

96
2 es.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



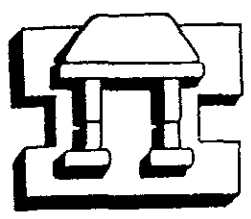
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

"PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTOS
SEXUALES ANTE LA TRANSMISION DEL
VIH/SIDA EN ADOLESCENTES"

T E S I S

QUE PARA OBTENER LA
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA DE JESUS GONZALEZ PEREZ

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. GABINA VILLAGRAN VAZQUEZ.
SINODALES: MTRA. MARISELA ROCIO SORIA TRUJANO,
MTRO. JAIME MONTALVO REYNA,
MTRA. LAURA EVELIA TORRES VELAZQUEZ,
LIC. MARGARITA CHAVEZ BECERRA.



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO.

1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26 7513



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A mis padres:

**Elvira y a la memoria de mi padre Federico
por su amor, atención y por ser mi ejemplo**

A mi hija:

Monserath por ser un gran motivo en mi vida...¡ te quiero!

A mis hermanos por su apoyo en todo momento

A ti...porque tu bondad y amor acompañan mi existencia.

AGRADECIMIENTOS

A la Mtra. Gabina Villagrán Vázquez por su asesoría, tiempo y dirección en la realización de este trabajo.

A la Mtra. Lilia Bertha Alfaro Martínez por su paciencia, comprensión e incondicional ayuda durante la elaboración de este trabajo, así como por su amistad.

A los miembros del comité de tesis:

Mtra. Marisela Rocio Soria Trujano y Mtro Jaime Montalvo Reyna por las observaciones y sugerencias aportadas. También a las profesoras Laura Evelia Torres Velazquez y Margarita Chávez Becerra.

A mis amigos y compañeros del proyecto: Ivonne Guerra Lobera, Karina Torres Maldonado y Carlos Soto Chávez por su participación en la investigación.

A las profesoras de la E.N.P. No. 8 Carolina Sarmiento Silva y Lourdes Cortés Salcedo por su colaboración.

A la Escuela Nacional Preparatoria y a los alumnos de esta institución que participaron en la investigación.

A la UNAM.

ÍNDICE

Resumen.	1
Introducción.	2
Capítulo 1. SIDA: Etiología y Epidemiología.	4
1.1. Etiología del VIH/SIDA.	4
1.2. Epidemiología del VIH/SIDA.	6
Capítulo 2. Factores Sociodemográficos de Riesgo.	8
Capítulo 3. Adolescencia y Conducta Sexual ante el SIDA.	12
3.1. Adolescencia.	12
3.2. Comportamientos Sexuales en la Adolescencia y su relación con la Transmisión del VIH/SIDA.	15
Capítulo 4. Factores Psicosociales relacionados con la Transmisión del VIH/SIDA, uso de Condón y Sexo seguro.	20
Capítulo 5. Personalidad: Locus de Control y Autoconcepto en relación con el VIH/SIDA.	26
5.1. Teorías Psicodinámicas.	29
5.2. Teorías Conductuales.	31
5.3. Teorías Humanistas.	32
5.4. Teoría del Ecosistema Humano de la Personalidad.	32
5.5 Locus de Control y Autoconcepto en relación con el VIH/SIDA.	35
Capítulo 6. Método.	44
6.1. Variables.	44
6.2. Definición de Variables.	44
6.3. Diseño.	46
6.4. Tipo de Estudio.	47
6.5. Escenario.	47
6.6. Tipo de Muestreo.	47
6.7. Muestra.	47
6.8. Instrumentos.	47
6.9. Procedimiento.	48
Capítulo 7. Resultados.	49
7.1. Descripción de la Muestra.	49
7.2. Análisis Psicométricos de las Escalas de Locus de Control y Autoconcepto.	57
7.3. Correlaciones intra y entre las escalas de Locus de Control y Autoconcepto.	64
7.4. Análisis de Clasificación Múltiple para la población total.	68
7.5. Análisis de Clasificación Múltiple población sexualmente activa	79
Capítulo 8. Discusión	87
Extensiones, Limitaciones y Sugerencias.	101
Referencias	103
Anexos.	109

RESUMEN

El objetivo general del estudio fue analizar las características de personalidad: Locus de Control y Autoconcepto en relación con las variables Sociodemográficas (sexo y edad) y el Patrón Sexual de los adolescentes, lo cual puede facilitar conductas preventivas o de riesgo ante el VIH/SIDA. Se trabajó con 809 estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria de la UNAM, 429 (53%) mujeres y 380 (47%) hombres con una edad promedio de 16 años; el 25.7% se han iniciado sexualmente, de los cuales el 18.5% son hombres, y el 7.2% mujeres. Se encontraron diferencias significativas por sexo, los hombres tienen su debut sexual a edad más temprana (14.7 años) que las mujeres (15.8 años); asimismo a diferencia de las mujeres, los hombres tienen más parejas sexuales. El 40% de la población sexualmente activa indica que ha usado siempre el condón. Se tomó como base el instrumento de Locus de Control de La Rosa (1986) para construir cuatro escalas de control ante: Sexualidad, Transmisión de VIH/SIDA, Obtención y Uso de Condón y Sexo Seguro. En términos generales, los adolescentes se perciben poco fatalistas en cada una de las escalas, sobre todo las mujeres, ya que saben que su comportamiento sexual no se debe a causas externas. En cuanto a internalidad se refiere, los adolescentes, piensan que ellos mismos pueden controlar su sexualidad; sin embargo, al hablar de aspectos más específicos como la transmisión del VIH, obtención y uso del condón y sexo seguro, ya no están convencidos de sus propias capacidades y esfuerzos personales para controlarlos. Otro dato a destacar es que los adolescentes, toman en cuenta la información proporcionada por la familia para evitar la transmisión del VIH/SIDA, usar condones y tener sexo seguro, principalmente las mujeres. Para medir el Autoconcepto, se utilizó la escala de La Rosa y Díaz-Loving (1988), encontrándose siete factores de la escala original: Sentimientos Interindividuales, Sociabilidad Afiliativa, Sociabilidad Expresiva, Estados de Ánimo, Salud Emocional, Ocupacional y Ética. En general los jóvenes se perciben con características positivas, en especial las mujeres. Estos y otros resultados se discuten en términos del patrón sexual y su relación con el Locus de Control y Autoconcepto.

INTRODUCCIÓN

A fines del siglo XX, cuando se pensaba que la mayoría de las enfermedades transmisibles habían dejado de ser una amenaza, una nueva enfermedad se convirtió en poco tiempo en una de las epidemias más graves de los tiempos modernos. Esta epidemia (o, pandemia, ya que se ha propagado rápidamente por todos los continentes, aun a los lugares más remotos del mundo) es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (O.M.S, 1989).

El SIDA, se ha convertido en una seria amenaza para la humanidad, dadas las implicaciones médicas, sociales y psicológicas. Los estudios epidemiológicos han demostrado que la población contagiada va en aumento. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S), predice que en los próximos años el número de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) llegará a los 100 millones y que es muy probable que la infección continúe expandiéndose, impactando gravemente las estructuras económicas, políticas, sociales y de salud por lo menos hasta finales del siglo (Preciado y Montesinos, 1992).

México, ocupa el tercer lugar dentro de los países de América, con un número de casos de SIDA de 35,496 hasta mayo de 1998, siendo la principal causa del contagio la conducta sexual (Vigilancia Epidemiológica, 1998). Los grupos de edad con riesgo potencial para contraer la infección por VIH/SIDA, son los adolescentes, puesto que son individuos jóvenes que se encuentran en plena etapa reproductiva, teniendo mayor capacidad y necesidad de relaciones sexuales frecuentes (Watson, 1971; Horroks, 1974, Gotwald, 1983, Gagnon, 1980); mismas que pueden ser prácticas sexuales de alto riesgo para contraer el VIH/SIDA.

Por lo anterior, es importante conocer los patrones de conducta sexual que manifiestan los adolescentes tales como: la edad de inicio sexual, la frecuencia de uso del condón, entre otros. Por otra parte, es necesario conocer algunas características de personalidad que se asocian con la emisión de conductas preventivas o de riesgo ante el VIH, como el locus de control ante la sexualidad, el contagio de VIH/SIDA, el sexo seguro, uso de condón y el autoconcepto, ya que en diversos estudios se ha encontrado una asociación importante entre la personalidad y las conductas preventivas o de riesgo ante el VIH/SIDA (Torres, 1996; Alfaro, 1995; Díaz-Loving, 1994; Villagrán, 1993).

A continuación se describe de manera general el contenido de cada uno de los capítulos que integran el presente trabajo.

El capítulo 1 aborda la etiología y epidemiología del VIH/SIDA, la naturaleza del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), la conformación del sistema inmunológico al que ataca, su mecanismo de acción, las pruebas de laboratorio para

detectar el VIH y las formas de transmisión. En cuanto a la epidemiología se describe el proceso de transmisión del VIH y se da a conocer la situación epidemiológica del SIDA en México; se informa sobre el estado que, en la actualidad, guardan los grupos sociales; se revisan las tendencias y proyecciones de los casos de SIDA.

En el capítulo 2 se revisan los marcadores y factores de riesgo del VIH/SIDA, indicadores que permiten explicar y predecir la transmisión del SIDA, ya que se ha establecido que mientras hayan conductas sexuales que transmitan la infección en los adolescentes, existe la posibilidad de que esta población adquiera el VIH/SIDA.

En el capítulo 3 se habla de la adolescencia y sus comportamientos sexuales en relación con la transmisión del VIH/SIDA. Se aborda la adolescencia en sus diferentes aspectos desde lo biológico hasta lo social, haciendo énfasis en la sexualidad, ya que es una de las principales vías de transmisión de VIH y los adolescentes son una población de alto riesgo debido a sus prácticas sexuales.

En el capítulo 4 se dan a conocer algunos factores psicosociales asociados con la infección, tales como conocimientos, creencias, actitudes y rasgos de personalidad que se relacionan con comportamientos preventivos o de riesgo ante el SIDA.

En el capítulo 5 se aborda el tema de la personalidad, mencionando las principales teorías que la explican como la teoría psicoanalítica de Freud, las teorías conductuales y la teoría del ecosistema humano de la personalidad, entre otras; asimismo se hace énfasis en dos rasgos de personalidad que son el Locus de Control y Autoconcepto en relación con el VIH/SIDA, los cuales se han relacionado con conductas preventivas o de riesgo ante el contagio del VIH/SIDA.

El capítulo 6 se refiere al método que se llevó a cabo para el estudio especificando las variables, el diseño, el tipo de estudio, el escenario en el que se realizó la investigación; se describe la muestra con la que se trabajó, los instrumentos aplicados y el procedimiento que se siguió.

El capítulo 7 presenta el análisis de los resultados obtenidos en la investigación.

Por último en el capítulo 8 se hace una discusión sobre lo encontrado en el estudio, el cual pone énfasis en la personalidad (locus de control y autoconcepto) y su relación con las conductas preventivas y de riesgo de contagio ante el VIH/SIDA en adolescentes.

1. SIDA: ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

1.1. Etiología del VIH/SIDA

En la década de los años ochentas donde parecía que se habían enfrentado con éxito algunas epidemias conocidas apareció en el panorama sanitario mundial el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). La humanidad desde entonces se enfrenta a esta nueva enfermedad la cual ha causado un impacto social por el hecho de ser una enfermedad incurable y mortal. El optimismo sanitario cede paso a un nuevo fatalismo cuya enorme magnitud es difícil de precisar; las cifras epidemiológicas mundiales son impresionantes, aun cuando se sabe que subestiman a la realidad. Los dramas sociales que están detrás de las cifras son todavía más impresionantes (Sepúlveda, Bronfman, Ruíz, Stanislawski y Valdespino, 1989; Bonfman, Amuchástegui, Martina, Minello, Rivas y Rodríguez, 1995).

El SIDA es un problema grave de salud pública por la rapidez con que se disemina el virus (VIH) que la causa; ya que, es inevitablemente letal y afecta de manera directa al sistema inmunológico, hasta la fecha no se ha encontrado una cura definitiva, aunque existen algunas alternativas terapéuticas las cuales no han logrado erradicar el virus del organismo, entre estas alternativas se encuentra el AZT (Azidotimidina), el cual representa una de las alternativas más viables (Garau y Martínez, 1990). Desde el punto de vista biomédico ha sido fundamental identificar el agente etiológico que causa el SIDA: el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); sin embargo, dada la gran complejidad esto no ha bastado para definir una estrategia de control.

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, conocidos desde hace tiempo como patógenos animales. Sin embargo, su relación con los humanos no se demostró, sino hasta los años ochentas cuando el Dr. Gallo del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos y el Dr. Montagnier del Instituto Pasteur de París descubren en 1983 el primer retrovirus humano agente causal del SIDA; en mayo de 1986 se crea el Comité Internacional para la Taxonomía del virus y recomienda que el virus responsable del SIDA sea denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana. El VIH es un retrovirus clasificado dentro de la familia de los lentivirus porque producen un estado de coexistencia pacífica con la célula, produciendo grandes periodos de latencia entre la infección y el inicio de la enfermedad. Tiempo después, por la acción de algún factor estimulador (cofactor), despierta de su latencia, se multiplica y destruye a las células parasitadas, provocando el desarrollo tardío de la enfermedad. A esta familia de retrovirus pertenecen las dos variedades de VIH, responsables de provocar SIDA en el humano (Soler y Gudiño, 1995).

El VIH se instala en las células T del sistema inmunológico y utiliza la información genética de la célula específicamente el ADN para su reproducción, el virus convierte su ARN en ADN, lo cual se conoce como transcripción reversa (Stanislavsky, 1989). El VIH se introduce en los glóbulos blancos impidiendo que cumplan su función auxiliadora del sistema de defensas debido a que el virus, a través del método reproductivo de replicación; introduce su código genético al del linfocito T, entonces cuando una célula infectada se reproduce transmite también su código genético del VIH a la nueva célula, asimismo algunos virus liberados de la célula infectada se dirigen hacia células sanas infectándolas; como el material genético de estas células es diferente del de las células sanas se entabla una lucha por parte del sistema inmunológico con el fin de exterminar a los cuerpos extraños sin saber que realmente ataca y fulmina a sus propias células. Se observa entonces que se trata de un padecimiento permanente y progresivo hacia otras partes del organismo hasta cubrirlo, ocasionando que la persona infectada no pueda enfrentar con éxito infecciones y algunos tipos de cáncer, siendo éstos la causa directa de muerte (O.M.S., 1989; Master, Johnson, y Kolodny, 1995).

Desde que una persona tiene contacto con el VIH hasta que se presenta la sintomatología asociada se dice que el sujeto es seropositivo al VIH y desde ese momento es un sujeto con posibilidades de contagiar a otros. En algunos sujetos pasado un tiempo de haberse contagiado, se presentan algunos síntomas como inflamación de los ganglios linfáticos, sudoración nocturna, fiebre y diarrea persistente, pérdida de peso y candidiasis bucal, entre otros, a este conjunto de síntomas se le denomina Complejo Relacionado al SIDA (CRS), ya que suele presentarse con diversos niveles de gravedad y de manera intermitente. La manifestación final de la infección viral es el SIDA (O.M.S., 1989; Hein, 1989 y Stanislavski, 1989).

Los primeros casos de la enfermedad probablemente ocurrieron hace algunas décadas, parece que existieron casos esporádicos en el centro de Africa y la proporción aumento en los años setentas, pero eran casos aislados en donde no se encontraba ninguna relación con otros padecimientos y menos aun se sospechaba que se trataba de una nueva enfermedad.

Es en 1981, cuando en California se reportaron los primeros casos; Gottlieb, médico norteamericano, reportó haber atendido a cuatro jóvenes de sexo masculino víctimas de una rara neumonía que sólo afectaba a personas cuyo sistema de defensas estaba severamente dañado; los pacientes atendidos referían haber gozado de buena salud hasta antes de estas manifestaciones, teniendo en común el llevar a cabo prácticas homosexuales con múltiples parejas; razón por la cual se pensó erróneamente que la enfermedad era propia de homosexuales e incluso llegó a tener el nombre de Inmunodeficiencia Relacionada con Homosexuales (O.M.S., 1989).

A partir de 1981 se inicia la investigación sobre el SIDA, principalmente en Estados Unidos, ya que es ahí donde se detectaron los primeros casos. En 1985 el doctor Gallo y sus colaboradores desarrollaron un método confiable para la detección del virus a través de una prueba de sangre y un año más tarde dieron a conocer las *diversas formas de transmisión*: por exposición a sangre contaminada, mediante la transfusión o agujas contaminadas, perinatal a través de la placenta, mediante el trasplante (de órganos) o injerto pertenecientes a personas infectadas y por contacto sexual en el que existe intercambio de líquidos corporales (sangre y/o semen) (Stanislowski, 1989).

La epidemia del SIDA transmitida sexualmente tiene una dinámica diferente a la del SIDA producida por transfusiones o la del SIDA perinatal; aunque están *interrelacionadas se trata de epidemias que inclusive tienen periodos de incubación y momentos diferentes*; mientras la transmisión sexual tiene un periodo de incubación de 8 a 10 años, el SIDA por transfusión sanguínea tiene un periodo que puede ser de 2 a 5 años y la transmisión perinatal tiene un promedio de incubación de solamente unos meses. Desde el punto de vista de transmisión son tres epidemias con momentos diferentes (Valdespino, García, Del Río, Cruz, Loo y López, 1995).

1.2. Epidemiología del VIH/SIDA

El SIDA tiene muchos misterios no solamente en cuanto a su origen y a sus diversos aspectos médicos, sino también por las implicaciones futuras que tiene sobre la humanidad; su letalidad y el hecho de que es una enfermedad que se transmite principalmente por vía sexual, ha propiciado que se desarrollen mitos sobre su transmisión, buscando culpables y estigmatizando poblaciones; estas reacciones se han visto a lo largo de la historia en otras epidemias como la peste, la sífilis, entre otras, en las cuales se culpa a los "desviados" de la diseminación del mal; el origen VIH se presta a este fenómeno, por ejemplo, los países occidentales han culpado al África de ser la cuna y el foco de diseminación del SIDA (Sepúlveda y cols, 1989).

A 17 años de su aparición, el SIDA se ha extendido a casi todos los países. En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta casos de SIDA en todas las regiones, afirmando que, el fenómeno reviste características pandémicas (Bronfman y cols, 1995). La amenaza de este padecimiento ha puesto en marcha a organizaciones civiles, grupos de voluntarios, organismos internacionales y poderes públicos. Las políticas de salud frente al SIDA han tenido que ser rediseñadas tanto en aspectos administrativos como financieros, en coordinación con instituciones sanitarias y de seguridad social, con el propósito de obtener una respuesta eficiente (SSA/ CONASIDA, 1989). El SIDA en la actualidad está presente principalmente en las grandes áreas metropolitanas de diferentes países, sin embargo, la transmisión en áreas suburbanas o rurales está incrementándose y por tanto tiene una dinámica diferente (Valdespino García y Cruz, 1993). Los estudios epidemiológicos demuestran que la población contagiada va en aumento; la O.M.S, reporta que

hasta junio de 1997 se notificaron 1 599 021 casos de SIDA en el mundo, de los cuales el 49.86% corresponde a América (GACETA/UNAM, 1997). Se estima que han ocurrido 4 millones de casos y 16 millones de infectados por el VIH, de los cuales permanecen vivos de 13 a 14 millones. (Valdespino y cols. 1995).

La historia del SIDA en México se inició en 1983, cuando las autoridades sanitarias informaron de pacientes extranjeros con cuadros clínicos semejantes a los encontrados en Estados Unidos. En 1985 se inició en los bancos de sangre, la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección. En mayo de 1986 se publicó la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre. Para fines de mayo de este mismo año se habían registrado 134 casos de SIDA. Para diciembre ya eran 226 casos. El Consejo de Salubridad General creó en 1986 el Comité Nacional de Prevención del SIDA, cuyo objetivo es evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH. Estableció criterios para su diagnóstico y prevención, coordinando la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control adecuadas al país. Este comité evolucionó y se convirtió en un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud y en agosto de 1988 se crea el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA); así esta enfermedad quedó sujeta a vigilancia epidemiológica (Sepúlveda y cols, 1989; Valdespino y cols, 1995).

En América, México reporta 35, 496 casos de SIDA hasta mayo de 1998 (SSA/DGE, 1998), ocupando el tercer lugar con un poco menos que Estados Unidos y Brasil, pero con un número mucho mayor que Canadá. La mayoría de los casos (86.5%) se deben a la transmisión por vía sexual, siendo los hombres homo/bisexuales la población más afectada. La mayor incidencia de casos de SIDA por edad es en el grupo que va de los 20 a los 39 años. Por otro lado la epidemia del SIDA en hombres tiene características diferentes al grupo de mujeres (14% de los casos) (SSA/CONASIDA, 1998). La mortalidad por SIDA en hombres entre 25 y 34 años es ya un motivo de seria preocupación pues se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares. En 1992 fue la sexta causa de muerte en este grupo a nivel nacional y la cuarta en el Distrito Federal y en la actualidad ha alcanzado ya el tercer lugar (SSA/CONASIDA, 1997). En los casos acumulados de SIDA en adultos por categoría de transmisión y sexo hasta el 3 de enero de 1998, se han notificado un total de 32,764 casos: 7,830 (33.5%) son homosexuales; 5,387 (23.1%) bisexuales y 6,986 (29.9%) heterosexuales de los cuales 5,295 son hombres y 1,691 mujeres; los resultados del análisis por tasa indican que los hombres están seis veces más infectados que las mujeres. La razón hombre/mujer es diferente según los grupos de edad. Para los grupos más afectados (20 a 39 años) esta razón varía entre cinco y ocho hombres por cada mujer infectada. La epidemia en México presenta un patrón cada vez más heterosexual, así pasa de ser una epidemia de hombres homosexuales y mujeres transfundidas a ser un padecimiento de transmisión heterosexual (SSA/CONASIDA, 1998).

2. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE RIESGO

Considerando que los patrones de conducta sexual se relacionan directamente con factores de riesgo es importante revisarlos, ya que ayudan a reconocer a los grupos más expuestos al contagio de VIH y así poder orientar hacia ellos campañas que tengan como finalidad la emisión de conductas preventivas (Villagrán, 1993, Alfaro, 1995).

Los marcadores y factores de riesgo del VIH/SIDA son indicadores que permiten explicar y predecir la transmisión del SIDA. Es importante señalar que no existen reglas universales para su determinación, sino que es necesario llevar a cabo estudios en cada ámbito de acción. Los marcadores de riesgo del SIDA dependen de variables sociodemográficas como son: el sexo, la edad, el estado civil, la ocupación, la residencia y otros; son de utilidad para definir programas educativos. Los factores de riesgo dependen sobre todo del comportamiento sexual, que incluyen factores como: el número de parejas, la velocidad de cambio de parejas, relaciones con parejas casuales, las técnicas sexuales y otros. También dependen del comportamiento para la atención de la salud que incluye tanto medidas preventivas como el uso del condón, detección, diagnóstico y tratamiento de los padecimientos específicos. Adicionalmente dependen de otros aspectos de la conducta como son adicciones o el uso de anticonceptivos. El conocimiento de los factores de riesgo permite establecer objetivos, estrategias y contenidos más eficaces de los programas de control del SIDA (Valdespino y cols, 1993).

Al inicio la enfermedad del SIDA, estuvo más vinculada a la población masculina en particular a los hombres homosexuales, lo que colocó a la enfermedad en el mundo de las prácticas sexuales y a los hombres homosexuales como *grupos de riesgo*. Hablar de grupos de riesgo, sin embargo, es una denominación científicamente errónea y cargada de interpretaciones estigmatizadas hacia ciertos grupos, en particular hacia los homosexuales. En realidad es indispensable hablar de prácticas de alto riesgo independientemente de quien las ejerza (Bronfman y cols, 1995).

Morlet (citado en Villagrán, 1993) informa que las prácticas homosexuales y el número de parejas se relaciona con la adquisición del VIH en grupos de sujetos con orientación homosexual. Se han realizado estudios epidemiológicos para observar la prevalencia del VIH en los homosexuales y bisexuales, ya que son considerados un grupo de riesgo por sus prácticas sexuales, como la penetración anal, que aumenta de manera considerable la posibilidad de contraer la enfermedad (EPI/CONASIDA, 1989); sin embargo, en estudios como el de Vázquez, Torres, y Jauregui, (1989), que evaluaron la prevalencia del VIH entre homosexuales masculinos en Guadalajara, demostraron que la población homosexual aparentemente está estable, existiendo un decremento en el contagio de VIH. Esta tendencia sigue presente en la población homosexual en el D.F., ya que el número de casos entre hombres

homosexuales y bisexuales disminuyó en 1992 lo que confirma tendencias registradas anteriormente (SSA/CONASIDA, 1993). Quadland, y Shattis, (1987) mencionan que la percepción inicial del SIDA fue como una *plaga homosexual* y que originalmente se hablaba de grupos de alto riesgo, pero, al igual que cualquier otra enfermedad de transmisión sexual, lo importante es reconocer que son ciertas prácticas sexuales y no las preferencias u orientaciones sexuales los factores que determinan el riesgo (Ramos, Díaz-Loving, Saldívar, y Martínez, 1992).

Tanto los hombres homosexuales como bisexuales son los grupos más afectados con el VIH, razón por la cual han manifestado cambios en su conducta sexual; varios estudios hechos con hombres homosexuales en los centros urbanos donde se ha detectado la epidemia han demostrado cambios significativos en el comportamiento individual, lo mismo que porcentajes muy bajos en la incidencia de la infección (Stall, Coates y Hoff, 1988; Ekstrand y Coates, 1990; Mckusick, Coates, Morín y Pollack y Hoff, 1990). Sin embargo, aunque los resultados son optimistas no son uniformes, varios grupos de hombres homosexuales activos se encuentran todavía expuestos a altos riesgos de infección que son completamente inaceptables. En los Estados Unidos los hombres homosexuales activos incluyen hombres que se encuentran fuera de los epicentros de la epidemia, hombres homosexuales jóvenes, y hombres dentro de la población negra e hispana. Al mismo tiempo, la transmisión heterosexual del VIH, aumenta de manera significativa en los Estados Unidos y en América Latina. El VIH se encuentra también arraigado entre la población adolescente. Está claramente establecido que mientras se encuentren conductas sexuales que transmitan la infección en la población adolescente, existe la posibilidad de que esta población pueda adquirir el VIH/SIDA (Turner, Miller y Moses, 1990).

Avila, Sepúlveda, Hernández y Nazar (1989) estudiaron la transmisión del VIH en parejas heterosexuales demostrando un incremento del 2% en 1987 hasta el 12% en 1988; se encontró, que el mayor número de casos era en hombres jóvenes, pudiéndose atribuir principalmente a la frecuencia del contacto sexual sin protección.

Los datos anteriores indican que las tendencias de la expansión del SIDA apuntan hacia los heterosexuales. La organización Mundial de la Salud estima que, en el año 2000, del 77% al 80% de las infecciones por VIH serán debido a las relaciones heterosexuales (Bayés, 1992).

El incremento proporcional en el número de casos que se atribuyen al contacto heterosexual es mayor en los hombres que en las mujeres, sin embargo, estas proporciones han variado con el tiempo. Mientras que en 1988, Mann (citado en WHO, 1990) señalaba que, en los países industrializados, existían de 10 a 15 hombres contagiados por cada mujer infectada, en la actualidad se pone énfasis en

el hecho de que el impacto del SIDA en la mujer se está incrementando de forma considerable.

González (1990) para referirse al dinamismo de la evolución de la pandemia en los países occidentales, señala que al principio de la década de los años ochentas en Nueva York la relación entre hombres y mujeres adolescentes diagnosticados de SIDA era de 16 a 1, en el presente, dicha relación es de 3 a 1. En caso de los adolescentes seropositivos asintomáticos menores de 17 años la razón es de 2 a 1.

Por otra parte, parece que, en las relaciones sexuales, las mujeres son mucho más vulnerables que los hombres (Al-Nozha, Ramia, Al-Frayh y Arif, 1990), lo cual puede ser debido, entre otras cosas, a que: a) en las personas contagiadas se detecta más cantidad de virus en el semen que en las secreciones vaginales (Nájera, 1990); b) algunas circunstancias pueden incrementar la vulnerabilidad de la mujer: píldoras anticonceptivas orales susceptibles de producir ectopía de cérvix y pequeñas hemorragias durante el coito (Nájera 1990); uso de dispositivos intrauterinos (DIU) los cuales son facilitadores de infecciones (Masters, Johnson, y Kolodny, 1995); c) realización del acto sexual durante el periodo menstrual (Piot, Laga, Ryder, 1990) mientras que , después del coito, las secreciones vaginales pueden hacerse desaparecer del pene con rapidez mediante hábitos de higiene rutinarios, es más difícil asegurar la misma eficacia con respecto al semen eyaculado en la vagina, con lo que el tiempo que el virus puede permanecer activo en el organismo es, probablemente mayor en la mujer que en el hombre (Bayés, 1992).

Por otra parte, el impacto del SIDA en los grupos étnicos es diverso, mientras que los anglosajones homosexuales reciben información apropiada y apoyo para programas educativos, los latinoamericanos homosexuales residentes en San Francisco se encuentran con un retraso de 7 años (Villagrán, 1993). Por su parte Aral, y Holmes, (1990) indican que las mujeres negras y latinas de escasos recursos tienen patrones conductuales que las hacen más susceptibles de estar en contacto con el virus que las mujeres blancas del nivel socioeconómico alto, lo anterior posiblemente indica una combinación de ciertos factores de riesgo, incluidos el nivel socioeconómico y el acceso a los servicios de salud (SSA/CONASIDA, 1993).

Debido a que la raza y el grupo étnico son marcadores de riesgo y no factores de riesgo, esto puede ayudar a reconocer a los grupos más expuestos al VIH y orientar hacia ellos campañas educativas, pero no hay que olvidar que además el SIDA es un problema de comportamiento, principalmente el sexual, por lo que las prácticas sexuales relacionadas con el contagio del VIH se vuelven sumamente importantes (Alfaro, 1995).

Bayés (1989) propone que una estrategia para hacer frente al SIDA, es la prevención mediante la educación, pero para llegar a este punto y desarrollar

políticas educativas, es necesario conocer a fondo cuáles son los factores que mantienen las conductas de riesgo.

Revisar los datos obtenidos a través de los estudios epidemiológicos es esencial para obtener información acerca del tipo de poblaciones con las cuales es importante trabajar y qué tipos de variables estudiar; de esta manera un factor importante a estudiar es la conducta sexual de los adolescentes ya que éstos son un grupo con patrones conductuales de riesgo potencial ante el contagio de VIH/SIDA, debido al inicio de una vida sexual activa, sin olvidar que la principal fuente de contagio del VIH/SIDA es la transmisión por vía sexual (Sepúlveda, Valdespino, Juárez y Mondragón, 1989).

Diferentes estudios han encontrado (Alfaro, Díaz- Loving, 1996; Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán, 1994) que los adolescentes tienden a realizar prácticas sexuales de riesgo, por el hecho de que sus relaciones son esporádicas y no planeadas, debido a esto el uso del condón no resulta muy frecuente entre ellos. Comprender los procesos que intervienen en estas conductas es de gran importancia, si se quieren elaborar estrategias de prevención ante el contagio del VIH/SIDA, para esta población en particular. Por tanto, es importante hablar en términos conceptuales de la noción de adolescencia.

3. ADOLESCENCIA Y CONDUCTA SEXUAL ANTE EL SIDA

3.1. Adolescencia

La adolescencia y la sexualidad, son áreas de conocimiento que se construyeron y evolucionaron simultáneamente hacia la segunda mitad del siglo XIX, conceptos ligados a la formación de las grandes ciudades, es decir, a la modernización. Hablar de adolescencia o de primera juventud es hablar por primera vez de las etapas vitales del individuo (Bronfman y cols, 1995).

La adolescencia es un periodo muy importante de la especie humana durante el cual se da la máxima diferenciación sexual y donde se dan diversos y rápidos cambios tanto fisiológicos, intelectuales como de personalidad. En la sociedad occidental la adolescencia comienza alrededor de los 12 años y termina aproximadamente a los 19, sin embargo, no tiene principio ni fin determinado (Watson, 1971; Horrocks, 1974). Es una de las etapas más importantes en el desarrollo del ser humano, con mayor cantidad de conflictos (Mussen, Conger y Kagan, 1982, Papalia y Olds, 1985; Pick y Vargas, 1993), en la cual, los problemas de personalidad como la búsqueda de identidad son importantes no sólo para un buen desarrollo personal y social, sino también para la realización de comportamientos que mantengan su salud en particular para la prevención del contagio de VIH/SIDA.

Muchas teorías ofrecen explicaciones del significado de la adolescencia y sus efectos sobre el individuo. El primer psicólogo que formuló una teoría sobre la adolescencia fue Stanley Hall, 1916 (en Papalia y Olds, 1985, 1993), sostuvo que los cambios fisiológicos de la adolescencia necesariamente deberían de llevar a reacciones psicológicas en los adolescentes y que estos años debían ser un periodo de agitación y tensión. Hall consideró la adolescencia como un periodo de tormenta e impulso, un periodo de vacilación y emociones contradictorias.

La antropóloga Margaret Mead (1985) estudió la adolescencia en otras culturas y encontró que la que se da en la sociedad occidental no es un fenómeno universal. Cuando una cultura establece una transición serena y gradual de la niñez a la edad adulta como sucede en Samoa, se produce una fácil aceptación de la edad adulta. Las sociedades que permiten a los niños darse cuenta de la actividad sexual adulta, ver nacer a los bebés, familiarizarse con la muerte, hacer trabajos necesarios, ejercitarse en comportamientos asertivos y dominantes, comprometerse en juegos sexuales y conocer lo que implican sus papeles adultos, están libres de las tensiones adolescentes occidentales.

El proceso de la adolescencia se inicia con la pubescencia. En esta etapa de rápido crecimiento maduran las funciones reproductivas, los órganos sexuales y aparecen los caracteres sexuales secundarios. Tras dos años esta etapa finaliza en la

pubertad, cuando el individuo es sexualmente maduro y capaz de reproducirse. El final de la adolescencia es difícil de determinar, ya que está definido por factores psicológicos, sociales y legales, tales como la independencia, la elección de carrera, la capacidad de votar, entre otros (Papalia y Olds, 1993).

En la mayoría de los casos las transformaciones somáticas de la pubertad constituyen la principal característica de la entrada en la adolescencia, y la motivación de los demás cambios propios de esta edad. Cada uno de estos cambios tiene sus efectos en el nivel del comportamiento, conduce a reevaluaciones y a cambios en las actitudes, contribuye a modificar la imagen que tiene el individuo de sí mismo. Esta evaluación, tiene lugar en otro nivel, el del desarrollo intelectual (Osterrieth, 1973). Piaget 1969 (citado en Remy y Rahmy, 1984) indica la profunda evolución que experimentan las estructuras intelectuales de los adolescentes. La característica general de esta evolución es la conquista de un nuevo modo de razonamiento que no se refiere ya sólo a los objetos o realidades directamente representables, sino también a hipótesis, es decir, a proposiciones de las que se pueden extraer las necesarias consecuencias, sin decidir sobre su verdad o falsedad, antes de haber examinado el resultado de estas implicaciones. El joven adolescente se vuelve capaz de razonar acerca de las relaciones existentes entre los objetos, elevándose por encima del nivel concreto.

Las transformaciones intelectuales inducen al adolescente a plantearse cuestiones respecto de sí mismo, a interrogarse, a reconocerse, tanto como lo hacen las transformaciones físicas que tienen lugar aproximadamente al mismo tiempo (Osterrieth, 1973).

En la época que tienen lugar las transformaciones mencionadas el joven tiene que afrontar los numerosos cambios que se producen en las actitudes de las personas que lo rodean, en su posición respecto del grupo social y en el papel que se le ofrece (se le dice que está *creciendo* y que se esperan de él nuevos tipos de comportamiento). Se le otorgan ciertos derechos y facilidades de las que no disfrutaba el niño, pero a cambio de ellos se le imponen nuevas demandas, responsabilidades y pierde algunos privilegios anteriores (Osterrieth, 1973; Aberastury, 1978; Papalia y Olds, 1993; Pick y Vargas, 1993).

Durante la adolescencia es crucial la búsqueda de la identidad. Esto hace que el cuestionamiento y la rebeldía sean necesarias en esta etapa. La religión, la sociedad, la política, las normas de la casa y la sexualidad son jerarquizadas dentro de un nuevo panorama, que puede o no coincidir con el de los padres. Los sentimientos del adolescente son ambivalentes, se siente a la vez niño y adulto, y con esta misma ambivalencia es tratado por los adultos. El joven debe definir y tratar de aceptarse como individuo con pensamientos propios, diferentes a los de sus padres. Para lograr esto, puede verse en la necesidad de derribar a los *ídolos* (los padres), lo que puede ser doloroso para ellos (Pick y Vargas, 1993). Por un lado, el joven se ve

ante sí mismo en proceso de cambio y tiene una nueva manera de percibirse y de considerar las cosas que hace, por otro, tiene que enfrentar circunstancias y exigencias a las que anteriormente no tenía que adaptarse. Todos sus hábitos y su seguridad en sí mismo se ven cuestionados. A este respecto, en su ambivalencia y su inseguridad el individuo debe afrontar un importante problema: ¿quién soy?, ¿qué valgo?, ¿soy suficientemente apto?. Estas interrogantes constituyen una parte central en la búsqueda de identidad del adolescente. Los jóvenes entre los 13 y 19 años, necesitan desarrollar sus valores propios y estar seguros de que no están repitiendo las ideas de sus padres. Han descubierto aquello de lo que son capaces y están orgullosos de sus logros. Desean establecer relaciones estrechas con sus iguales, saberse aceptados, amados y respetados por lo que son y por lo que pretenden (Erikson, 1968).

El adolescente está despertando a un cúmulo de sensaciones sexuales, de dimensiones que desconoce. Todo este proceso se da en el contexto de una sociedad que presiona para reproducir los patrones de vida vigentes, frente a los que el adolescente tendrá que asumir una posición (Pick y Vargas, 1993).

El impulso sexual ligado a la capacidad genital y reproductiva, novedosa para el joven, reclama su expresión en la realidad a través de la exploración del propio cuerpo y el de otras personas (Bronfman y cols, 1995).

En la adolescencia inicial, los sentimientos e impulsos sexuales son difusos y pueden fijarse en cualquier persona o cosa por las cuales el joven sienta un apego emocional. La manera de expresarse de estos sentimientos e impulsos depende en gran medida del aprendizaje y de la influencia de las presiones sociales. Sólo cuando los sentimientos e impulsos sexuales se dirigen a individuos del sexo opuesto, y llevan a pautas de conducta que se asocian normalmente con esas manifestaciones se puede considerar que el adolescente es una persona heterosexual o que ha llegado a la sexualidad adulta. El interés heterosexual en la infancia se expresa principalmente como competencia. En la adolescencia por el contrario va acompañado de un fuerte deseo de obtener la aprobación de miembros del sexo opuesto. La heterosexualidad es influenciada por la condición glandular del adolescente, los factores sociales que determinan considerablemente la manera de expresarse de la heterosexualidad, los medios masivos dirigen la atención del adolescente hacia la importancia de las relaciones heterosexuales en nuestra cultura. El progreso de la transición varía en cierto modo de acuerdo con el sexo, la edad, la motivación del sujeto y las actitudes de adultos significativos hacia él (Hurlock, 1980).

El sentimiento heterosexual le abre nuevos horizontes y a la vez le incrementa su vida emocional. La actividad sexual que va desde los besos y las caricias, hasta el acto sexual, no sólo satisface una serie de necesidades físicas sino también de tipo emocional. Algo importante en este momento, desde el punto de vista del

adolescente, es ampliar sus canales de comunicación, buscar experiencias propias, poner a prueba su identidad personal y encontrar alivio para las presiones externas (Pick y Vargas, 1993).

Freud, postuló que la energía sexual de la libido es la más importante motivación del comportamiento humano. Consideraba a la adolescencia como una etapa genital, donde los impulsos sexuales de la etapa fálica ahora se orientan por vías aprobadas socialmente: relaciones heterosexuales con personas ajenas a la familia. Debido a los cambios fisiológicos de la maduración sexual los adolescentes ya no reprimen su sexualidad como hacían durante la etapa de la latencia en la niñez media (Papalia, y Olds, 1993).

Durante la adolescencia la sexualidad llega a ser un aspecto importante, alrededor de ésta se forman actitudes y comportamientos que se ven influenciados por el momento histórico y cultural en que se vive; es así como las conductas sexuales se forman a través de los primeros contactos del niño con la familia, a medida que crece recibe los modelos de los grupos de amigos y de instituciones sociales como la escuela y/o la iglesia; estas influencias dependen de la cultura en que se vive y del subgrupo socioeconómico que ocupe el individuo dentro de ella (Watson, 1971, Horrocks, 1974)

3.2. Comportamientos Sexuales en la Adolescencia y su relación con la Transmisión del VIH/SIDA.

La sexualidad es un fenómeno multifactorial que puede ser explicado por la interacción de aspectos socioculturales, sociológicos, y biológicos. La sexualidad cubre una gama de significados diferentes dependiendo de la persona, tiempo, cultura, edad, situación y otros (Valdespino y cols, 1993).

Los primeros estudios sobre sexualidad están presentes a partir de 1948 y 1953 cuando Kinsey publicó sus dos obras sobre el comportamiento sexual en el hombre y la mujer estadounidenses. El informe Kinsey produjo conmoción particularmente en tres aspectos: El uso frecuente de prostitutas por los hombres (casados y solteros), y la prevalencia de prácticas homosexuales y la alta tasa de relaciones extramatrimoniales. Este autor postuló que existe un amplio espectro en las preferencias sexuales que abarca desde la exclusivamente heterosexual hasta la exclusivamente homosexual (Gotwald, 1983, Valdespino y cols, 1993, Master y cols, 1995).

Master y Johnson en 1956 (citados en Gotwald, 1983), estudiaron los aspectos fisiológicos y anatómicos de la respuesta sexual humana incluyendo el aspecto psicológico, su obra fue de gran importancia a nivel mundial ya que hasta cierto punto lograron eliminar la ignorancia, el mito y la superstición, mediante el

establecimiento de los hechos válidos y confiables a la fisiología y psicología de la respuesta sexual humana.

La sexualidad ha sido motivo de estudios sobre comportamiento y tradicionalmente se han analizado aspectos sobre preferencias sexuales, inicio de relaciones sexuales, selección de pareja, relaciones prematrimoniales, matrimoniales y extramatrimoniales, prostitución y abuso sexual. Se han realizado encuestas para analizar preferencias y prácticas en heterosexuales y homosexuales, actualmente estas investigaciones están dirigidas a otras poblaciones como los adolescentes, ya que como se mencionó anteriormente son una población de alto riesgo ante el contagio de VIH/SIDA debido a sus prácticas sexuales (Alfaro, 1995; Villagrán, 1993; Díaz-Loving, 1994).

El VIH/SIDA es en gran parte un problema de comportamiento, ya que afecta a las personas por lo que en un momento determinado realicen. En este sentido, lo que en última instancia determinará que una persona esté expuesta al VIH/SIDA o no, es su conducta; su expansión podría evitarse si se consiguiera cambiar dichos comportamientos. Y cambiar comportamientos es una tarea fundamental aunque no única de los psicólogos, al menos en lo que a su planteamiento e investigación se refiere (Bayés, 1992).

