (1987) SIDA y Adolescentes: conocimientos, creencias, actitudes y conductas. Pediatrics 23(5), 311-314.
- Summers Gene, F. (1976). Medición de las actitudes, México: Trillas.
- Ubillos, S. y Páez, D. (1992). Patrones sexuales y prevención del SIDA: variaciones en el seguimiento de las normas para un sexo más seguro entre los adolescentes heterosexuales, Pub. of SEISIDA , 3(6).

- Valdespino, J. L., et. al. (1987).** Boletín mensual de SIDA, Centro Nacional de Información sobre SIDA.
- Villagrán, V. y Díaz-Loving (1992)** Hacia un modelo explicativo del uso del condón en estudiantes universitarios. La Psicología Social en México. Asociación Mexicana de Psicología Social, p. 89-94.
- Villagrán, V., 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. Asociación Mexicana de Psicología Social, p. 305-309.
- Zelnik, M. y Kantner, J. (1980)** Survey of female adolescent sexual behavior. Conducted for commission of population, Washington D.C.

**ANEXO**

### INSTRUCCIONES:

Marca con una x la opción que corresponda a tu respuesta, o en su caso escribe lo que se te pide. En una pregunta se especifica que por tu respuesta tienes que saltarte a otra si esto no sucede por favor responde a todas las preguntas.

Las respuestas son absolutamente confidenciales y con fines estadísticos. Por lo que de ante mano te agradecemos tu cooperación en este estudio.

Si tienes dudas pregunta al aplicador.

### DATOS GENERALES

1.- Sexo ( ) Masculino ( ) Femenino

2.- Edad \_\_\_\_\_

3.- Grado ( ) Cuarto ( ) Quinto ( ) Sexto

4.- ¿ Actualmente eres?

- a) Soltero/a sin pareja
- b) Soltero/a con pareja
- c) Casado/a
- d) Otro

5.- ¿Tienes hijos?

- a) Si
- b) No

6.- ¿ Actualmente trabajas?

- a) Si
- b) No

7.- ¿Has tenido relaciones sexuales?

- a) Si
- b) No ( Si contestas "NO" pasa a la pregunta 26)

8.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

\_\_\_\_\_

9.- ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

- a) Novio/a
- b) Amigo/a
- c) Conocido/a
- d) Esposo/a
- e) Pariente
- f) Otro

10.- ¿Has tenido relaciones sexuales?

- a) Sólo con mujeres
- b) La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres.
- c) Tanto con hombres como con mujeres.
- d) La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres.
- e) Sólo con hombres

11 - ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?

\_\_\_\_\_

12 - ¿Cuántos años tiene tu pareja sexual regular?

\_\_\_\_\_

13 - ¿Has tenido relaciones sexuales con otras persona/s además de tu pareja sexual regular o esposo/a?

- a) Si
- b) No

14 - En total cuántas parejas sexuales has tenido?

\_\_\_\_\_

15 - ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?

a) Si                      ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) No                      ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16 - ¿Has llegado a tener orgasmos en tus relaciones sexuales sin necesidad de penetración?

- a) Si
- b) No

17 - ¿Te has masturbado mutuamente con tu pareja?

- a) Si
- b) No

18 - ¿Utilizas alguna protección contra las enfermedades de transmisión sexual?

a) Si                      ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) No                      ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19 - ¿Realizas con tu pareja juegos eróticos previos a la penetración?

- a) Si
- b) No

20 - ¿El juego oral forma parte de tus relaciones sexuales?

- a) Si
- b) No

21 - ¿Utilizas alguna/s barrera/s que impide el contacto directo de boca con genitales?

a) Si                      ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) No ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22.- ¿Revisas antes de la penetración que el condón esté bien colocado?

a) Sí ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) No

23.- ¿Cuando tomas bebidas alcohólicas tienes relaciones sexuales?

a) Sí

b) No

24.- ¿Conoces algunas formas de evitar o proteger del contagio de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA?

a) Sí ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) No

25.- ¿Has escuchado hablar del sexo seguro?

a) Sí ¿En que consiste? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) No

Para finalizar encontrarás una serie de afirmaciones acerca del SIDA; lee cuidadosamente cada afirmación y marca con una (X) sólo una de las opciones.

TOTALMENTE DE ACUERDO (TA)

ACUERDO (A)

INDECISO (I)

DESACUERDO (D)

TOTALMENTE EN DESACUERDO (TD)

26.- Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

27.- La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del V.I.H.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

28.- Si un amigo mío tuviera SIDA lo mantendría en secreto.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

29.- Tengo miedo de contraer el SIDA.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

30.- Los jóvenes temen contagiarse del SIDA cuando tienen relaciones sexuales.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

31.- Soy una persona que no está en riesgo de contraer el virus del SIDA.

( ) TA ( ) A ( ) I ( ) D ( ) TD

- 32.- Si un amigo mio tuviera SIDA le brindaria apoyo.  
 TA       A       I       D       TD
- 33.- No tengo temor de contraer el SIDA.  
 TA       A       I       D       TD
- 34.- Si un familiar mio tuviera SIDA lo apoyaria.  
 TA       A       I       D       TD
- 35.- Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin temor al contagio del SIDA.  
 TA       A       I       D       TD
- 36.- Si yo tuviera la oportunidad me realizaria la prueba de detección del V.I.H.  
 TA       A       I       D       TD
- 37.- Si supiera que mi novio/a está infectado por el V.I.H. lo apoyaria.  
 TA       A       I       D       TD
- 38.- Evitaria tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo a contraer la enfermedad.  
 TA       A       I       D       TD
- 39.- Si mi pareja sexual estuviera contagiada con el V.I.H. la apoyaria sin temor de contraer la enfermedad.  
 TA       A       I       D       TD
- 40.- Si mi novio/a estuviera infectado/a con el V.I.H., tendria relaciones sexuales con ella/él, con las precauciones necesarias.  
 TA       A       I       D       TD
- 41.- La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del V.I.H.  
 TA       A       I       D       TD
- 42.- Los jóvenes pueden disfrutar las relaciones sin tener al contagio del SIDA.  
 TA       A       I       D       TD
- 43.- Si me enterara que un amigo mio tuviera SIDA lo rechazaria.  
 TA       A       I       D       TD
- 44.- La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizar la prueba de detección del V.I.H.  
 TA       A       I       D       TD
- 45.- Me interesa buscar información sobre el SIDA.  
 TA       A       I       D       TD