Así, si una persona se involucra en conductas sexuales de riesgo como el tener relaciones sexuales (anales, vaginales y orales), ya sea con una o múltiples parejas, ocasionales y/o regulares sin usar condón, tiene una alta probabilidad de infectarse. Por otro lado si lleva a cabo conductas sexuales de protección en las cuales incluya el uso adecuado del condón y el sexo seguro que involucra alternativas como masaje, caricias y masturbación mutua sin intercambio de fluidos corporales, sus probabilidades de adquirir el VIH/SIDA serán bajas (Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho, 1990; Alfaro, Rivera y Díaz-Loving, 1991; Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho, 1992).

Se sabe que la información acerca de las conductas sexuales de riesgo y de prevención es necesaria, pero no suficiente para lograr un cambio conductual (Bayés, 1992) puesto que además de la información, existe la influencia de una gran cantidad de factores como los de personalidad, que determinan en cierto grado que las personas lleven a cabo conductas sexuales específicas de protección ante el VIH/SIDA.

Debido a esto es importante conocer algunos aspectos del comportamiento sexual del adolescente, ya que la relación genital heterosexual completa ocurre durante la adolescencia. El contacto sexual entre adolescentes es un fenómeno mucho más frecuente de lo que habitualmente consideran los adultos, éstos tratan de negar la genitalidad del adolescente y no sólo minimizan su capacidad de relación genital heterosexual, sino que la dificultan. Para Aberastury (1978), las relaciones sexuales

de los adolescentes tienen un carácter exploratorio de aprendizaje de la genitalidad, más que un verdadero ejercicio genital adulto. Todavía son muchos los adultos que piensan que abordar el tema de la sexualidad significa describir el aparato reproductor y sus funciones. Esta es la mejor manera de no dar respuesta al problema fundamental de los adolescentes: la necesidad de tener relación sexual, de disminuir la angustia que les produce el desconocimiento sobre muchos aspectos sexuales y la culpa generada por los tabúes y mitos aprendidos durante su infancia. Todo esto los orilla a iniciar su vida sexual activa con temores, culpa y riesgo, lo cual se refleja en el número creciente de embarazos en adolescentes y de jóvenes con alguna enfermedad de transmisión sexual, incluyendo el SIDA (Pick y Vargas, 1993).

Lo anterior indica que los adolescentes están teniendo comportamientos de riesgo ante el contagio de VIH/SIDA, por lo cual la población estudiantil es un grupo digno de especial atención y el estudio de sus prácticas sexuales se vuelve sumamente importante. Las prácticas sexuales asociadas al contagio de SIDA se refieren básicamente al inicio de la vida sexual, tipo de relación sexual (vaginal, anal y oral) y al número de parejas sexuales, ya que mientras más alto es el número de parejas sexuales sin utilizar condón es más alta la posibilidad de adquirir el virus del SIDA (Alfaro, 1995).

Se han llevado a cabo grandes encuestas sobre sexualidad en diversos países, que han contribuido a aclarar un poco el panorama. En particular se han efectuado dos macro encuestas sobre comportamiento sexual en Francia y Gran Bretaña, y se está en espera de los resultados comparativos de un estudio realizado en varios países europeos. Quizá lo más interesante que han revelado estas investigaciones es que, por lo menos en los países occidentales más desarrollados, se constata una tendencia al establecimiento de nuevas pautas de comportamiento en las generaciones más jóvenes. Estas diferencias consisten fundamentalmente en una clara precocidad en el inicio de las relaciones sexuales y en un mayor número de parejas bajo la modalidad que se ha denominado monogamia secuencial, que consiste en relaciones monogámicas con parejas de corta duración que se van sustituyendo a lo largo de la vida (Del Río, y Rico, 1996).

Los estudios de Zelnik, 1980 (citado en Valdespino y cols., 1995) en mujeres adolescentes estadounidenses en los años sesentas reflejaron que la media de edad de la primera relación sexual fue de 16 años con tendencia a ser más tempranas. Al mismo tiempo los estudios de Kinsey (1948; 1953), indicaron que el porcentaje de parejas extramatrimoniales en hombres casados oscilaba entre 50 y 26% y en mujeres casadas entre 26 y 21%.

En México las estadísticas muestran que el inicio de la vida sexual activa ocurre alrededor de los 16 años, presentando diferencias por sexo, los hombres se inician sexualmente a más temprana edad y tienen mayor número de parejas sexuales que

las mujeres (Díaz-Loving, Pick, Andrade y Atkin, 1988; Sepúlveda y cols, 1989; Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho, 1992; Bronfman y cols, 1995; Alfaro, 1995; Torres, 1996); a pesar de que los valores sociales están encaminados a la promoción de la abstinencia sexual prematrimonial.

Los datos obtenidos en cuanto al patrón sexual en esta población, confirman la información obtenida por Díaz-Guerrero (1982), acerca de los roles sexuales en la cultura mexicana, en la cual al hombre se le permite y algunas veces se le fomenta un comportamiento sexual a una edad más temprana.

Algunos de los patrones de conducta sexual mencionados anteriormente, coinciden con los informes internacionales en cuanto a la edad de la primera relación, número de parejas sexuales, y preferencia sexual (Valdespino, García, Izazola, 1989 y Bayés, 1992).

Estos patrones sexuales, indican comportamientos de riesgo, ante el VIH/SIDA, aun cuando el número de adolescentes infectados es mucho menor que el de adultos, expertos en el tema sugieren que la infección por VIH en este grupo de edad puede convertirse en un problema de gran magnitud en un futuro próximo. Además, los adolescentes infectados de hoy en pocos años serán adultos infectados o presentarán las manifestaciones de SIDA. Preparar a los adolescentes para enfrentar el VIH/SIDA requiere no sólo de acciones preventivas del sector salud, sino también de la participación de los sectores educativos, laborales, culturales y legales en campañas y programas de educación diseñados para cambiar el comportamiento sexual de los adolescentes. Sin embargo, es importante aclarar que no todas las prácticas sexuales conllevan el mismo riesgo de contagio. Cuanto más riesgosas sean, mayor será la posibilidad de contraer la infección. De acuerdo con la facilidad con que se produce el contagio pueden clasificarse en prácticas sexuales sin riesgo, poco riesgosas, y peligrosas. Entre las prácticas sexuales sin riesgo se incluyen las caricias, los besos secos, la masturbación si la piel está sana, y el sexo oral con condón. En el grupo de las poco riesgosas están el coito vaginal con condón, los besos húmedos o linguales y el coito anal con condón. Las prácticas riesgosas abarcan el sexo oral sin protección y la masturbación en los casos en que la piel está lesionada e implican el posible contacto de las secreciones genitales infectadas con la piel o las mucosas de las personas receptoras. Las prácticas peligrosas incluyen el coito vaginal y anal sin condón (este último entraña un riesgo mayor) (O.M.S., 1989).

El ejercicio responsable de la sexualidad tiende principalmente a evitar las múltiples parejas sexuales y las relaciones sexuales ocasionales, así como el uso correcto del condón siempre que se tengan relaciones sexuales.

Entre las medidas para prevenir las enfermedades sexualmente transmisibles incluyendo el SIDA están: la abstinencia sexual; tener relaciones sexuales sólo con

una pareja y además que ésta no padezca de VIH/SIDA; practicar el sexo seguro y el uso correcto del condón. Si bien los métodos anteriores constituyen teóricamente una alternativa, en la mayoría de las culturas y por diferentes razones, no se utilizan con la frecuencia necesaria. En la prevención de la transmisión sexual existen dos conceptos generales fundamentales: el ejercicio responsable de la sexualidad y las prácticas de sexo seguro (SSA/CONASIDA, 1993).

El término sexo seguro con frecuencia se utiliza como sinónimo de *sexo con condón*, pero las únicas prácticas sexuales que pueden incluirse en este concepto son aquellas en las que no existe penetración ni intercambio de secreciones sexuales (semen, líquido preeyaculatorio, secreciones vaginales) o sangre. Así dentro de este método se incluyen entre otras la masturbación, las caricias y los abrazos, por ello, al referirse al uso del condón o de cualquier otra barrera mecánica durante una relación sexual con penetración, es preferible hablar de *sexo protegido* (Preciado y Montesinos, 1992; Del Rfo y Uribe, 1993).

Para estudiar las conductas sexuales preventivas ante el SIDA (como uso de condón y sexo seguro), es importante conocer algunos factores psicosociales que se relacionan con las conductas sexuales de riesgo ante el VIH/SIDA.

4. FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA TRANSMISIÓN DE VIH/SIDA, USO DEL CONDÓN Y SEXO SEGURO

Es necesario entender que los esfuerzos para cambiar conductas sexuales de alto riesgo ante el SIDA y aumentar las de sexo seguro, ocurren en un contexto social; un modo de reducir este riesgo es enseñar a las personas habilidades sociales que les permitan rehusar involucrarse en comportamientos de riesgo y aprender a discutir abiertamente las alternativas de prevención, para evitar la propagación del VIH/SIDA (Kelly, Laurence y Hood, 1989).

Kelly y Laurence, (1986) demostraron que el uso de la asertividad sexual disminuye las conductas de alto riesgo en una población homosexual y bisexual. Ellos enseñaron a sujetos a discutir de antemano su compromiso hacia el sexo seguro, resistir presiones que lleven a conductas de riesgo, y rehusar actividades sexuales con aquellas personas con las cuales sólo se pretenda tener relaciones sociales. Sería interesante ver cómo influyen estas conductas en poblaciones heterosexuales.

Los esfuerzos de prevención de SIDA han avanzado considerablemente a tal grado que cada uno de ellos está basado en teorías válidas sobre los determinantes de la conducta sexual y en principios derivados de la psicología de la salud (Coates, 1992).

Muchos de estos principios como el Modelo de la Reducción de Riesgo del SIDA de Catania, Kegeles y Coates, (1990), han tomado en cuenta a diversos factores como el que los sujetos se perciban en riesgo de contraer la infección de VIH/SIDA, tomar una decisión firme para operar cambios en su conducta considerando los beneficios que se obtendrían a cambio del sacrificio y ejecutar la acción.

Para que realmente exista un cambio en las conductas de riesgo ante el contagio de SIDA, se deben estudiar algunos factores psicosociales asociados con la infección, tales como conocimientos, creencias, actitudes y rasgos de personalidad que se relacionen con comportamientos preventivos ante el SIDA, como el uso del condón y el sexo seguro.

El conocimiento se refiere a la información organizada que los sujetos tienen sobre algún tema o sobre un conjunto de temas, el conocimiento estaría más cercano a la objetividad, a la información documentada, a diferencia de las creencias que se acercan más a información con poco o ningún fundamento científico (Pepitone, 1991).

Dentro de los factores psicosociales se ha estudiado el conocimiento que la población tiene acerca del SIDA, sus formas de transmisión y prevención (Villagrán, 1993).

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

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

El análisis funcional del comportamiento ofrece algunas explicaciones de por qué las personas no adaptan su comportamiento a la información que poseen en decisiones que pueden afectar gravemente a su salud e incluso a sus posibilidades de supervivencia: 1) los comportamientos de riesgo van seguidos de forma segura e inmediata, por una consecuencia placentera intrínseca, a menudo intensa, de corta duración; 2) las consecuencias nocivas que pueden derivarse de la práctica de los comportamientos de riesgo son sólo probables y siempre a largo plazo; 3) no existe una cadena de hechos sensibles que vincule la práctica del comportamiento de riesgo con el momento de aparición del dolor o primeros signos de la enfermedad letal; 4) desde un punto de vista intrínseco los comportamientos de prevención van seguidos de forma segura e inmediata por una evitación, aplazamiento o atenuación de la consecuencia placentera; 5) las consecuencias positivas que pueden derivarse intrínsecamente de la práctica de los comportamientos de prevención son sólo probables y siempre a largo plazo; 6) no existe una cadena de hechos sensibles que vincule la práctica de un comportamiento de prevención completo con un buen estado de salud al cabo de unos años (Bayés, 1992).

En investigaciones realizadas se ha encontrado de manera contrastante que la población general tiene conocimientos acerca del SIDA y sobre todo que la población estudiantil universitaria cuenta con un alto nivel de conocimientos, tales como sus formas de transmisión y prevención, debido a que tienen más acceso a la información, sin embargo, se ha observado también que estos conocimientos no se aplican en sus prácticas sexuales (Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda, 1989; Bronfman y cols, 1995; DiClemente, Zorn y Temoshok, 1987; Alfaro, 1991; Villagrán, 1993; Villagrán y Díaz-Loving, 1992; Torres, 1996), ya que incurren en prácticas de alto riesgo. Siguiendo lo anterior, Bayés (1992) señala que a pesar de que los estudiantes tienen conocimientos adecuados sobre SIDA, no los

aplican de manera adecuada a sus conductas, sobre todo a las sexuales, porque no valoran las consecuencias de su comportamiento, pudiendo considerar a estas prácticas de alto riesgo.

Se han estudiado las creencias y actitudes que los adolescentes manifiestan en torno al VIH/SIDA. En la sociedad mexicana, el diagnóstico de SIDA o seropositivo al VIH se ha relacionado con grupos específicos identificados y señalados históricamente por sus prácticas sexuales: la homosexualidad masculina, la prostitución y el tener múltiples parejas sexuales, marcadas como degradaciones o perversiones. La existencia de estas creencias y actitudes fundamentalmente en el orden de la sexualidad, ha traído consecuencias lamentables, pues, a pesar de que el público en general parece conocer los mecanismos de la transmisión de la infección, los seropositivos y enfermos siguen siendo rechazados y segregados en muchos ámbitos, incluidos los servicios de salud (Bronfman y cols, 1995).

Las creencias se han hecho cada vez más especializadas con el fin de enfrentar los sucesos de la vida cotidiana. Según Ramos-Lira, Díaz-Loving, Saldivar, G., y Martínez (1992), las creencias referidas al SIDA parecen estar fuertemente enlazadas con las creencias de tipo moral, en un estudio realizado por estos autores con población universitaria se les preguntó sobre el origen del SIDA, la población manifestó creencias que bien se podrían insertar en una dimensión moral, especialmente por la búsqueda de culpables y la marginación de un grupo al que se le considera *transmisor premeditado de un mal*, la creencia sobre su origen fue de un castigo colectivo por su perversidad sexual general y castigo individual por el ejercicio de una sexualidad irresponsable. Esta orientación protege a las personas psicológicamente, ya que su percepción del SIDA está íntimamente ligada con una percepción de castigo justo en donde los que sufren SIDA se lo merecen por su irresponsabilidad, exceso y perversión sexual (homosexualidad y bisexualidad), por trastocar ciertos valores tradicionales. Sin embargo, esta protección psicológica pone a los individuos en un riesgo biológico, que los puede llevar a tener prácticas específicas de riesgo por no percibirse como parte de los grupos estigmatizados que sí se pueden contagiar.

Es importante mencionar que las creencias erróneas y negativas en cuanto al SIDA, pueden llevar a conductas erróneas para enfrentar la transmisión, por ejemplo, las creencias sobre el origen del SIDA y de que es una enfermedad exclusiva de prostitutas y homosexuales (Izazola y cols, 1989) y como tales son los únicos agentes transmisores, les proporciona cierto control, por lo que en muchas ocasiones los individuos no tienen conductas sexuales preventivas como el uso del condón.

Las encuestas realizadas en diversos países, incluyendo México, no informan de cambios significativos en las conductas sexuales, a pesar del incremento de la información, al respecto pareciera que existen *más seguras* (Bronfman y cols, 1995;

Sepúlveda y cols, 1989; Villagrán, 1993, Torres, 1996). En un estudio realizado por Alfaro (1995) con estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria de la UNAM, encontró que mientras el 87% de los jóvenes estudiantes conocen los efectos preventivos del uso del condón, tan sólo el 33% de ellos declaran haberlo utilizado.

El condón se ha convertido en uno de los principales métodos para prevenir la transmisión sexual del VIH/SIDA; sin embargo, la posibilidad de disminuir la transmisión sexual, está relacionada con el uso correcto del condón (O.M.S., 1989).

Diversos estudios basados en los modelos actuales de transmisión del VIH/SIDA, sugieren que si tan sólo el 15% de hombres en poblaciones urbanas que tienen múltiples parejas sexuales usaran condones consistentemente, la seroprevalencia del VIH en dicha población no aumentaría (Del Río y Uribe, 1993). Por ello las campañas de distribución y uso de condones deben hacer énfasis en la conveniencia de usar el condón, con el fin de disminuir en forma significativa el riesgo de adquirir E.T.S, como VIH/SIDA y embarazos no deseados. Asimismo, deben dirigirse a las poblaciones con más alto riesgo, concretamente en los hombres con más de una pareja sexual, trabajadores del sexo comercial y adolescentes.

Entre los factores que determinan el uso de los condones (*en hombres y mujeres de cualquier orientación sexual*) tanto la comunicación sexual como el placer sexual obtenido durante el uso de los condones constituyen elementos poderosos y consistentes. Los programas de prevención que promueven el uso de los condones deben incrementar la comunicación sexual, enseñar a la población cómo realizar el goce sexual al usar condones, y reducir las barreras en las actitudes negativas de los individuos en relación con la adquisición y uso de los mismos, particularmente entre los heterosexuales de alto riesgo (Coates, 1992).

Los datos sobre la frecuencia del uso del condón son difíciles de obtener y comparar de un estudio a otro, pero se sabe que es uno de los métodos anticonceptivos menos utilizados en planificación familiar a nivel mundial. En un estudio realizado en Tailandia, en 1987, menos del 2% de los que practicaban algún método anticonceptivo usaban condones. Sin embargo, a partir de la aparición del SIDA, y a pesar de la dificultad para obtener información, se observa un incremento en su uso; la O.M.S, estima que diariamente se llevan a cabo 100 millones de relaciones sexuales, de las cuales 910 000 terminan en embarazos, 356 000 en E.T.S y unas 6 000 en infecciones por VIH (Del Río y Uribe, 1993).

Varios estudios han retomado el concepto de actitudes y lo relacionan con el uso del condón, por ejemplo, Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks (1990), encontraron tres dimensiones que los autores consideran pueden ser barreras o facilitadores para las intenciones en cambios de las conductas preventivas y que pudieran usarse para las campañas de educación en salud. Las dimensiones encontradas indican que los condones pueden ser ofensivos, afectivos o atractivos,

también encontraron diferencias debidas al sexo, señalan que las mujeres consideran el condón más ofensivo que los hombres. Sin embargo, la experiencia en el uso los hace más atractivos y menos ofensivos.

Barnard, Herbert, De Man y Farrar (1989), llevaron a cabo un estudio sobre uso de condón en estudiantes y encontraron cuatro dimensiones, que pudieran estar influyendo en la intención de no usar el condón; ya que los estudiantes lo perciben como inhibidor del placer sexual y físico, indicando además que tienen dificultades e inconvenientes asociados al uso y situaciones embarazosas como la compra y uso.

Villagrán y Díaz-Loving (1992), entrevistaron estudiantes mexicanos universitarios sobre la frecuencia y uso del condón, así como sus actitudes y creencias. Encontraron que factores de interacción de pareja, hedonismo, económicos, morales, de género y de experiencia sexual fueron mejores predictores para la frecuencia de uso de condón con parejas regulares, mientras que factores de respuesta sexual y hedónicos fueron mejores predictores del uso del condón con parejas ocasionales. En diversos estudios con jóvenes universitarios mexicanos se ha encontrado, que la mayoría de éstos tienen creencias y actitudes positivas, encontrando sobre todo diferencias en el debut sexual, ya que los estudiantes que no han tenido relaciones sexuales tienen actitudes que podrían considerarse como barreras para la intención de usarlo en un futuro (Villagrán, 1993; Villagrán y Díaz-Loving, 1992, Alfaro, 1994; 1995).

Díaz-Loving y Rivera (1992) señalan que las actitudes positivas hacia el uso del condón aumentan con el uso, es decir, entre más se usa más positivamente se evalúa. Asimismo, es interesante considerar la importancia de algunas características de personalidad, como la asertividad y la abnegación, asociadas con la petición del uso del condón, en donde se observa que las personas se describen como pasivo-abnegadas, usan constantemente el condón con su pareja regular y no lo usan con parejas ocasionales, por otro lado aquellos sujetos asertivos y abiertos en sus relaciones sexuales usan condón con su pareja regular en forma consistente (Díaz-Loving, 1994).

White y Johnson ,1988 (citados en Díaz-Loving, 1994), en lo referente a la toma de riesgo y planeación del futuro señalan que el tener un mayor número de relaciones sexuales con más parejas y con un menor uso del condón, refleja un perfil alto en la toma de riesgos, desinhibiciones e impulsividad, a este respecto Díaz-Loving y Rivera, (1992) señalan que es posible postular que una persona realiza conductas riesgosas por valorarlas y considerarlas excitantes, interesantes, originales, sin prever las consecuencias futuras que pudieran implicar estar en riesgo. Asimismo los sujetos en estados de ansiedad y depresión son más susceptibles de realizar conductas de riesgo, debido a que durante estas etapas es más importante reducir las tensiones estresantes teniendo relaciones sexuales, aun cuando no se hallan tomado las precauciones necesarias para reducir la posibilidad de contagio de VIH.

Tal como se ha descrito anteriormente (DiClemente 1989; Kann, Anderson, Holtzman, Ross y Kolbe, 1990; Kegeles, Adler e Irwin, 1988; King y Wrigth, 1990), los adolescentes constituyen un grupo de riesgo potencialmente alto para contraer la infección por VIH/SIDA. Algunos factores relacionados a esta situación son los siguientes: carencia de información sobre sexualidad y las formas de reducir los riesgos asociados a la actividad sexual; altos niveles de actividad sexual desprotegida, con la consiguiente alta frecuencia de embarazos no deseados y episodios de enfermedades sexualmente transmitidas; factores de personalidad (tendencia a experimentar nuevos comportamientos, pensamiento concreto, negación de los riesgos, susceptibilidad a la presión del medio) y actitudes (hacia la aceptabilidad del uso del condón y otros métodos anticonceptivos; homofobia y discriminación contra las personas con SIDA); entre otros.

Dado que la personalidad es uno de los factores de gran relevancia para comprender las conductas preventivas ante el VIH/SIDA, es conveniente incluir en el presente trabajo el estudio de la personalidad.

5. PERSONALIDAD: LOCUS DE CONTROL Y AUTOCONCEPTO EN RELACION CON EL VIH/SIDA

El SIDA es un fenómeno que se ha presentado a nivel mundial y ha desencadenado una serie de reacciones afectivas, cognitivas y conductuales que, de acuerdo a investigaciones realizadas al respecto, en buena medida es compartida dentro de determinados grupos poblacionales, ya sea que se hable de grupos relacionados por edad, sexo, situación sexual, ocupación y muy probablemente de acuerdo con determinados perfiles de personalidad; por ello es importante estudiar la personalidad y su relación con el VIH/SIDA.

El estudio de la personalidad dentro de la psicología es importante, ya que permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir y ser de determinada manera. Además de que integran en un solo concepto todos los procesos básicos existentes en psicología, aumentando por lo tanto la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo (Cueli, 1978).

La personalidad es el conjunto de las formas relativamente consistentes de relacionarse con la gente y las situaciones que ponen un sello de individualidad en cada uno de nosotros. En tanto que nuestras actitudes, valores, opiniones y emociones son las piedras angulares de nuestra individualidad, el modo como actuamos en estos estados mentales determinan lo que otros verán como nuestra personalidad (Papalia y Olds, 1993).

La personalidad es un proceso dinámico que está constituido por modelos relativamente constantes de percibir, pensar, sentir y comportarse que dan a cada persona su propia identidad (Davidoff, 1989). De acuerdo a esta definición se puede inferir que la personalidad es un concepto abstracto que incluye pensamientos, motivos, emociones, intereses, actitudes, habilidades y otros procesos similares que tienen como fin que el individuo se adapte a su medio ambiente, en otras palabras, *la personalidad es la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan ajustes únicos a su ambiente* (Allport, 1965).

Para Mussen, Conger y Kagan (1982) la personalidad es un concepto amplio que se refiere a la organización duradera de las predisposiciones, características (rasgos), motivaciones, valores y formas de ajustarse del individuo al medio ambiente. El desarrollo de la personalidad es un proceso complicado, conformado por un gran número de factores interrelacionados que interactúan continuamente.

Así podemos decir que la personalidad se conforma por tres factores fundamentales que son: 1) biológicos (genética, bioquímica, aspectos fisiológicos del sistema nervioso, maduración, entre otros); 2) psicológicos (procesos básicos como

motivación, emoción, percepción, aprendizaje, memoria, pensamiento y lenguaje); 3) sociales (factores socioeconómicos y culturales como la familia, la historia, la religión, entre otros). Estos tres factores se retroalimentan entre sí, por lo que la personalidad se vuelve un proceso dinámico, teniendo por lo tanto un equilibrio en el medio ambiente, lo cual permite que el individuo se adapte y se desarrolle en su entorno.

Para poder explicar la personalidad, es necesario el estudio de su evolución y desarrollo a través de los factores antes mencionados (biológicos, psicológicos y sociales).

El comportamiento humano se debe principalmente a las características de la persona y a las demandas e influencias del medio social en que se desenvuelve. En la formación de las sociedades y las personas que viven en ellas puede identificarse una fuente común. Por una parte, como lo indica Darwin (1859), las características que emergen y persisten en una especie están íntimamente relacionadas a la sobrevivencia de la misma. Estas características surgen de mutaciones de la información genética, las cuales son seleccionadas en tanto que permiten a una especie sobrevivir y reproducirse en un determinado nicho ecológico. Es decir, las características de la personalidad de los individuos dependen de la información genética que a través de la evolución han resultado favorecedoras para la sobrevivencia de la especie (Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 1992).

Asimismo Campbell (1975) indica que en un proceso semejante al de la evolución de las especies, se da la evolución de las sociedades, en éstas, la variación de los grupos aparece como consecuencia de variables geográficas, históricas, de inconformidad individual o grupal, o simplemente por fallas en la transmisión de una generación a otra. Tales diferencias se convierten en comportamientos que perduran a través de las generaciones, cuando otorgan algún valor de sobrevivencia a la sociedad que las internaliza. Estas reglas de comportamiento son transmitidas a través del proceso de socialización, que se da a su vez por la interacción del individuo con su grupo social.

Cada cultura, subcultura o grupo étnico tiene una personalidad "típica" un conjunto particular de motivos, ideales y maneras de interactuar con personas, que es característica de sus miembros. Tradicionalmente, a los varones norteamericanos se les ha incitado a ser vigorosos, autónomos, independientes, a saberse hacer valer, a mostrar sensibilidad social, orientarse a los logros y mostrarse competitivos. En otras culturas, a los chicos se les cría de manera diferente. A los niños mexiconorteamericanos del Sudeste se les entrena, por lo general, para que se muestren más cooperativos que los niños caucásicos-norteamericanos. Los padres japoneses fomentan la interdependencia en las relaciones con los demás y la configuración de un perfil poco ostentoso, sereno y exteriormente pasivo. Los niños

de estas culturas se preocupan menos por la autonomía personal que la mayoría de los niños que se crían en la clase media norteamericana (Mussen y cols, 1982)

La personalidad es fundamentalmente un producto del aprendizaje social, y durante los primeros años, la familia (los padres, los hermanos) crean el ambiente de aprendizaje para el niño. Los padres mantienen las interacciones más frecuentes e intensas con los niños desde un momento temprano de la vida; de aquí que regulen y modifiquen continuamente el comportamiento de sus hijos. Su papel es clave en la socialización del niño, el proceso por el cual el niño adquiere los patrones conductuales, los motivos y los valores que son habituales y aceptables de acuerdo con las normas de su familia o de su grupo social. Sin embargo, es importante hacer hincapié en que la familia no es el único agente de la socialización. Otros agentes como los iguales, maestros, vecinos, clérigos y los sistemas de comunicación dan forma también a la conducta del niño y modelan las características de su personalidad (Mussen y cols, 1982).

Se puede concluir que las características de personalidad de un individuo emanan de la información genética que comparte con el resto de la especie (variables biológicas), y la interacción de éstas con la información, reglas y normas de comportamiento que recibe en sus relaciones interpersonales con los miembros de su familia, de su comunidad y su sociedad, dando por consecuencia el proceso de individuación el cual se da a través de un interaccionismo simbólico, que indica el descubrimiento de quiénes somos, por la forma en que los que nos rodean nos perciben, nos tratan y nos evalúan (Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 1992).

El estudio de la personalidad es mucho más antiguo de lo que suponemos; ya que desde épocas remotas el hombre ha dirigido su atención hacia sí mismo en la búsqueda de lo que sucede en el mundo exterior (Cueli, 1978). Así surgen las teorías que tratan de explicar la personalidad a través de la naturaleza humana en todas sus complejidades y contradicciones. Se puede suponer que una teoría de la personalidad no es más que una filosofía de la vida de un individuo y sus hipótesis en torno a la naturaleza humana. Para Garrison y Loredo (1996) las teorías de la personalidad cumplen con varias funciones:

1. Organizan hechos concernientes a nuestra personalidad (formas genéricas del comportamiento humano), teniendo la meta de descubrir patrones de la conducta humana.
2. Una teoría de la personalidad trata de explicar las diferencias entre los individuos, yendo más allá del comportamiento superficial.
3. Las teorías de la personalidad tratan de explicar cómo el hombre conduce su vida; por lo que tratan de entender por qué surgen alteraciones en la personalidad, así como la forma de tratarlas y prevenirlas.

En un intento por explicar la personalidad han surgido diferentes teorías que abordan su estudio, considerando ciertos aspectos del individuo en interacción con el medio ambiente, entre las perspectivas más destacadas se encuentran las siguientes: Las teorías psicodinámicas, conductuales, humanistas y la teoría del ecosistema humano de la personalidad.

5.1. Teorías Psicodinámicas

Su objetivo es explicar la naturaleza y desarrollo de la personalidad a través de la importancia de los motivos, emociones y fuerzas internas. Suponen que la personalidad se desarrolla al irse resolviendo los conflictos psicológicos adquiridos durante los primeros años de la niñez (Davidoff, 1989). Las principales teorías psicodinámicas son:

A. Teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud (1856-1939).

Explica la personalidad a través de la conducta anormal de los individuos, propone que la personalidad se desarrolla gracias a una energía sexual (libido), pero ésta debe tener un curso normal para que no existan alteraciones; si durante las primeras etapas de desarrollo existen conflictos y frustraciones, esta energía queda estancada y provoca alteraciones en la personalidad de los individuos (Davidoff, 1989).

Según Cueli (1978), Freud maneja la hipótesis topográfica, la cual indica que existen determinantes de la conducta o procesos que determinan la personalidad los cuales son: A. Consciente, que se refiere a todo aquel material que tenemos presente en un momento determinado. B. Preconsciente, que son los recuerdos enterrados a corta distancia del consciente, y que es relativamente fácil sacar a la luz o a la conciencia. C. Inconsciente, es toda la materia que no recordamos y entra en la conciencia en forma disfrazada. Este material aparece en los sueños, se desliza por la lengua a través de errores, accidentes y durante la asociación libre. Por lo tanto para poder penetrar y comprender el inconsciente se tiene que analizar la conducta, recuerdos, sueños, errores y las asociaciones durante un tiempo relativamente largo.

Freud se enfocaba hacia los aspectos inconscientes de la personalidad, según él, los impulsos, los componentes de la personalidad, los recuerdos de la niñez temprana y los conflictos dolorosos tienden a ser inconscientes (Davidoff, 1989). Expuso su hipótesis estructural de la Personalidad, donde indicaba la existencia de un aparato intrapsíquico, que estaba compuesto por: A. El Ello (id), que es el vínculo primitivo de la personalidad, constituye el dominio de los impulsos, no tiene organización lógica, tampoco existe ni presente ni pasado ya que no existe el sentido del tiempo, tampoco tiene valores morales; está dominado por el principio del placer, el cual exige constantemente satisfacción inmediata de los impulsos puesto que no tolera

que se acumule la energía. El ello no puede distinguir entre la imaginación y el mundo exterior. B. El yo (ego), emerge con el desarrollo de la infancia, se encarga de las interacciones diarias con el entorno cuando el individuo en su infancia va aprendiendo que la realidad es distinta de las propias necesidades y deseos; se rige por el principio de la realidad. C. El superyo (superego), se forma del yo, cuando en la infancia el individuo se identifica con sus padres, asimilando las restricciones sociales, valores y costumbres, es la conciencia que lucha por la perfección, es el fundamento del idealismo, sacrificio de sí mismo y del heroísmo; por lo que funciona mediante el principio del deber (Cueli, 1978).

La función del yo es tan difícil que inconscientemente todo el mundo recurre a defensas psicológicas para poder controlar la angustia que causan los conflictos. A estas técnicas Freud les dio el nombre de mecanismos de defensa, porque defienden al yo e impiden que sufra ansiedad por no haber cumplido con su misión. Los mecanismos de defensa son imprescindibles para el equilibrio psíquico. Alivian la confusión, ayudan a superar las crisis y dan a los individuos tiempo para resolver los problemas.

Freud explicó el desarrollo de la personalidad a través de su teoría psicosexual, en donde expresa que las primeras experiencias moldean la personalidad de los individuos (Di Carpio, 1990).

B. Teorías Neopsicoanalíticas

Muchos de los seguidores de Freud, realizaron su propia teoría al discrepar en algunos aspectos del psicoanálisis Freudiano; en general existía la crítica sobre los impulsos sexuales, ya que se consideraba que no todos los conflictos y alteraciones eran debidos a éstos. Entre los autores más destacados podemos citar a Alfred Adler (citado en Di Carpio, 1990).

Adler (1917), estaba convencido de que la fuerza impulsora de la vida humana es el deseo de superar sus sentimientos de inferioridad. Según Adler, la forma en que los padres tratan a sus hijos influye profundamente en sus estilos de vida que escogerán después. La condescendencia excesiva, tiende a producir individuos egocéntricos que tienen poco respeto por la gente y que esperan que todo el mundo cumplan sus deseos. Por otra parte, el niño a quien sus padres descuidan se volverá hostil y agresivo para vengarse de sus padres. Estos dos tipos de niños generan adultos con poca seguridad en su capacidad para afrontar las exigencias de la vida.

El estilo de vida que cada ser humano busca es una combinación de dos cosas: la dirección de cada conducta dictada e impulsada desde el interior, y las fuerzas de su medio que ayudan, interfieren o remodelan la dirección que el deseo interno quiere tomar. La parte más importante de este sistema dual es el self (yo) interno de cada ser humano. Un mismo hecho puede producir una reacción totalmente diferente

dentro de los selfs internos de los seres humanos, el aspecto importante es que la conducta está causada principalmente dentro del self, pero siempre que esté en contra posición con el medio. Adler confiere al hombre poder de voluntad, aunque, asienta, no siempre es totalmente libre para hacer y arreglar su propia vida. Adler no acepta el punto de vista que define al hombre como producto de su medio para él existe demasiado material que nace y se desarrolla dentro del hombre. Este sistema autooperado, fue el que este investigador llamó estilo de vida.

Adler (1929), extendió su teoría para acentuar que el hombre también es un ser humano socialmente interesado. Afirmaba que éste nace con un interés en los seres sociales. Este interés en las criaturas semejantes es universal. Como todos los instintos necesita un contacto para ponerlo en acción. Adler estableció que este contacto con otros seres humanos es una condición automática. El hombre tiene que ser criado por el hombre tan definitivamente como que tiene que nacer del hombre.

5. 2. Teorías Conductuales

En general tienen como finalidad el estudio objetivo de la conducta de los individuos; desde su punto de vista, los individuos difieren en sus experiencias de aprendizaje, adquieren varios comportamientos y, por lo mismo, personalidades distintas; dos son los teóricos más representativos de estas Teorías: B.F. Skinner y Albert Bandura (Garrison y Loredó, 1996).

B.F Skinner ejerció una profunda influencia en las teorías de la personalidad a pesar de que no propuso una teoría al respecto. Skinner no percibió la necesidad de un concepto general acerca de la estructura de la personalidad. Se centró más bien en descubrir las causas exactas por las cuales el ser humano se comporta de determinada manera. Se trata de un enfoque muy pragmático en el cual lo que le interesaba era predecir y controlar el comportamiento. Skinner puso de relieve el condicionamiento operante en su descripción y explicación de la personalidad (Davidoff, 1989; Papalia y Olds, 1993; Garrison y Loredó, 1996).

Para Bandura la personalidad no se adquiere solamente a través del reforzamiento directo del comportamiento como lo explicaba Skinner, sino también por aprendizaje observacional, o imitación. En este tipo de aprendizaje social, el individuo adquiere una nueva conducta al ver las acciones de otra persona. Bandura indicó que gran parte del comportamiento y la personalidad del niño se adquieren por contacto con modelos específicos durante la vida; descubrió que las consecuencias de imitar una conducta influyen en el deseo del observador de efectuarla (Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 1992, Davidoff, 1989, Garrison y Loredó, 1996).

5.3. Teorías Humanistas

Los teóricos de la posición humanista indican que el ser humano es un organismo integrado que no se puede conocer por el estudio de sus componentes para luego sumarlos. De esta manera para conocer al ser humano, los estudios se deben centrar en el self (uno mismo). El self generalmente se define como modelo interno (imagen o concepto de uno mismo) que se forma a través de la interacción con el mundo circundante (Davidoff, 1989).

La teoría humanista se funda en la idea de que todos los hombres luchan por alcanzar la autorrealización, es decir, alcanzar el máximo desarrollo de sus potencialidades humanas; los principales representantes de esta teoría son Maslow y Rogers. Maslow, basó su teoría de la personalidad en estudios de personas sanas, creativas y que se autorrealizan y no en individuos con perturbaciones psíquicas. Según Maslow para que uno se pueda autorrealizar primero se deben satisfacer las necesidades básicas como de alimento, vivienda, para luego subir en una jerarquía de necesidades que implica obtener seguridad física, amor, pertenencia y autoestima (Garrison y Loredo, 1996).

Por su parte Rogers concibe a la niñez como periodo especialmente crucial para el desarrollo de la personalidad; en esto concuerda con los teóricos psicodinámicos. Menciona que todo ser humano necesita cariño, estima y aceptación de las personas que le rodean y le interesan para poder desarrollarse como ser humano. Aunque Rogers reconoce que la herencia y el ambiente limitan la personalidad de varias maneras, se fija más bien en los límites que cada quien se impone y que ordinariamente se pueden agrandar. Según él, para ayudar al crecimiento del ser humano, las demás personas importantes del entorno deben aceptar todos los aspectos del individuo, y estimarlo así como apreciarlo. En estas circunstancias las personas empiezan a aceptarse a sí mismas, se abren a sus propias experiencias y se orientan a su plena autorrealización (Davidoff, 1989).

5.4. Teoría del Ecosistema Humano de la Personalidad

Esta teoría sostiene el por qué la conducta de los seres humanos debe buscarse de manera fundamental en la circunstancia historicosociocultural en que han nacido y en la cual se han desarrollado. Su representante es Díaz-Guerrero (1982), quien indica que cada individuo se edifica mediante un proceso dialéctico entre la historia sociocultural de un pueblo y el individuo biopsíquico en desarrollo junto con fuerzas contraculturales. Es decir, al crecer un sujeto dentro de una sociocultura, está expuesto a absorber diferentes cantidades de reglas de comportamiento familiar (premisas socioculturales), y tiene además la posibilidad de seleccionarias en función de sus necesidades biopsíquicas. De esta manera, dentro de una cultura existe una amplia gama de posibilidades, dependiendo de la fuerza con que cada persona

adscriba o rechace las premisas socioculturales. En suma, la cultura tradicional es el ecosistema de los seres humanos.

Díaz-Guerrero hace énfasis en el estudio de los efectos de la historia socio-cultural sobre la personalidad en cualquier investigación, así como el carácter interdisciplinario del concepto de personalidad ya que el individuo está dentro de un proceso histórico-sociocultural y actúa en reciprocidad con el mismo. La cultura, un concepto tan complejo, puede ser reducido a construcciones empíricas, lo que Díaz-Guerrero llamó Premisas Histórico-Socioculturales o Premisas Socioculturales (PSCs). Estas son expresiones de la gente común y corriente, sabiduría popular. Entre las características de las PSCs se encuentran las siguientes: no necesitan de justificación; son permanentes, es decir, relativamente estables a través del tiempo; son normativas para todos los individuos de un grupo sociocultural y determinan además el pensamiento, sentimiento y acción del mismo grupo.

Se pueden distinguir dos tipos básicos de premisas: las premisas cardinales son más centrales e importantes, propician la atmósfera de sentido para muchos dichos y proverbios; las premisas menores son una derivación lógica y psicológica de las cardinales. Un ejemplo de las más centrales serían: *la supremacía incuestionable del padre*, mientras que *los niños deben obedecer a sus madres* constituye un ejemplo de las premisas menores (Díaz-Guerrero, 1982).

Díaz-Guerrero (1976) presentó 123 premisas de la familia mexicana, así como la estructura factorial de las mismas, distinguiendo nueve factores: machismo, obediencia afiliativa vs autoafirmación activa, virginidad, abnegación, temor a la autoridad, status familiar, respeto sobre amor, honor familiar y rigidez cultural, asimismo. En otro estudio, Díaz-Guerrero (1982) observó como la forma afiliativa de vivir de los mexicanos produce el bienestar emotivo y la felicidad interna, lo que indica posiblemente una asociación positiva entre afiliación y algunos aspectos de la autoestima.

En estudios realizados por Díaz-Guerrero (1967, 1976, 1979), acerca de las diferencias de personalidad entre mexicanos y estadounidenses, encontró que estos últimos tienden a ser más activos que los mexicanos en su estilo de confrontación a desafíos y problemas de la vida, debido a que en la cultura mexicana una premisa central indica que la gente debe intentar conciliar y evitar confrontaciones. Es decir, las personas deben automodificarse y complacer a los demás, en vez de autoafirmarse e imponer sus deseos; en cambio en otros países como en Estados Unidos, las premisas prescriben la competencia y la autoafirmación. Generalmente los niños estadounidenses tienden a ser más activamente independientes y a esforzarse en dominar problemas y retos de su ambiente, mientras que los mexicanos son más pasivamente obedientes y se adaptan a las tensiones del medio en lugar de tratar de modificar a éste. Los mexicanos tienden a estar más centrados en la familia, mientras que los estadounidenses lo están más en los individuos.

Los estadounidenses tienden a ser más complejos y diferenciados en la estructura cognoscitiva que los mexicanos. Aunque no hay modo de separar los factores biológicos de los sociales en el desarrollo cognoscitivo entre las dos culturas, la evidencia sugiere, hasta ahora que las diferencias en nivel y patrón de desarrollo intelectual entre los niños mexicanos y estadounidenses se deben primordialmente a las diferencias en premisas socioculturales, orientaciones de valores y el ambiente, sobre todo de la familia y de la escuela en las dos sociedades.

Asimismo, los mexicanos tienden a ser más cooperativos, y los estadounidenses más competitivos; Kagan y Madsen (citados en Díaz-Guerrero (1994), indican que los niños estadounidenses, a diferencia de los mexicanos, se crían en un medio de desarrollo en el que se recompensa la competencia hasta un punto tal que esta estrategia se generaliza incluso a situaciones en las que se vuelve completamente inadaptativa.

Otras diferencias encontradas hacen referencia que los mexicanos tienden a ser más pesimistas y fatalistas en sus perspectivas sobre la vida que los estadounidenses. Existen datos que muestran que los mexicanos tienden a ser obedientes-afiliativos y los estadounidenses autoafirmativos. Para los mexicanos la obediencia es una virtud pero se debe obedecer solo a aquellos a los que uno ama o respeta, esto significa no solamente admiración por la persona respetada sino la anticipación de amor y afecto de y hacia la persona respetada.

Díaz-Guerrero (1994), menciona que en las culturas colectivas como la mexicana, las metas del grupo tienen primacía sobre las metas de los individuos. En las culturas individualistas las metas individuales tienen primacía sobre las metas del grupo. En las culturas colectivas, el comportamiento queda reglamentado básicamente por las normas del grupo; en las culturas individualistas se reglamenta fundamentalmente por lo que le guste o disguste al individuo y por análisis de costo-beneficio. En las culturas colectivas hay mucho énfasis en lo jerárquico. Generalmente el padre es el jefe indiscutible y los hombres tienen más poder que las mujeres. Ciertos valores como el logro, los placeres y el compartir son puestos de relieve por los individualistas más que por los colectivistas, mientras que la integridad y seguridad de la familia, así como la obediencia y la conformidad son valorados mucho más por los colectivistas.

En México, como se ha demostrado, ser simpático es sinónimo de ser bueno. Un individuo es simpático si es cortés, alegre, gracioso, atento, jovial, encantador, comunicativo, cariñoso. Una persona con algunas o con todas estas características es enormemente aceptado en México. Al simpático se le abren todas las puertas y se le ofrecen todo tipo de oportunidades. En Estados Unidos, en cambio, la característica más importante es la eficiencia.

También se ha observado que los estadounidenses son, en términos generales más independientes del medio que los mexicanos y éstos a su vez son más sensitivos al entorno que los estadounidenses; es interesante el hecho de que el varón estadounidense es más independiente del medio, seguido de la mujer estadounidense, en tercer lugar aparecen los hombres mexicanos y en último lugar las mujeres mexicanas (Holtzman, Swartz, Díaz Guerrero, Lara, Morales, Reyes y Witzke, 1975). Se ha demostrado que el ser sensitivo o independiente del entorno tiene grandes repercusiones en el proceso de la información que recibimos del ambiente, ya que mientras los independientes del ámbito parten de estímulos o de información interna para formar sus opiniones, realizar juicios o alcanzar un acuerdo para resolver un conflicto, los sensitivos al medio, son más capaces de aceptar los puntos de vista de los demás en cada una de las actividades. Los dependientes del ámbito son emocionalmente abiertos y giran en torno a las situaciones sociales; tienen, pues, a diferencia de los independientes del entorno, una orientación interpersonal. Adjetivos descriptivos de la personalidad de los sujetos sensitivos al ámbito son: amigables, considerados, cálidos, afectuosos, corteses, discretos, cautos y abiertos. Son personas que no juzgan y más bien aceptan a otros, gustan de la gente y le caen bien a los demás, hacen que se sientan a gusto con ellos. En contraste la descripción de los individuos independientes al medio incluye características como: desconsiderados, rudos, exigentes, ambiciosos, interesados por el poder, oportunistas y manipuladores. Así, es mucho más probable que los sensitivos al medio se lleven mejor con los demás que los independientes del entorno (Díaz-Guerrero, 1994).

Las teorías de la personalidad mencionadas anteriormente proporcionan el marco conceptual para poder explicar y evaluar algunas variables de personalidad relacionadas con comportamientos preventivos o de riesgo que presentan los adolescentes ante el VIH/SIDA

5.5 Locus de Control y Autoconcepto en relación con el VIH/SIDA

El VIH/SIDA, es un fenómeno que se ha presentado a nivel mundial y ha desencadenado una serie de reacciones afectivas, cognoscitivas y conductuales que, de acuerdo a investigaciones realizadas, en buena medida es compartida dentro de determinados grupos poblacionales, ya sea que se hable de grupos relacionados por edad, sexo, situación sexual, ocupación y muy probablemente de acuerdo con determinados perfiles de personalidad. Por ello es importante analizar algunas formas en que se ha concebido a la personalidad y su relación con el SIDA.

Es así que empiezan a aparecer estudios en los que el interés es asociar ciertos rasgos de personalidad con la propensión a realizar conductas que conlleven alto riesgo de contagio o por el contrario que lleven a realizar comportamientos que

reduzcan la probabilidad del contagio (Díaz-Loving, 1994). Entre algunos rasgos de personalidad incluidos en estos estudios están el locus de control y el autoconcepto.

El concepto de Locus de Control (LC) propuesto por Rotter(1966) proviene de la concepción que hace de la naturaleza y los efectos del reforzamiento en su teoría del Aprendizaje Social. Hace notar que la adquisición y desarrollo de habilidades y conocimiento en general está estrechamente ligada al reforzamiento, recompensa o gratificación que recibe el individuo, es decir, la recompensa está ligada a los procesos de aprendizaje y que los efectos de ésta dependan en parte de si la persona la percibe como contingente a su propia conducta o que no dependa de ella. En la teoría del aprendizaje social se cree que la recompensa facilitará expectativas de reforzadores; y la generalización de estas expectativas de reforzadores de control personal en situaciones percibidas como similares es la que se ha llamado Locus de Control, el cual ha sido tratado en la literatura como un rasgo de la personalidad (Rotter, 1966; Joe, 1971).

El control se refiere a que el individuo identifica las causas de su conducta como internas (pertenecientes a él) o externas (presentes en el medio ambiente), tales como: la familia, los amigos, la suerte, Dios, entre otros (Rotter, 1966).

El concepto de control de reforzamiento interno-externo de Rotter dió nacimiento a una gran cantidad de investigaciones acerca de este constructo, que ha sido muy útil para la psicología, sobretodo en el área del funcionamiento de la personalidad (Joe, 1971):

Rotter (1966), considera el constructo de locus de control unidimensional dentro de un continuo, donde los polos representarían respectivamente, la máxima internalidad y la máxima externalidad. Indica que cuando más interna es una persona menos externa será y recíprocamente, cuando más externa menos interna será. Claramente para individuos con control interno, el comportamiento es forzado por el yo del sujeto, mientras que en los del control externo, el comportamiento es forzado por las condiciones del medio ambiente. Asimismo se ha encontrado que a mayor edad aumenta el control interno, de tal manera que los sujetos dentro de los años de desarrollo, se hacen cada vez más internamente controlados. En términos comunes, se diría que las personas con control interno son arquitectos de su propio destino, mientras que las de control externo están más bien sujetos a los vaivenes ambientales.

De esta forma Rotter (1966), encontró que el individuo que cree que puede controlar su propio destino, está más alerta que sus semejantes ante aspectos del medio ambiente que proveen información útil para su conducta futura; hace esfuerzos para mejorar su situación dentro del medio ambiente; le da mucho mayor valor a las recompensas o reforzamientos relacionados con habilidad o con logros y generalmente, se preocupa más acerca de su habilidad; particularmente toma muy

en cuenta sus fracasos, y se resiste hasta a los esfuerzos más sutiles para influenciarlo en alguna dirección determinada.

Phares y Lamiell (citados en Díaz-Guerrero, 1994), indican que se ha venido demostrando que no siempre el tener calificaciones altas en el control interno se relaciona con aspectos positivos del comportamiento, ya que en algunos estudios se ha encontrado, por ejemplo, que los sujetos con calificaciones altas en el control interno tienden a hacer más trampas si se trata de demostrar su habilidad, que los de control externo. Así, las condiciones de la actividad y de las metas por lograr parecen tener una influencia sobre esta dimensión. Sin embargo, en general, se sigue encontrando que la internalidad se presenta con mejores índices de adaptación, satisfacción e involucración en las actividades que la externalidad.

Se ha encontrado que cuando las decisiones involucran opciones positivas hay una mayor tendencia a calificaciones de control interno activo, que cuando las opciones son negativas. Esto ha relacionado el campo de la internalidad-externalidad con la *incapacidad aprendida*, se ha demostrado que cuando, sin importar qué se haga, la conducta es reforzada negativamente, los individuos aprenderán a ser incapaces de resolver cualquier cosa. Hiroto y Seligman (1975) argumentan que la incapacidad aprendida es un rasgo provocado. Notan que tanto la no solución de un problema, como el no poder escapar de un castigo, parecen provocar expectativas de que el responder es totalmente independiente del reforzamiento. Esta teoría y la escala de locus de control han permitido comprender mejor ciertas variables que intervienen en las maneras más eficientes del aprendizaje.

En México se han desarrollado diversos estudios sobre el locus de control (La Rosa, 1985; La Rosa y Díaz-Loving, 1988; Díaz-Loving y Andrade Palos, 1984) los cuales muestran que para la cultura mexicana el locus de control no se presenta bajo una escala unidimensional como Rotter lo había planteado, sino que se han encontrado diferentes dimensiones, por ejemplo Díaz-Loving y Andrade Palos (1984), al estudiar el locus de control en niños mexicanos, encontraron una dimensión afectiva que describe situaciones en las que el niño modifica su medio ambiente a través de las relaciones afectivas con quienes lo rodean.

La importancia de la escala de Díaz-Loving y Andrade Palos, procede del hecho de haber sido construida en la cultura mexicana y para la cultura mexicana, llenando los requisitos de validez de constructo evidenciada por el análisis factorial y presentando índices de consistencia bastante significativos.

La Rosa y Díaz-Loving (1988), realizaron una escala para medir el locus de control en población mexicana, obteniendo cinco dimensiones:

a) Fatalismo/suerte: Se refiere a creencias en un mundo no ordenado en donde los refuerzos dependen de factores azarosos tales como la suerte o el destino; esta

dimensión fue reconocida desde los estudios de Rotter (1966), al respecto Díaz-Guerrero (1994), indica que en la cultura mexicana, existen mexicanos con las características de esta dimensión, conformando la personalidad de control externo pasivo, la cual describe a individuos pasivos, pesimistas, fatalistas y obedientes.

b) Poderosos del macro-cosmos: Esta dimensión se refiere a personas que tienen el control porque tienen poder, están lejanas del individuo, pero sus acciones repercuten en su vida, como los diputados, gobierno, naciones, entre otros.

c) Poderosos del micro-cosmos: Esta dimensión se refiere a las personas que tienen el poder, pero que están más cercanas al individuo y controlan los refuerzos que les interesan, entre los cuales se encuentra el jefe y el padre.

d) Afectividad: Esta escala describe situaciones en que el individuo consigue sus objetivos a través de las relaciones afectivas con quienes le rodean, ejemplo: *si le caigo bien a mi jefe, puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo*. Esta escala también la encontró Rotter (1966), sin embargo, para la cultura anglosajona no es válida. Al respecto, Díaz-Guerrero (1982), menciona la importancia de las relaciones interpersonales de los mexicanos y su importancia en la vida diaria.

e) Internalidad instrumental: Esta dimensión se refiere a situaciones en que el individuo controla su vida debido a su trabajo y capacidades. Díaz-Guerrero (1994), hace referencia a las características de esta escala en la personalidad del mexicano con tipo interno activo, él sería el menos frecuente dentro de la cultura mexicana, parece integrar dentro de sí todas las cualidades de la cultura mexicana, ya que puede ser obediente, afectuoso y complaciente cuando esto sea lo adecuado, pero rebelde si es necesario y son optimistas de sus propias capacidades para resolver problemas.

Al correlacionar las escalas entre sí, La Rosa y Díaz-Loving (1988), encontraron un perfil, en el cual correlacionan positivamente entre sí, las escalas de fatalismo, poderosos del micro-cosmos y afectividad, lo cual significa que cuanto más fatalista es el individuo menos se involucrará en actividades destinadas a cambiar las circunstancias de su comunidad, creerá que su vida está controlada por las personas que tienen poder (jefes, patrones, padres), motivo por el cual buscará agradar a estos poderosos para alcanzar sus beneficios. Fatalismo también correlacionó negativamente con internalidad instrumental, es decir que cuanto más cree una persona en el azar, menos esfuerzos hará para obtener sus beneficios.

Finalmente se observó que los individuos altos en internalidad tenderán a no mantener creencias en un mundo azaroso ni se sentirán controlados por los poderosos más cercanos.

Las dimensiones del locus de control se han relacionado directamente con la emisión de conductas de salud, en especial en lo que se refiere al contagio de VIH/SIDA; ya

que la prevención de la infección, requiere que la gente ejercite control sobre sus conductas y su medio ambiente social (Bandura, 1994),

En diversos estudios se ha encontrado que la presencia de expectativas de control en la que las personas piensan que el riesgo de contagio de VIH está determinado por la suerte o el destino, conlleva a *menor* precaución ante el contagio de VIH y conductas de sexo seguro. (Bandura, 1994; Díaz-Loving, 1994, Kelly, Lawrence y Brasfield, 1991).

Como se mencionó anteriormente, dentro del locus de control, se ha encontrado una dimensión denominada fatalismo, la cual se refiere a la creencia de que los eventos del medio ambiente están fuera de control; como tal puede ser importante para entender las formas en las cuales los individuos con VIH/SIDA y sus familias conceptualizan las causas de la enfermedad y reaccionan a ella; por ejemplo, el fatalismo puede conducir a conductas *menos* preventivas porque *lo que me pasa a mi, es la voluntad de Dios*; y en el caso de los individuos que tienen el VIH/SIDA el fatalismo a su vez, puede estar asociado con estrategias de afrontamiento menos activas para reducir la angustia y depresión (Ceballos, en prensa), de esta manera queda establecida la importancia del control personal interno tanto para evitar el contagio del VIH/SIDA, como para reducir la angustia y depresión de las personas que ya están infectadas.

Bandura (1994), menciona que el ejercicio del control personal sobre las conductas sexuales de los individuos, da *habilidades* autoeficaces para llevar a cabo conductas sexuales preventivas como el uso de anticonceptivos, entre los que se menciona el condón.

Asimismo algunos rasgos derivados del locus de control interno instrumental tal como la asertividad se relacionan también con un mayor uso de anticonceptivos en general (Kelly, Lawrence y Brasfield, 1991).

En otra línea de investigación se ha demostrado que a pesar de los conocimientos de las prácticas de sexo seguro para reducir el riesgo de contagio del VIH; la mayoría de la gente no adopta las creencias de que ellos mismos pueden ejercer control en las conductas preventivas durante sus relaciones sexuales (Siegel, Mesagno, Chen y Christ, 1989), aumentando con ello la probabilidad de contagio, de esta manera es importante estudiar otros aspectos de la personalidad como el autoconcepto, ya que éste mantiene una influencia directa sobre la manera de pensar y actuar de los individuos en las diferentes situaciones, incluyendo acciones que les permitan mantener conductas preventivas ante el VIH/SIDA. Las creencias de los individuos acerca de sus propias habilidades y efectividad para realizar conductas preventivas, es *una parte importante* de su autoconcepto (Maddux, 1995).

El autoconcepto puede ser definido en términos generales como la percepción que una persona tiene de sí mismo, el cual comprende varias dimensiones y depende del medio social y cultural en el que el individuo se desenvuelve (La Rosa y Díaz-Loving, 1988). Diferencialmente la autoestima involucraría una evaluación afectiva del sí mismo (Coopersmith, 1967).

Williams James (citado en La Rosa, 1986) es identificado como uno de los primeros psicólogos que estudia el sí mismo. Para James, el sí mismo de un individuo, es la suma de todo lo que el individuo puede llamar suyo, incluye su cuerpo, su familia, posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social; indica además que se trata de un fenómeno consciente.

Cooley (1968) define al sí mismo desde una perspectiva más sociológica, postulando que no tiene sentido pensar en el sí mismo fuera del medio social en el cual se está inmerso, indica que el autoconcepto está determinado por la percepción que tiene el individuo de las reacciones que otras personas manifiestan de él.

Rogers (1950, 1980) considera que el sí mismo son las percepciones de una persona respecto a sus habilidades, acciones, sentimientos y relaciones con su medio social. Menciona que el autoconcepto es una *fotografía organizada* y una *gestalt organizacional* indica que la estructura del sí mismo es una configuración organizada de percepciones las cuales pueden ser reconocidas por el propio individuo.

Diversos autores abordan el autoconcepto desde una perspectiva de la teoría del rol. Así por ejemplo, Newcomb (1950) y Sherwood (1967) enfatizan que el sí mismo y la ocurrencia de autoevaluaciones son el resultado de procesos sociales que involucran *apreciaciones reflejadas* provenientes de otras personas significativas, resaltan también el desempeño de los roles sociales.

Rosenberg (1965) tiene como principal preocupación la dinámica del desarrollo de una autoimagen positiva durante la adolescencia para la cual el medio social influye significativamente, especialmente la familia. Refiere que una autoestima positiva se relaciona con consecuencias sociales interpersonales, tales como menos timidez y depresión, y más actividades extracurriculares y asertividad.

Díaz Guerrero (1982) estudia el autoconcepto del adolescente mexicano a través del diferencial semántico y realiza comparaciones entre 19 naciones que realizaron un estudio idéntico con sujetos comparables y bajo las mismas condiciones de control. El valor, el poder y el dinamismo del yo fueron evaluados en estudiantes de secundaria del Distrito Federal. Esta muestra fue comparada con las demás naciones que participaron en el estudio; los resultados muestran que en general el yo del adolescente mexicano aparece en el decimonoveno lugar en relación con los adolescentes de otros países.

Al parecer, los datos obtenidos en esta investigación confirman la creencia popular de que el mexicano tiene complejo de inferioridad. Sin embargo, el que la evolución del autoconcepto general de los adolescentes resultara bajo, no indica necesariamente que los mexicanos se menosprecien. Diversos autores (La Rosa, 1986; Holtzman y cols, 1975), han reiterado que entre los valores más importantes en la cultura mexicana se encuentran la familia, el grupo de amigos, la cortesía, la afiliación y la modestia. En estas condiciones, el yo individual se contrapone a una serie de premisas y dictados de la cultura, razón por la cual el autoconcepto del adolescente mexicano aparece con un valor menor al resto de los adolescentes de otras naciones.

De los estudios anteriores se desprende la importancia de la cultura para que la gente se defina a sí misma. La Rosa (1986) realizó una serie de investigaciones con estudiantes de preparatoria y de la Universidad Nacional Autónoma de México, con el propósito de describir las características más comunes e importantes en el autoconcepto de los mexicanos, La Rosa a través de la técnica de diferencial semántico encontró cuatro dimensiones básicas:

1. Dimensión social se refiere al comportamiento del individuo en la interacción con sus semejantes y goza de una gran universalidad porque abarca tanto las relaciones familiares y amigos como la manera en que una persona realiza sus interacciones con sus jefes y subalternos. La dimensión social tiene tres subdimensiones:

- a) Sociabilidad afiliativa, que especifica en el polo positivo el estilo de relacionarse con los demás.
- b) Sociabilidad expresiva, se refiere a la comunicación o expresión del individuo en el medio social.
- c) Accesibilidad, se refiere al aspecto positivo, a la persona accesible a quien con confianza se aproximan los demás porque podrían contar con su comprensión.

2. Dimensión emocional, que abarca los sentimientos y emociones de uno, considerados desde un punto de vista intraindividual, interindividual y del punto de vista de su sanidad; tiene tres subdimensiones:

- a) Emocional intraindividual, que caracteriza los estados de ánimo experimentados por uno mismo.
- b) Emocional interindividual, explica los sentimientos que se sienten hacia otras personas.
- c) Salud emocional, enfoca los aspectos intraindividuales e interindividuales desde el punto de vista de su sanidad o no, si son o no productores de salud mental

3. Dimensión Ocupacional, se refiere al funcionamiento y habilidades del individuo en su trabajo, ocupación o profesión.

4. Dimensión Ética, hace referencia al aspecto de congruencia o no con los valores que son, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios o de grupos particulares en cada cultura.

Entre los resultados obtenidos por dicho instrumento, cabe destacar que la dimensión más importante del yo para los mexicanos es la relacionada con los aspectos sociales, de cortesía, educación y simpatía.

En este sentido, Valdez y Reyes (1994) realizaron un estudio del autoconcepto en adolescentes mexicanos de nivel preparatoria, encontrando que los adolescentes perciben que como parte importante de su autoconcepto, tienden a ser como la mayor parte de los mexicanos (Díaz-Guerrero, 1994), es decir son sociables, fáciles de tratar y le quieren caer bien a todo el mundo ya que se ven a sí mismos como bromistas, relajientos, platicadores, amigables, simpáticos, traviesos, características que son particularmente importantes para los adolescentes, puesto que es la edad de los amigos y la búsqueda de pareja (Pick y Vargas, 1993), y seguramente si se comportaran en forma diferente serían rechazados por sus grupos de pares donde se desenvuelven. También encontraron que estos adolescentes, aun cuando se perciben como obedientes, acomedidos, atentos y buenos se orientan hacia un enfrentamiento con el medio, más de carácter afectivo y no pasivo. A su vez encontraron que para este grupo de sujetos el ser románticos, sentimentales, detallistas y cariñosos es importante ya que es la época de la vida en que se busca establecer relaciones de pareja, por tanto, es importante comportarse de esa manera. Finalmente indican que los adolescentes se perciben como honestos, sinceros, leales, respetuosos y comportados.

El autoconcepto se ha relacionado con la emisión de conductas de salud y en su contra parte con comportamientos de riesgo. Por ejemplo, Charles (1985) en un estudio realizado con homosexuales, encontró que los sujetos que tenían un riesgo bajo y moderado de adquirir el VIH, estaba directamente relacionado con un autoconcepto más alto, en comparación con los sujetos que mostraban un riesgo alto ante el contagio del VIH, quienes manifestaban una autoconcepto más bajo; de esta manera el autor concluye que el autoconcepto es una variable confiable para relacionarla con la reducción del riesgo ante el contagio de VIH/SIDA.

Asimismo se ha relacionado el autoconcepto con las estrategias de enfrentamiento ante eventos estresantes. Las conclusiones generales a las cuales se ha llegado en estos estudios, indican que a mayor autoconcepto los sujetos tienden a afrontar los eventos estresantes buscando ayuda, hablando con otros y aprendiendo de sus experiencias pasadas; mientras que los sujetos con pobre autoconcepto, tienden a utilizar estrategias de afrontamiento más para reducir la tensión que para reducir el problema (Moos, Finney y Chan, 1981; Folkman, Lazarus y Dunkel-Schetter, 1986).

En otros estudios realizados en población homosexual (Mckusick, Coates, Morin, Pollack y Hoff, 1990) se encontraron algunos factores que influyen en la conducta sexual de riesgo ante el VIH/SIDA de los sujetos; entre estos factores se encuentra el nivel de autoconcepto, así como la percepción de la autoeficacia. Los autores indican cambios en la conducta sexual de la población homosexual por prácticas sexuales más seguras; mencionan que estos cambios están en función del conocimiento de su estatus de seropositividad, percepción de autoeficacia, mayores niveles de autoconcepto y a la percepción del número de amigos o conocidos que les dan soporte o apoyo social.

A lo largo del trabajo se ha venido mencionando que los adolescentes son una población con riesgo potencial de adquirir el VIH/SIDA, debido a sus conductas sexuales, por lo que una alternativa de prevención puede surgir al estudiar sus características de personalidad, específicamente las de locus de control y autoconcepto ya que éstas se han relacionado con la emisión de conductas preventivas o de riesgo ante el VIH/SIDA.

Partiendo de lo anterior, se pretende saber ¿Cómo se relacionan la personalidad (Locus de Control y Autoconcepto) y las variables Sociodemográficas (sexo y edad) con el patrón sexual de los adolescentes?

De esta forma el objetivo general del estudio es además de encontrar datos válidos y confiables, información que contribuya al diseño de programas efectivos de prevención ante el contagio del VIH/SIDA en los adolescentes, en donde se consideren algunas características de personalidad como locus de control y autoconcepto en relación con el patrón sexual.

De acuerdo con lo anterior, los objetivos específicos de la presente investigación son:

1. Examinar el patrón sexual de los adolescentes, para describir sus comportamientos de riesgo o prevención ante el VIH/SIDA.
2. Analizar el Locus de Control y Autoconcepto de los adolescentes, que pudieran favorecer o facilitar conductas preventivas (uso correcto del condón y sexo seguro) o de riesgo ante la transmisión del VIH/SIDA.

6. METODO

6.1 Variables

Variables de clasificación

1. Factores sociodemográficos
 - a) Sexo
 - b) Edad

2. Patrones sexuales
 - a) Debut sexual
 - b) Edad al debut sexual
 - c) Tipo de pareja
 - d) Número de parejas sexuales
 - e) Frecuencia de uso de condón

Variables Dependientes

1. Características de Personalidad
 - a) Locus de control:
 1. Sexualidad
 2. Contagio de VIH/SIDA
 3. Obtención y Uso de condón
 4. Sexo seguro

- b) Autoconcepto

6.2. Definición de Variables

Definición conceptual y operacional

Variables de Clasificación

1. **Factores Sociodemográficos:** variables que intentan conocer las características sociales, económicas, etnográficas, entre otras, de los individuos y de distintos grupos de las poblaciones estudiadas (Diccionario de las Ciencias de la Educación (1983)).

En el estudio se tomaron en cuenta los siguientes factores sociodemográficos (marcadores de riesgo) (Anexo 1):

a) Sexo, variable atributiva con dos niveles de clasificación:

1. Femenino
2. Masculino

b) Edad, es una variable categórica la cual se clasificó en tres grupos:

1. 13-15 años
2. 16 años
3. 17 a 24 años

2. Patrones Sexuales: Son las pautas de acción que las personas manifiestan en su vida sexual (Diccionario de las Ciencias de la Educación, 1983). En el estudio, esta variable se midió a través de las siguientes categorías (Anexo 2):

a) Debut sexual, variable atributiva con dos niveles de clasificación:

1. Han tenido relaciones sexuales
2. No han tenido relaciones sexuales

b) Edad al debut sexual, se trata de una variable continua.

c) Número de parejas sexuales, variable continua que se refiere al número de parejas sexuales que han tenido en la vida.

d) Tipo de pareja sexual, variable atributiva con tres niveles de clasificación:

1. Pareja ocasional.
2. Pareja regular
3. Parejas ocasional y regular

e) Frecuencia de uso de condón, variable atributiva con tres niveles de clasificación:

1. Siempre usan el condón
2. Algunas veces usan el condón
3. Nunca usan el condón

Variables Dependientes:

1. Características de Personalidad. Se refiere a los rasgos que se relacionan con las conductas de riesgo y preventivas ante el VIH/SIDA. De acuerdo a esto las características de personalidad se midieron a través de escalas intervalares que incluyen los siguientes indicadores:

a) **Locus de control**, se refiere a la atribución que el individuo hace de las causas de su conducta como internas (pertenecientes a él) o externas (presentes en el medio ambiente), tales como: la familia, los amigos, la suerte, Dios, entre otros (Rotter, 1966). La medición de este factor se basó en la escala intervalar (con cinco opciones de respuesta que van de completamente de acuerdo a completamente en desacuerdo) de Locus de control realizada por La Rosa (1986), este instrumento se adaptó para medir locus de control en las siguientes escalas (Anexo 3).

1. Escala de sexualidad (11 reactivos) mide la atribución del control para tener pareja y relaciones sexuales.
2. Escala de VIH/SIDA (15 reactivos) mide la atribución del control para evitar el contagio de VIH/SIDA.
3. Escala de obtención y uso de condón (10 reactivos) mide la atribución del control que tiene el adolescente para usar y obtener condones.
4. Escala de sexo seguro (12 reactivos) mide la atribución del control para tener sexo seguro.

b) **Autoconcepto.** Es definido como la percepción que una persona tiene de sí misma, la cual comprende varias dimensiones: sentimientos interindividuales, sociabilidad afiliativa, sociabilidad expresiva, estados de ánimo, salud emocional, ocupacional y ética. El autoconcepto depende de los medios social y cultural en los que el individuo se desenvuelve (La Rosa y Díaz-Loving, 1988). La medición de este factor se realizó a través de la escala intervalar bipolar (con siete opciones de respuesta, que va de lo positivo a lo negativo) propuesta por La Rosa y Díaz-Loving (1988) (30 reactivos). (Anexo 4).

6.3. Diseño

Es un diseño correlacional, debido a que se estableció la relación existente entre las variables de clasificación, y las variables dependientes.

6.4. Tipo de Estudio

Por su objetivo es un estudio correlacional porque se establecieron relaciones entre las variables; por el lugar donde se llevó a cabo es un estudio de campo, debido a que los instrumentos de medición se aplicaron en un lugar que es conocido y natural para los sujetos, además de que no se tuvo un estricto control de variables, finalmente por el tiempo es transversal, ya que no existió un seguimiento de los sujetos participantes (Kerlinger, 1987).

6.5. Escenario

El estudio se llevó a cabo en las aulas de las preparatorias (1,5,6,8,9) de la UNAM.

6.6. Tipo de Muestreo

Se tuvo un muestreo intencional por cuotas ya que se estableció el número específico de participantes que permitió confiabilizar y validar el instrumento (809 adolescentes de ambos sexos) (Kerlinger, 1987).

6.7. Muestra

Participaron en el estudio 809 adolescentes de ambos sexos de la Escuela Nacional Preparatoria de la UNAM.

6.8. Instrumentos

Se utilizaron cuatro instrumentos:

1. Datos Sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, grado escolar, número de plantel y turno) y tabla de respuestas del Anexo 3 (Anexo 1).
2. Patrones sexuales (Anexo 2)
3. Locus de control (Anexo 3)
4. Autoconcepto (Anexo 4)

Los instrumentos de locus de control y autoconcepto se basaron y se adaptaron de los instrumentos elaborados por La Rosa (1986) y La Rosa y Díaz Loving, (1988) respectivamente. El instrumento que se construyó de Locus de control consta de cuatro escalas: sexualidad, VIH/SIDA, uso y obtención de condón y sexo seguro

6.9. Procedimiento

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en los salones de clase en forma colectiva y autoaplicable. Se tuvo una sesión de aproximadamente una hora con cada grupo.

El investigador se presentó ante el grupo para establecer el rapport, diciendo lo siguiente: "En la UNAM, se está realizando un estudio sobre características de personalidad, conductas sexuales y su relación con el SIDA; por lo que les pido que contesten los siguientes cuestionarios de manera sincera, ya que los datos serán manejados en forma confidencial y para fines estadísticos".

En seguida se les proporcionaron los cuestionarios. Las instrucciones estaban impresas en los instrumentos, por lo que el investigador las leyó en voz alta junto con los adolescentes. Una vez hecho lo anterior se les preguntó si tenían alguna duda y se les pidió que contestaran individualmente.

Al finalizar la sesión se les agradeció su participación.

7. RESULTADOS

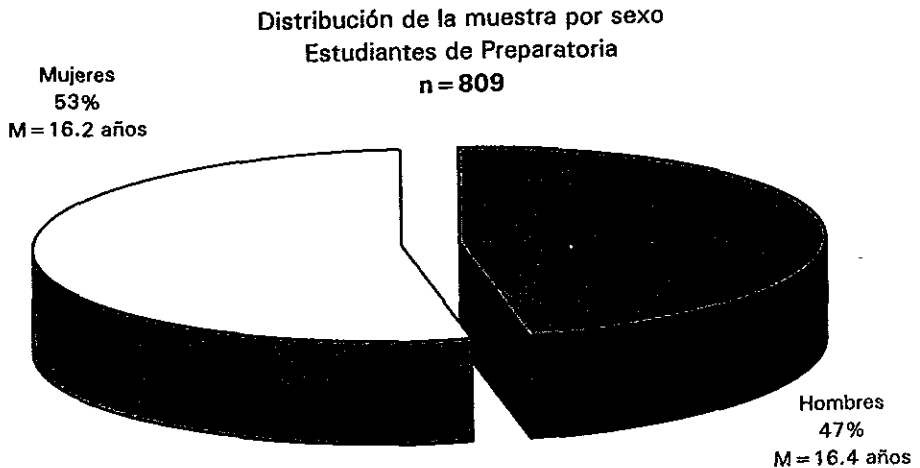
7.1. Descripción de la Muestra

Se realizó un análisis de Frecuencia a las variables incluidas en los datos sociodemográficos y en el patrón sexual, obteniéndose los siguientes datos:

1. Datos sociodemográficos

Colaboraron en el estudio 809 adolescentes con un rango de edad de 13 a 24 años, con promedio de 16 años, de la Escuela Nacional Preparatoria de la UNAM, 429 (53%) de sexo femenino y 380 (47%) de sexo masculino (gráfica 1).

Gráfica 1



La muestra se clasificó en tres grupos por edad, a partir de la obtención de cuartiles y con la finalidad de tener un número similar de adolescentes en cada uno de los grupos; estos grupos se utilizarán en posteriores análisis:

- A. de 13 a 15 años: 232 (23%).
- B. de 16 años: 236 (29.2%).
- C. de 17 a 24 años: 341 (42%).

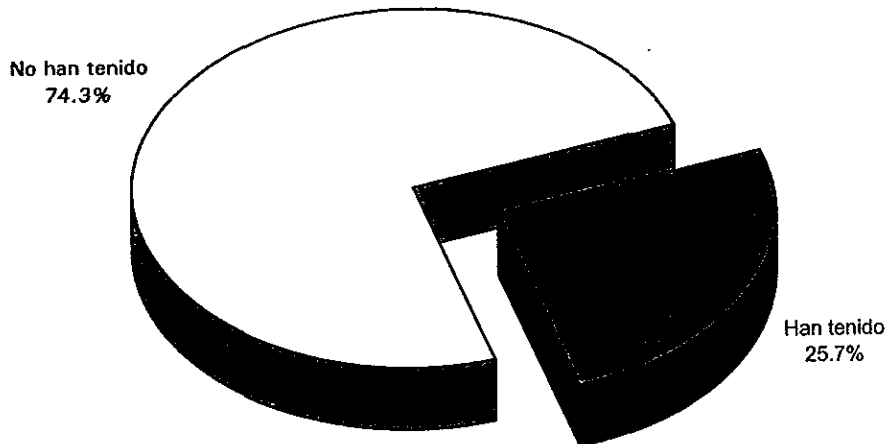
2. Patrón sexual

A. Debut sexual

De los 809 adolescentes 592(74.3%) aún no han tenido su debut sexual y 204(25.7%) ya se iniciaron en su vida sexual; teniendo una edad promedio al debut sexual de 15 años (gráfica 2).

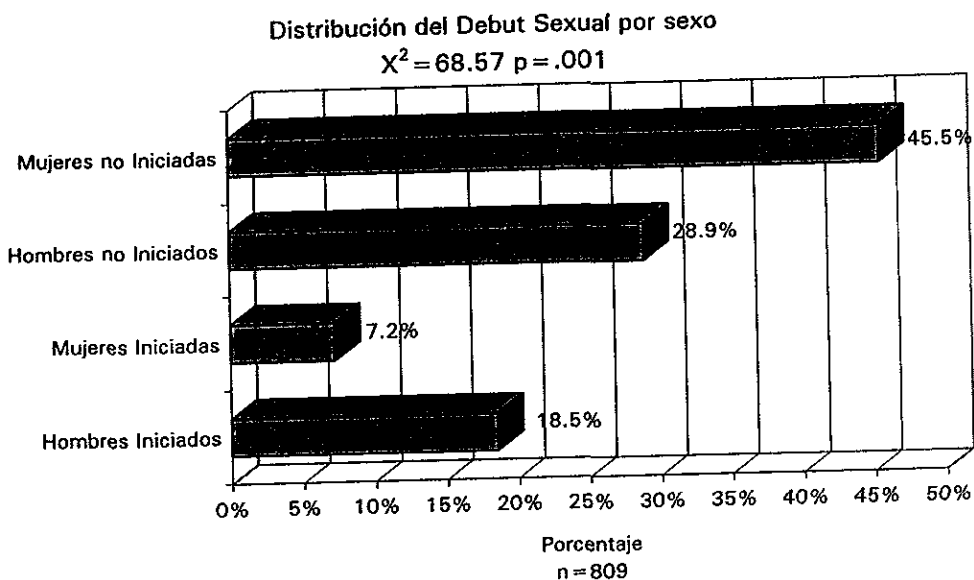
Gráfica 2

Distribución de la muestra por Debut Sexual
Edad Promedio al debut sexual: 15 años
n = 809



Se analizaron los datos de debut sexual por sexo a través de la prueba estadística chi cuadrada, observándose diferencias significativas ($\chi^2 = 68.57$ $p = .001$) las cuales indican que existe mayor proporción de hombres que han tenido relaciones sexuales (18.5%), en comparación con la proporción de mujeres (7.2%) (Gráfica 3).

Gráfica 3

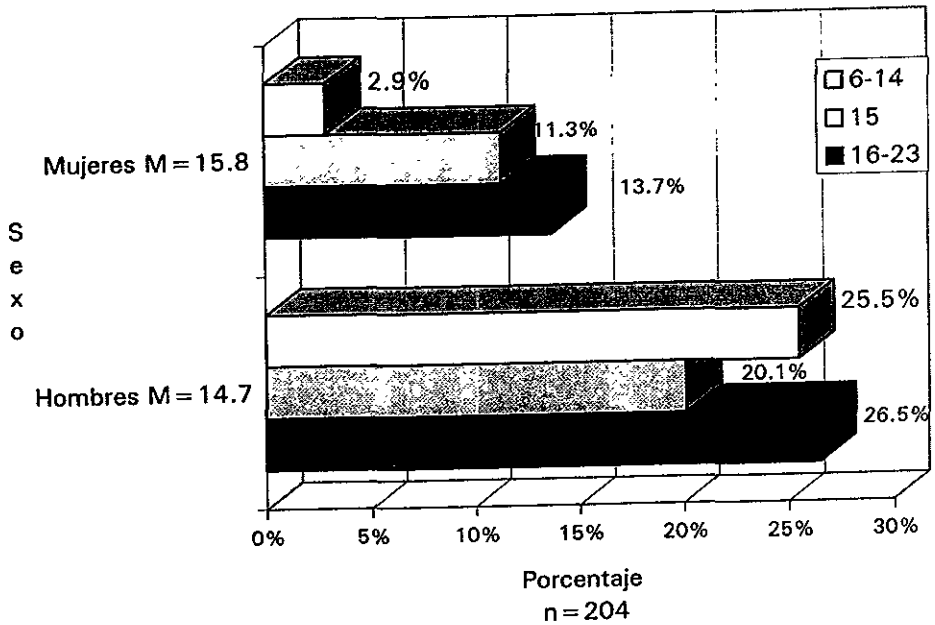


B. Edad al Debut sexual

Se encontraron diferencias por edad al debut sexual ($t=3.84$, $p=.000$), los hombres ($M=14.7$), se inician a una edad más temprana, que las mujeres ($M=15.8$) (gráfica 4).

Gráfica 4

Distribución por grupos de edad al debut sexual por sexo



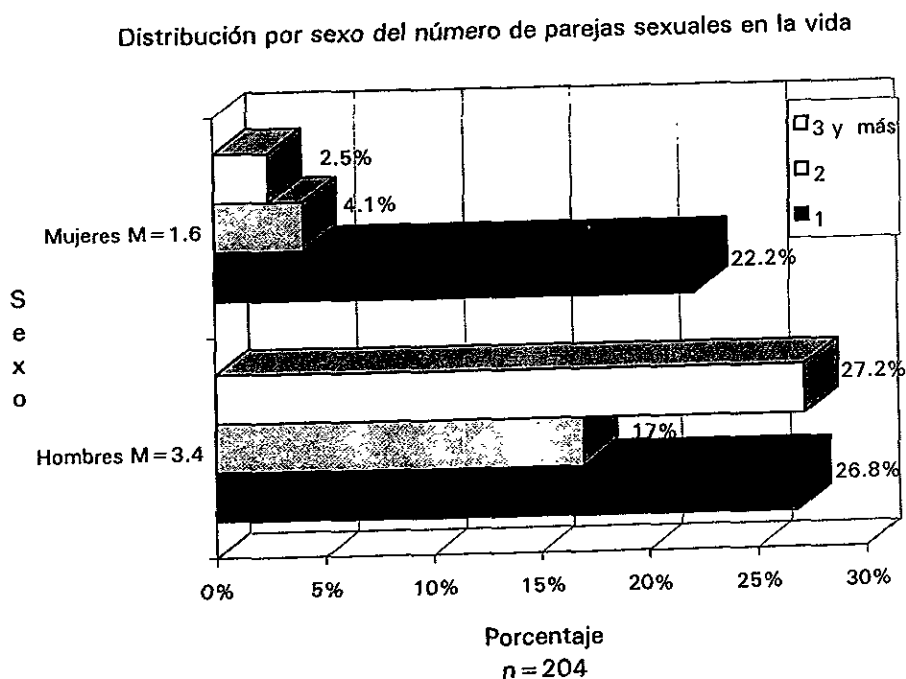
Para análisis posteriores, se mantendrán estos grupos de edad al debut sexual.

C. Número de parejas sexuales

Para ver las diferencias por sexo (hombre-mujer) en cuanto al número de parejas sexuales en la vida, se aplicó una prueba t de student, la cual indicó diferencias estadísticamente significativas ($t=3.51$, $p=.001$) esto es, los hombres han tenido más parejas sexuales en la vida ($M=3.4$) que las mujeres ($M=1.6$).

Al analizar las frecuencias del número de parejas por sexo, se encontró que en el grupo de mujeres 2.5% tienen 3 o más parejas, el 4.1%, tienen dos parejas y el 22.2% tienen 1. En el grupo de hombres los resultados muestran que el 27.2% tienen 3 o más parejas, el 17% tienen 2 y el 26.8% tienen 1 (gráfica 5).

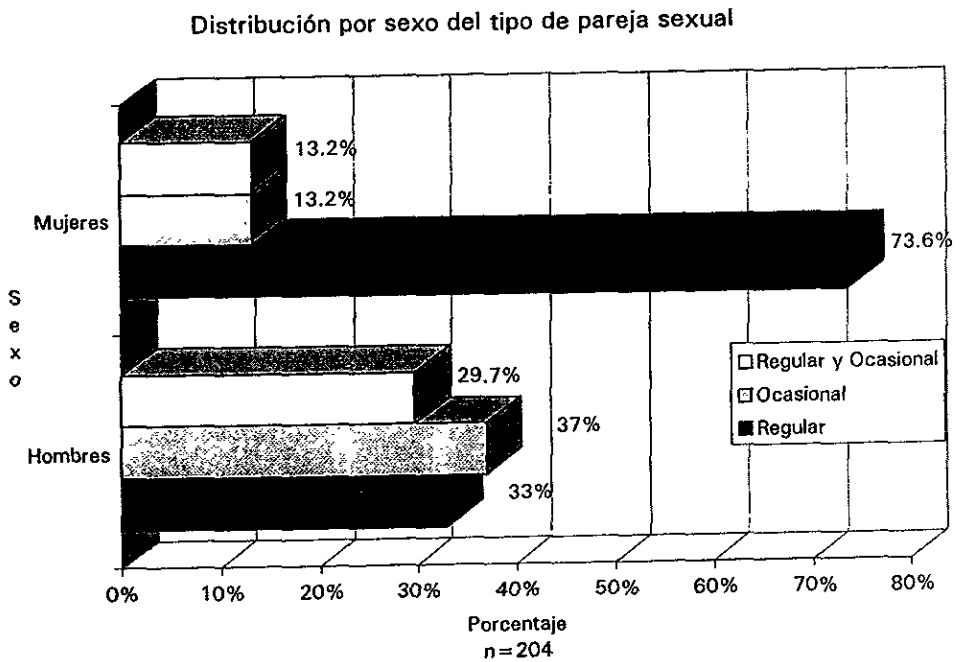
Gráfica 5



D. Tipo de pareja sexual

El análisis de frecuencias muestra que en el grupo de mujeres el 13.2% tienen parejas regulares y ocasionales, el 13.2% parejas ocasionales y el 73.6% son regulares. En el caso de los hombres, el 29.7% tienen parejas regulares y ocasionales, el 37%, son parejas ocasionales y el 33% regulares (gráfica 6).

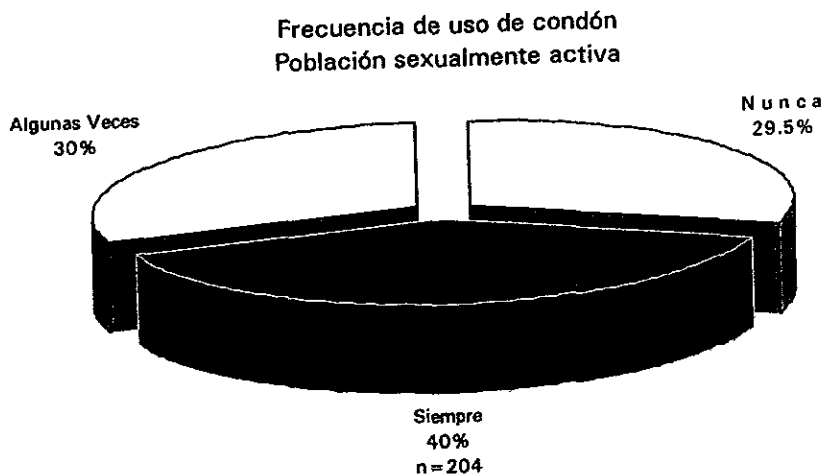
Gráfica 6



E. Frecuencia de uso del condón

El análisis de frecuencias muestra que el 40% (80) de la población sexualmente activa siempre ha usado el condón; 30% (61) usan el condón algunas veces, y el 29.5% (51) nunca lo han usado (gráfica 7).

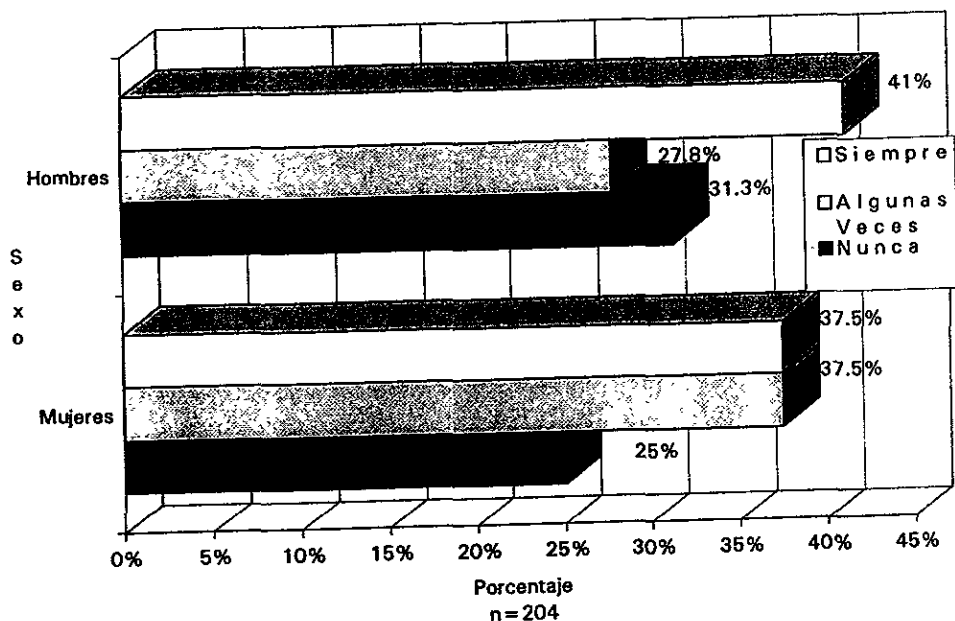
Gráfica 7



Al analizar la frecuencia de uso de condón por sexo, se encontró que en el grupo de mujeres el 25% nunca han pedido a su pareja que usen el condón, el 37.5% lo usan algunas veces y 37.5% siempre lo han usado. En el grupo de hombres se encontró que el 31.3% nunca han usado el condón, el 27.8% algunas veces y el 41%, siempre lo han usado (gráfica 8).

Gráfica 8

Frecuencia de uso del condón en la población sexualmente activa por sexo



7.2. Análisis Psicométricos de las Escalas de Locus de control y Autoconcepto

Validez y Confiabilidad

Los datos obtenidos en cada una de las escalas de los instrumentos de locus de control y autoconcepto fueron sometidos a los siguientes análisis estadísticos:

1. Discriminación de reactivos

Se realizó un análisis de frecuencias y una prueba *t* de Student para grupos independientes. En el instrumento de locus de control se eliminaron los reactivos cuya probabilidad fuera mayor a .05, de los 80 reactivos planteados originalmente, se eliminaron 5 quedando 75 (Anexo 5). En el instrumento de Autoconcepto discriminaron los 30 reactivos originales (Anexo 6).

2. Análisis Factorial y Alfa de Cronbach

Locus de control

El instrumento de locus de control se validó (validez de constructo) a través del análisis factorial tipo PA2 con rotación VARIMAX, debido a que las correlaciones entre los reactivos fueron menores a .40; del instrumento original constituido por 75 reactivos quedaron 48 divididos en cuatro escalas (sexualidad, contagio de VIH/SIDA, obtención y uso de condón y sexo seguro), cuyos valores eigen fueron mayores a 1 y los pesos factoriales mayores a .40; asimismo cada escala se sometió a un análisis de consistencia interna para obtener su confiabilidad, a través de la prueba estadística Alfa de Cronbach, las escalas quedaron definidas de la siguiente manera:

A) Escala de Sexualidad

Quedó constituida por 11 reactivos; el análisis reportó dos factores y un indicador con correlaciones entre los reactivos superiores a .60. La estructura obtenida por el análisis factorial explica el 50% de la varianza total (Tabla 7.2.1).

Factor Externalidad (6 reactivos), señala que el tener pareja sexual y relaciones sexuales no dependen del destino, la suerte o Dios, entre otros ($M=4.26$; Alfa = .76).

Factor Internalidad (3 reactivos), indica que tener pareja sexual y relaciones sexuales, es cuestión de esfuerzo personal ($M=4.36$; Alfa = .64).

Indicador Religión (2 reactivos), la media obtenida para este factor es de $M=3.97$, la cual se ubica entre las respuestas ni acuerdo ni en desacuerdo y de acuerdo, acercándose más al acuerdo, esto significa que los adolescentes consideran que la religión no influye en su conducta sexual ($r = .61$, $p = .0001$).

TABLA 7.2.1. Análisis Factorial para la Escala de Sexualidad

FACTOR: Externalidad			$M = 4.26$	$ALFA = .76$	rango: 1-5	PESOS
Reactivos:						
El que yo tenga pareja sexual está en manos del destino						.666
El que yo tenga parejas sexuales es cuestión de suerte						.630
El que yo tenga pareja sexual depende de Dios						.618
El que yo llegue a tener la pareja adecuada es cuestión de suerte						.611
Cuando logro tener pareja sexual es porque tengo suerte						.573
Mis relaciones sexuales dependerán de otros						.412
FACTOR: Internalidad			$M = 4.36$	$ALFA = .64$	rango: 1-5	
Que yo tenga pareja sexual depende de mi						.715
El número de parejas sexuales que yo llegue a tener dependerá de mi						.683
Que yo tenga relaciones sexuales depende de mi						.658
INDICADOR: Religión			$M = 3.97$	$r = .61$, $p < .0001$	rango: 1-5	
Mi conducta sexual está influenciada por mi religión						.832
Mi conducta sexual se rige por los mandamientos de mi religión						.806

Los rangos de respuesta obtenidos van de 1 a 5; promedios mayores a 3 indican mayor control interno y menores a 3 indican control externo en todos los factores e indicador.

B) Escala de VIH/SIDA

Quedó constituida por 15 reactivos; el análisis reportó 2 factores y dos indicadores. La estructura obtenida por el análisis factorial explica el 56.5% de la varianza total (Tabla 7.2.2).

Factor Externalidad (7 reactivos), señala que el contagio del VIH/SIDA no está controlado por el destino, la suerte y/o Dios ($M = 4.37$, Alfa .78).

Factor Internalidad (4 reactivos), el promedio alcanzado para este factor es de $M=3.83$ (Alfa .60), lo cual indica que los adolescentes se encuentran entre las respuestas: ni acuerdo-ni en desacuerdo y de acuerdo, inclinándose hacia ésta última respuesta, lo cual significa que están cercanamente de acuerdo en que mediante esfuerzos personales, pueden evitar la transmisión de VIH.

Indicador Familia (2 reactivos), el promedio obtenido en este indicador es de $M=2.94$ ($r=.55$, $p=.0001$), puntaje que se encuentra por debajo de la media teórica. Esto significa que los estudiantes están de acuerdo en que el contagio del VIH/SIDA, depende de la información que les proporciona la familia.

Indicador Afectividad (2 reactivos), el promedio obtenido en este indicador es de $M=3.64$ ($r=.33$, $p=.0001$), esta puntuación se encuentra ubicada entre las respuestas ni acuerdo ni en desacuerdo y de acuerdo, acercándose más al acuerdo. Esto significa que los adolescentes no están seguros si el amor es la condición para infectarse o no con el VIH/SIDA.

TABLA 7.2.2. Análisis Factorial para la Escala de VIH/SIDA

FACTOR: Externidad $M=4.37$ ALFA = .78 rango: 1-5				PESOS
Reactivos:				
Que me contagie con el VIH/SIDA es cuestión de suerte				.704
El problema del VIH/SIDA está en manos del gobierno				.464
Que me contagie con el VIH/SIDA es cosa del destino				.734
Que me contagie con el VIH/SIDA depende de mi doctor				.524
Llegar a desarrollar SIDA se debe a mi mala suerte				.716
Que yo evite desarrollar VIH/SIDA es cosa del destino				.696
Que me contagie con el VIH/SIDA dependerá de la voluntad de Dios				.569
FACTOR: Internalidad $M=3.83$ ALFA = .60 rango: 1-5				
El evitar adquirir VIH/SIDA es cuestión de esfuerzo personal				.730
El que yo evite el contagio de VIH/SIDA depende de mis capacidades				.720
Que yo adquiera el VIH/SIDA está determinado por mis propias acciones				.572
Prevenir el contagio de VIH/SIDA depende de mis propios cuidados				.518
INDICADOR Familia $M=2.94$ $r=.55$, $p<.0001$ rango: 1-5				
Que yo me contagie con el VIH/SIDA depende de la información que me proporcione mi familia				.847
Que yo me contagie con el VIH/SIDA depende de los consejos que me da mi familia				.828
INDICADOR Afectividad $M=3.64$ $r=.33$, $p<.0001$ rango: 1-5				
Una persona que me quiere no me infectaría con el VIH/SIDA				.797
Donde hay amor no hay SIDA				.783

Los rangos de respuesta obtenidos van de 1 a 5; promedios mayores a 3 indican mayor control interno y menores a 3 indican control externo en todos los factores e indicadores.

C) Escala de obtención y uso de condón

Quedó constituida por 10 reactivos, el análisis reportó 2 factores y un indicador. La estructura obtenida por el análisis factorial explica el 50.7% de la varianza total. (Tabla 7.2.3).

Factor Externalidad (5 reactivos), el promedio obtenido por los adolescentes indica que el obtener condones no está controlado por el destino, la suerte y/o el gobierno ($M = 4.5$; Alfa = .77).

Factor Internalidad, (3 reactivos), el promedio obtenido se encuentra en el punto medio de la escala, lo cual indica que los adolescentes no están en acuerdo ni en desacuerdo con las afirmaciones sobre que el obtener condones sea cuestión de esfuerzo personal o de sus capacidades ($M = 3.34$; Alfa = .36).

Indicador Familia (2 reactivos), señala que el uso de condones está determinado por la información que les proporcione la familia ($M = 2.64$; $r = .52$, $p = .000$).

TABLA 7.2.3. Análisis Factorial Para la Escala Obtención y Uso de Condón

FACTORES	M	ALFA	rango	PESOS
FACTOR Externalidad	M = 4.5	ALFA = .77	rango 1-5	
Reactivos:				
Cuando logro tener condones, es porque he tenido suerte				.7558
Que yo obtenga suficientes condones es cosa del destino				.7061
El que yo obtenga condones es cuestión de suerte				.6407
Conseguir condones está en manos del gobierno				.5699
El que yo use condones está en manos de mi doctor				.5669
FACTOR Internalidad	M = 3.34	ALFA = .36	rango 1-5	
Conseguir condones es cuestión de esfuerzo personal				.6910
El obtener condones depende de mis capacidades				.5865
Que yo obtenga condones depende de mi				.5339
INDICADOR Familia	M = 2.64	r = .52, p < .0001	rango 1-5	
Que yo use condones depende de la información que me proporcione mi familia				.8652
Que yo use condones depende de los consejos que me proporcione mi familia.				.8352

Los rangos de respuesta obtenidos van de 1 a 5; promedios mayores a 3 indican mayor control interno y menores a 3 indican control externo en los dos factores (externalidad, internalidad) y en el indicador (familia).

D) Escala de Sexo Seguro

Quedó constituida por 12 reactivos. El análisis reportó 3 factores. La estructura obtenida por el análisis factorial explica el 57% de la varianza total. (Tabla 7.2.4).

Factor Externalidad (5 reactivos), señala que el tener sexo seguro no está controlado por el destino, la suerte y/o el gobierno ($M=4.40$, Alfa .77).

Factor Internalidad (4 reactivos), la respuesta de los adolescentes se ubica en el punto medio de la escala, lo cual indica que con respecto a las afirmaciones no están en acuerdo ni en desacuerdo en que el tener sexo seguro sea cuestión de esfuerzo personal y/o de capacidades propias ($M=3.14$, Alfa .52).

Factor Familia (3 reactivos), señala que el tener sexo seguro depende de la pareja sexual y de la información y los consejos que les proporcione la familia ($M=2.95$, $r=.52$ $p<.0001$).

TABLA 7.2.4. Análisis Factorial para la Escala de Sexo Seguro

FACTOR Externalidad $M=4.40$ Alfa .77 rango 1-5				PESOS
Reactivos:				
Cuando logro tener sexo seguro es porque he tenido suerte				.7563
Que yo utilice sexo seguro es cosa del destino				.7216
Que yo utilice sexo seguro es cuestión de suerte				.6939
Que yo tenga sexo seguro depende de mi doctor				.4384
Que la gente utilice sexo seguro está en manos del gobierno				.5778
FACTOR Internalidad $M=3.14$ Alfa .52 rango 1-5				
Tener sexo seguro es cuestión de esfuerzo personal				.7561
Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo				.6422
Tener sexo seguro depende de mis capacidades				.5982
El que yo tenga sexo seguro depende de mi				.4943
FACTOR Familia $M=2.95$ $r=.52$ $p<.0001$ rango 1-5				
Que yo tenga sexo seguro depende de la información que me proporcione mi familia				.8867
Que yo use el sexo seguro depende de los consejos que me proporcione mi familia				.8747
Que yo use sexo seguro dependerá de mi pareja sexual				.4441

Los rangos de respuesta obtenidos van de 1 a 5; promedios mayores a 3 indican mayor control interno y menores a 3 indican control externo en los tres factores (externalidad, internalidad, familia)

Autoconcepto

Se realizó otro análisis factorial (PA2 con rotación VARIMAX), el cual reportó siete factores con valores eigen superiores a 1 y que explican el 60.7% de la varianza total de la prueba. La escala quedó constituida por 28 reactivos y sus pesos factoriales fueron mayores a .50 (Tabla 7.2.5).

Los siete factores de la escala de autoconcepto quedaron definidos de la siguiente manera:

1. Factor Sentimientos Interindividuales (5 reactivos), hacen referencia a los aspectos afectivos del individuo ante los demás como el ser amoroso-odioso, afectuoso-seco, cariñoso-frío, romántico-indiferente, sentimental-insensible (M=5.61; Alfa = .89).
2. Factor Sociabilidad Afiliativa (4 reactivos), indica características de personalidad positivas o negativas que se dan dentro de un grupo social como decente-indecenete, educado-malcriado, cortés-descortés, atento-desatento (M=5.60; Alfa = .81).
3. Factor Sociabilidad Expresiva (4 reactivos), hace referencia a las características de personalidad que permiten expresar o reservar sentimientos o ideas como: introvertido-extrovertido, callado-comunicativo, tímido-desenvuelto, reservado-expresivo (M=4.25; Alfa = .78).
4. Factor Estados de Ánimo (4 reactivos), señala aquellas características de personalidad que representan diferentes emociones que se dan dependiendo de la situación como feliz-triste, deprimido-contento, melancólico-alegre, jovial-amargado (M=5.28; Alfa = .78).
5. Factor Salud Emocional (4 reactivos), hace mención de aquellas características de personalidad que representan emociones positivas o negativas para la salud mental como agresivo-pacífico, impulsivo-reflexivo, sereno-ansioso, calmado-temperamental (M=3.79; Alfa = .73).
6. Factor Ocupacional (3 reactivos), señala aquellas características de personalidad que están presentes en el contexto profesional o de trabajo como: Eficiente-Ineficiente, Capaz-Incapaz, Responsable-Irresponsable (M=5.84; Alfa = .80).
7. Factor Etica (4 reactivos), señala los valores positivos o negativos que se adquieren a través de la cultura y del proceso de socialización como: leal-desleal, honesto-deshonesto, mentiroso-sincero, verdadero-falso (M=5.64; Alfa = .69).

TABLA 7.2.5. Análisis Factorial para la Escala de Autoconcepto

Factor	Descripción	M	ALFA	Rango	Pesos
FACTOR 1	Sentimientos Interindividuales	5.61	.89	1-7	
	Cariñoso-Frío				.875
	Romántico-Indiferente				.804
	Afectuoso-seco				.793
	Amoroso-Odioso				.789
	Sentimental-Insensible				.777
FACTOR 2	Sociabilidad Afiliativa	5.60	.81	1-7	
	Educado-Malcriado				.805
	Decente-Indecente				.784
	Cortés-Descortés				.740
	Atento-Desatento				.662
FACTOR 3	Sociabilidad Expresiva	4.25	.78	1-7	
	Comunicativo-Callado				.833
	Desenvuelto-tímido				.827
	Expresivo-Reservado				.713
	Extrovertido-Introvertido				.649
FACTOR 4	Estados de Animo	5.28	.78	1-7	
	Contento-Deprimido				.835
	Alegre-Melancólico				.783
	Jovial-Amargado				.692
	Feliz-Triste				.586
FACTOR 5	Salud Emocional	3.79	.73	1-7	
	Reflexivo-Impulsivo				.771
	Sereno-Ansioso				.756
	Pacífico-Agresivo				.725
	Calmado-Temperamental				.687
FACTOR 6	Ocupacional	5.84	.80	1-7	
	Eficiente-Ineficiente				.802
	Capaz-Incapaz				.755
	Responsable-Irresponsable				.753
FACTOR 7	ética	5.64	.69	1-7	
	Honesto-Deshonesto				.711
	Verdadero-Falso				.687
	Leal-Desleal				.649
	Sicero-Mentiroso				.642

Los rangos de respuesta obtenidos van de 1 a 7; promedios mayores a 4 indican un autoconcepto positivo y menores de 4 indican autoconcepto negativo.

7.3. Correlaciones intra y entre las Escalas de Locus de Control y Autoconcepto

1. Correlaciones Intra Escalas

A. Locus de Control

Se realizó un análisis de correlación (Producto-momento de Pearson) para observar las relaciones al interior de los factores de cada una de las escalas de Locus de Control. Se presentan solamente aquellas correlaciones con un valor de $r \geq$ de .20.

Escala de Sexualidad

El factor externalidad correlacionó positivamente con los factores: internalidad y religión ($r = .39$, $p = .0001$ y $r = .28$, $p = .0001$ respectivamente). Esto indica que mientras más en desacuerdo están en que el tener pareja sexual está en manos del destino, la suerte o Dios e influenciada por la religión, más de acuerdo están en que el tener pareja sexual dependerá de ellos.

Escala de VIH/SIDA

El factor externalidad correlacionó positivamente con afectividad ($r = .23$, $p = .0001$). Esto indica que a mayor desacuerdo en que la transmisión del VIH/SIDA sea cuestión de suerte, destino, Dios, doctor, mayor desacuerdo en que cuando hay amor no hay SIDA.

Por otra parte se obtuvo una correlación negativa entre el factor internalidad y familia ($r = -.24$; $p = .0001$) esto indica que mientras más consideran que el evitar la transmisión del VIH/SIDA es cuestión de esfuerzo personal más consideran que la información y los consejos de la familia son importantes para evitar la transmisión.

Dentro de las escalas de obtención y uso de Condón y Sexo Seguro no se observaron correlaciones \geq de .20.

B. Autoconcepto

Se realizó un análisis de correlación (Producto-momento de Pearson) para observar las relaciones entre los factores de la escala de Autoconcepto. Se presentarán solamente aquellas correlaciones con un valor de $r \geq$ de .20 (Tabla 7.3.1).

El Factor Sentimientos Interindividuales correlacionó positivamente con los factores sociabilidad afiliativa, estados de ánimo, ocupacional y ética, esto significa que los adolescentes cuanto más cariñosos, románticos, afectuosos, amorosos y sentimentales se evalúen más se percibirán como educados, decentes, corteses,

sentimentales se evalúen más se percibirán como educados, decentes, corteses, atentos, contentos, alegres, joviales, felices, eficientes, capaces, responsables, honestos y leales.

El factor Sociabilidad Afiliativa correlacionó positivamente con los factores estados de ánimo, ocupacional y ética; esto indica que mientras más educados, decentes, corteses y atentos se consideren, más contentos, alegres, joviales, felices, educados, atentos, corteses, decentes, eficientes, capaces, responsables, honestos, leales y sinceros se evaluarán.

El factor Sociabilidad Expresiva correlacionó positivamente con el factor estados de ánimo esto indica que mientras más comunicativos, desenvueltos, expresivos, y extrovertidos se sientan, más contentos, alegres, felices y joviales se evaluarán.

El factor Estados de Ánimo correlacionó positivamente con los factores salud emocional, ocupacional y ética, esto significa que mientras más contentos alegres, felices y joviales se perciban, más reflexivos, serenos, pacíficos, calmados, eficientes, capaces, responsables, honestos, verdaderos, leales y sinceros se evaluarán.

El factor Ocupacional correlacionó positivamente con el factor ética, esto indica que mientras más eficientes, capaces, y responsables se sientan, más honestos, verdaderos, leales y sinceros se evaluarán.

Tabla 7.3.1. Correlaciones intra escala de los factores de Autoconcepto

	Factores						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Sentimientos Interindividuales	X						
2. Sociabilidad Afiliativa	.39**	X					
3. Sociabilidad Expresiva			X				
4. Estados de Ánimo	.25**	.23**	.40**	X			
5. Salud Emocional				.22**	X		
6. Ocupacional	.38**	.48**		.23**		X	
7. Ética	.34**	.46**		.26**		.46**	X

** $p = .0001$

2. Correlaciones entre los factores de las escalas de Autoconcepto y Locus de Control.

A. Correlación entre las escalas de Locus de Control

Sexualidad

Se encontraron correlaciones positivas y significativas entre los factores **externalidad, internalidad y religión** de la escala de Sexualidad con los factores de externalidad de las escalas de VIH/SIDA, Uso del condón y Sexo seguro.

VIH/SIDA

El factor **externalidad** de la escala, correlacionó positivamente con los factores de **externalidad** de las escalas de Uso de condón y Sexo Seguro. Por otra parte, el factor **internalidad** de la escala, correlacionó positivamente con los factores de **internalidad** de las escalas de Uso de condón y Sexo Seguro; finalmente el factor **familia** de la escala de VIH/SIDA, correlacionó con los factores de **familia** de Uso de condón y Sexo seguro.

Obtención y Uso del Condón

Los factores **externalidad, internalidad y familia** de la escala de Obtención y Uso del Condón, correlacionaron con sus respectivos factores de la escala de Sexo Seguro.

En la Tabla 7.3.2 se presentan sólo las correlaciones \geq de .20.

B. Correlación entre los factores de las escalas de Locus de Control y Autoconcepto

El análisis de correlación no reportó relaciones entre los factores de las escalas antes mencionados.

Tabla 7.3.2. Correlaciones entre los factores de la escala de Locus de Control

	Sexualidad			VIH/SIDA			Uso del condón			Sexo Seguro			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Sexualidad													
1. Externalidad	X												
2. Internalidad		X											
3. Religión			X										
VIH/SIDA													
4. Externalidad	.53**	.21**	.21**	X									
5. Internalidad					X								
6. Familia						X							
7. Afectividad	.20**						X						
Obtención y Uso del condón													
8. Externalidad	.64**	.39**	.26**	.51**				X					
9. Internalidad					.38**				X				
10. Familia						.44**				X			
Sexo Seguro													
11. Externalidad	.57**	.32**	.24**	.60**				.64**			X		
12. Internalidad					.39**				.52**			X	
13. Familia						.41**				.59**			X

** p = .001

7.4. Análisis de Clasificación Múltiple para la población total

A continuación se exponen los resultados del análisis de clasificación múltiple en la población total, tomando en consideración uno de los patrones sexuales de riesgo de contagio del VIH/SIDA: el debut sexual.

Con el objetivo de analizar la relación entre el sexo, edad y debut sexual (variables independientes) con los factores de las escalas de locus de control: sexualidad, VIH/SIDA, uso y obtención de condón, sexo seguro; y autoconcepto (variables dependientes), se realizó un análisis de clasificación múltiple de 3 vías para obtener las diferencias significativas entre los grupos (se reportan únicamente los resultados significativos); encontrando lo siguiente:

1. Locus de control

A) Escala de Sexualidad

Factor Externalidad

Existieron diferencias significativas por sexo ($F_{(1/794)} = 33.42$; $p < .0001$); donde las mujeres muestran un locus de control interno más alto ($M = 4.39$) que los hombres ($M = 4.12$), es decir las mujeres manifiestan mayor desacuerdo en que el tener pareja o relaciones sexuales depende del destino, la suerte o Dios.

Se encontraron diferencias por grupos de edad ($F_{(2/794)} = 3.36$; $p < .035$) donde los adolescentes de 13 a 15 años presentan un locus de control menos interno, comparado con los grupos de 16 años y los de 17 a 24 años.

Al aplicar la prueba post hoc Scheffé, se encontró que no existen diferencias significativas entre los tres grupos. Se destaca que el grupo de 16 años presenta un puntaje mayor de internalidad que los otros dos grupos (Tabla 7.4.1)

TABLA 7.4.1. Promedios por edad de Locus de Control en la escala de Sexualidad, Factor Externalidad

Grupos de edad (en años)		
13-15	16	17-24
4.20	4.34	4.25

Factor Internalidad

Se observan diferencias significativas por sexo ($F_{(1/795)} = 18.22$; $p < .0001$); se encontró que las mujeres muestran un control interno más alto ($M = 4.39$) que los

hombres ($M=4.12$), ya que manifiestan en mayor grado que el tener pareja o relaciones sexuales depende de sus capacidades.

Se encontró una interacción significativa entre sexo y grupos de edad ($F_{(2/795)} = 3.43$; $p = .033$). En el grupo de mujeres se observa que a mayor edad presentan más internalidad. En el grupo de hombres se observa que el grupo con mayor internalidad es el grupo de 13 a 15 años, seguido por el grupo de los de 17 a 24 años. Cabe destacar que los que presentan menor internalidad son los de 16 años. Al aplicar una prueba post hoc (Scheffé), esta indica que las diferencias son provocadas por el grupo de hombres de 16 años y los grupos de mujeres de 16 años y de 17 a 24 años. Esto significa que los hombres de 16 años presentan significativamente menor internalidad que las mujeres de 16 y las de 17 a 24 años de edad. El otro grupo que produjo diferencias es el de los hombres de 17 a 24 años de edad, con las mujeres de su mismo rango de edad. Esto significa que las mujeres presentan una internalidad significativamente mayor que los hombres (Tabla 7.4.2).

TABLA 7.4.2. Promedios por sexo y grupos de edad de Locus de Control en la escala de Sexualidad, Factor Internalidad

Sexo	Grupos de edad (en años)		
	13-15	16	17-24
Hombre	4.32	4.16	4.24
Mujer	4.42	4.46	4.53

Finalmente se encontró una interacción significativa entre edad y debut sexual ($F_{(2/795)} = 4.04$; $p = .01$). Al aplicar una prueba post hoc (Scheffé) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ningún grupo. Lo cual significa que no existe diferencia debida a la edad o al debut sexual, en general todos los adolescentes son internos, es decir, los adolescentes controlan su sexualidad. Sin embargo, se observa que en los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, entre más edad presentan mayor internalidad, este patrón no se observa en los que no han debutado sexualmente, ya que los más jóvenes son los que presentan mayor internalidad, seguidos por los de 17 a 24 años y los de 16 años (Tabla 7.4.3)

TABLA 7.4.3. Promedios por grupos de edad y debut sexual de Locus de Control en la escala de Sexualidad, Factor Internalidad

Debut Sexual	Grupos de edad (en años)		
	13-15	16	17-24
Si	4.00	4.29	4.34
No	4.42	4.33	4.41

Indicador Religión

Existieron diferencias significativas por sexo ($F_{(1/795)} = 9.31$; $p = .002$), los hombres son más internos ($M = 4.12$) que las mujeres ($M = 3.84$), es decir, los hombres manifiestan que su conducta sexual está menos influenciada por la religión.

Se encontraron diferencias por edad ($F_{(2/795)} = 4.48$; $p = .012$), donde se observa que los de menor edad 13 a 15 años presentan mayor internalidad ($M = 4.09$) que los de 16 años ($M = 3.92$) y los de 17 a 24 años ($M = 3.93$). Al aplicar la prueba post hoc (Scheffé) no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Lo cual indica que los adolescentes independientemente de la edad consideran que la religión tiene poca influencia en su conducta sexual.

Finalmente se presentaron diferencias por debut sexual ($F_{(1/795)} = 9.65$, $p = .002$); los adolescentes que se iniciaron sexualmente consideran que la religión no influye en su conducta sexual ($M = 4.19$) y en menor grado los no iniciados sexualmente ($M = 3.90$)

En la Tabla 7.4.4 se resumen los datos obtenidos en el análisis de clasificación múltiple del Locus de Control en la Sexualidad.

TABLA 7.4.4. Análisis de clasificación múltiple del Locus de Control en la escala de Sexualidad

FACTOR	VARIABLES	F	p
Externalidad	Sexo	33.42	.0001
	Edad	3.36	.035
Internalidad	Sexo	18.22	.0001
	Sexo x Edad	3.43	.033
	Edad x Debut Sexual	4.04	.017
Religión	Sexo	9.31	.002
	Edad	4.48	.012
	Debut Sexual	9.65	.002

B) Escala de VIH/SIDA

Factor Externalidad

Existieron diferencias significativas por sexo ($F_{(1/789)} = 12.83$; $p < .0001$); donde las mujeres ($M = 4.44$) manifiestan un mayor desacuerdo en que el contagio del VIH/SIDA sea cuestión de suerte, el gobierno o el destino, a diferencia de los hombres ($M = 4.28$).

Factor Internalidad

Existieron diferencias significativas por sexo ($F_{(1/791)} = 4.97$; $p = .02$); se encontró que las mujeres muestran un control interno más alto ($M = 3.90$) que los hombres ($M = 3.77$), sin embargo, los puntajes obtenidos en ambos, se ubican dentro de la escala como ni acuerdo-ni en desacuerdo con respecto a las afirmaciones, pero más tendientes al acuerdo de que es por su esfuerzo personal, sus capacidades, sus acciones y cuidados propios que se evita el adquirir el VIH/SIDA.

Se observó una interacción significativa entre sexo y debut sexual ($F_{(1/791)} = 3.93$; $p = .04$). Al aplicar una prueba post hoc (Scheffé), ésta indica que las diferencias son provocadas por los no iniciados sexualmente, esto es, las mujeres no iniciadas sexualmente tienen un control interno significativamente mayor que los hombres no iniciados y por otra parte, no existe diferencia entre los iniciados sexualmente. Esto indica que el evitar adquirir el VIH/SIDA, es cuestión de esfuerzo personal, de las capacidades, de las acciones y de los cuidados. Debe tomarse en cuenta que los puntajes obtenidos se ubican dentro de la escala entre las opciones: ni acuerdo-ni en desacuerdo (Tabla 7.4.5)

TABLA 7.4.5. Promedios por sexo y debut sexual de Locus de Control en la escala de Sexualidad, Factor Internalidad

Debut Sexual	Sexo	
	Hombre	Mujer
Si	3.85	3.79
No	3.72	3.92

Indicador Familia

Existieron diferencias significativas por sexo ($F_{(1/791)} = 4.85$; $p = .02$), donde los hombres presentan menor control externo ($M = 3.05$) que las mujeres ($M = 2.84$). El puntaje obtenido por los hombres se ubica dentro de la escala entre las respuestas: ni acuerdo-ni desacuerdo, y la respuesta de las mujeres se ubica entre las opciones ni acuerdo-ni desacuerdo y acuerdo. Esto indica que las mujeres consideran que el contagio de VIH/SIDA depende de la información y consejos que les proporcione la familia; en los hombres esta respuesta se encuentra justo en la media teórica.

Indicador Afectividad

Se encontraron diferencias por sexo ($F_{(1/791)} = 7.22$; $p = .007$), donde las mujeres presentan mayor desacuerdo en cuanto a las afirmaciones que indican que alguien que te quiere no te infectaría con VIH/SIDA o que en donde hay amor no hay SIDA ($M = 3.73$) que los hombres ($M = 3.54$). Deben considerarse con cautela estos

resultados, ya que ambos promedios se ubican casi en la media teórica (ni-acuerdo ni desacuerdo y desacuerdo) de la escala.

Se identificaron diferencias por edad ($F_{(2/791)} = 5.12$; $p = .006$). Al aplicar una prueba post hoc (Scheffé), ésta, indica que las diferencias se presentan entre el grupo de 13-15 años ($M = 3.47$) y el grupo de 16 años ($M = 3.80$). Ambos grupos están en desacuerdo con las afirmaciones que dicen que una persona que los quiere no los infectaría de VIH/SIDA y que donde hay amor no hay SIDA. Sin embargo, los puntajes obtenidos se ubican dentro de la escala en las opciones de respuesta ni acuerdo-ni en desacuerdo y en desacuerdo, más cercana a la media teórica el promedio obtenido por los de 13 a 15 años (Tabla 7.4.6).

Tabla 7.4.6. Promedios por grupos de edad de Locus de Control en la escala de VIH/SIDA, Factor Afectividad

Grupos de edad (en años)		
13-15	16	17-24
3.47	3.80	3.65

En la Tabla 7.4.7. se resumen los datos obtenidos en el análisis de clasificación múltiple del Locus de Control en la escala de VIH/SIDA

TABLA 7.4.7 Análisis de clasificación múltiple del Locus de Control en la escala de VIH/SIDA

FACTOR	VARIABLES	F	p
Externalidad	Sexo	12.83	.0001
	Sexo	4.97	.02
Internalidad	Sexo x Debut sexual	3.93	.04
	Sexo	4.85	.02
Familia	Sexo	7.22	.007
	Edad	5.12	.006

C) Escala de Obtención y Uso de Condón

Factor Externalidad.

Existieron diferencias significativas por grupos de edad ($F_{(2/793)} = 3.49$; $p = .03$). Al aplicar una prueba post hoc (Scheffé), ésta, indica que el grupo de 13 a 15 años, con menor promedio ($M = 4.41$) es el grupo que hace la diferencia con el grupo de 17 a 24 años ($M = 4.56$) (Tabla 7.4.8).

Tabla 7.4.8. Promedios por grupos de edad de Locus de Control en la escala de Obtención y Uso de Condón, Factor Externalidad

Grupos de edad (en años)		
13-15	16	17-24
4.41	4.51	4.56

Se encontraron diferencias en la interacción de grupos edad y sexo ($F_{(2/793)} = 3.59$; $p = .028$). Se observa que a mayor edad, mayor puntaje en ambos sexos; se destaca que en los grupos de mujeres, el de menor edad y el de mayor edad son los que obtuvieron el menor y mayor puntaje respectivamente ($M = 4.38$ y $M = 4.62$). Todos los grupos indican desacuerdo en que la obtención y uso del condón se deba a Dios, la suerte, el destino, el doctor o el gobierno, sin embargo, al aplicar la prueba post hoc (Scheffé), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 7.4.9).

TABLA 7.4.9. Promedios por grupos de edad y sexo del Factor Externalidad de la Escala de Locus de Control de Obtención y Uso del Condón.

Sexo	Grupos de edad/años		
	13-15	16	17-24
Hombres	4.45	4.46	4.50
Mujeres	4.38	4.57	4.62

Finalmente se encontró una interacción significativa entre edad y debut sexual; ($F_{(2/793)} = 5.81$; $p = .003$). El grupo de adolescentes de 16 años que han tenido relaciones sexuales consideran que ni Dios, ni la suerte, ni el destino entre otros controlan la obtención y uso del condón, seguido por el grupo de 17 a 24 años, y en último lugar, el grupo de 13 a 15 años. En el grupo de adolescentes que no ha tenido relaciones sexuales se observa que a mayor edad mayor desacuerdo con las afirmaciones anteriores. La prueba Scheffé indica que la diferencia la hacen los iniciados sexualmente que corresponden a los grupos de 13 a 15 y el de 16 años (Tabla 7.4.10).

TABLA 7.4.10. Promedios por grupos de edad y debut sexual en el Factor Externalidad de la Escala de Locus de Control de Obtención y Uso del Condón.

Debut Sexual	Grupos de edad/años		
	13-15	16	17-24
Si	4.22	4.69	4.58
No	4.44	4.47	4.55

Factor Internalidad.

Se encontró una interacción significativa entre sexo y edad ($F_{(2/794)} = 4.34$; $p = .01$). Al aplicar una prueba post hoc (Scheffé), ésta indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos por edad y sexo, lo cual indica una homogeneidad en las puntuaciones. Todas las puntuaciones se ubican en las opciones de respuesta ni acuerdo-ni en desacuerdo y de acuerdo; una puntuación muy central. Sin embargo, se observa que en el grupo de mujeres mientras más se avanza en la edad, tienen más control interno (13 a 15 años $M = 3.21$, 16 años $M = 3.24$, 17 a 24 años $M = 3.49$), esto es, que están de acuerdo en que el uso y obtención del condón depende de sus capacidades. A diferencia de los hombres, en cuyo caso, el grupo que presenta un mayor control interno es el de 16 años ($M = 3.44$), seguido por el de 13 a 15 años ($M = 3.37$) y por último el de 17 a 24 años ($M = 3.29$).

Indicador Familia

Existieron diferencias significativas por sexo ($F_{(1/795)} = 5.85$; $p = .016$), donde las mujeres están más de acuerdo en que el uso del condón depende de la información y consejos que proporcione la familia ($M = 2.54$), en comparación con los hombres ($M = 2.75$).

Se encontraron diferencias por edad ($F_{(2/786)} = 3.690$; $p = .025$). A través de la prueba post hoc (Scheffé) se observa que la diferencia obtenida se debe a los grupos de 13 a 15 años y el de 17 a 24. Esto indica que el grupo de menor edad está en mayor acuerdo con las afirmaciones del factor, que el grupo de mayor edad (Tabla 7.4.11).

TABLA 7.4.11. Promedios por grupos de edad en el Factor Familia de la Escala de Locus de Control de Obtención y Uso del Condón

Grupos de edad/años		
13-15	16	17-24
2.50	2.60	2.77

Por último existió una interacción entre sexo por debut sexual ($F_{(1/795)} = 6.64$; $p = .017$). Al aplicar una prueba post hoc (Scheffé), ésta indica que la diferencia la hace el grupo de mujeres iniciadas sexualmente con respecto al resto de los grupos.

El grupo de mujeres iniciadas sexualmente, se acercan al punto medio de la escala la cual indica ni acuerdo-ni desacuerdo con las afirmaciones. Es posible entonces considerar que para todos los demás grupos el uso del condón depende de la información y de los consejos que les proporcione la familia en mayor medida (Tabla 7.4.12).

TABLA 7.4.12. Promedios por sexo y debut sexual en el Factor Familia de la Escala de Locus de Control de Obtención y Uso del Condón.

Debut Sexual	Sexo	
	Hombres	Mujeres
Si	2.76	2.93
No	2.75	2.48

En la Tabla 7.4.13. se resumen los datos obtenidos del Análisis de clasificación Múltiple para la escala de Locus de Control de Obtención y Uso del Condón.

TABLA 7.4.13. Análisis de clasificación múltiple del Locus de Control en la Escala de Obtención y Uso de Condón

FACTOR	VARIABLES	F	P
Externalidad	Edad	3.49	.03
	Edad x sexo	3.59	.028
	Edad x Debut Sexual	5.81	.003
Internalidad	Sexo x Edad	4.34	.01
Familia	Sexo	5.85	.016
	Edad	3.35	.03
	Sexo x Patrón sexual	6.64	.01

D) Escala de Sexo Seguro

Factor Externalidad.

Existieron diferencias significativas por sexo ($F_{(1/794)} = 5.90$; $p = .01$); en donde las mujeres muestran un mayor desacuerdo que los hombres en que el sexo seguro se deba a la suerte, el destino, el doctor o el gobierno (mujeres, $M = 4.45$ y hombres $M = 4.35$).

Se encontró una interacción significativa entre edad y debut sexual ($F_{(2/794)} = 3.62$; $p = .02$). Al aplicar una prueba post hoc (Sheffe), ésta indica que no existen diferencias entre los grupos. Sin embargo, se puede observar que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales y que se ubican en el grupo de edad de 16 años presentan mayor desacuerdo que el resto de los grupos, en que el sexo seguro sea cuestión de suerte, destino, doctor o gobierno (Tabla 7.4.14).

TABLA 7.4.14 Promedios obtenidos en la Escala de Locus de control de Sexo Seguro, Factor Externalidad por edad y debut sexual

Debut Sexual	Grupos de edad/años		
	13-15	16	17-24
Si	4.15	4.59	4.39
No	4.39	4.41	4.42

Factor Internalidad.

Se encontraron diferencias significativas por edad ($F_{(2/7189)} = 3.00$; $p = .050$). La prueba Scheffé indica que las diferencias son provocadas por el grupo de 13-15 años y el grupo de 17-24 años. Esto indica que el grupo de 17-24 años está en mayor acuerdo de que el sexo seguro es cuestión de *esfuerzo personal* y de sus capacidades. Se observa sin embargo que los grupos se ubican en la media teórica de la escala, la cual indica ni acuerdo ni desacuerdo con las afirmaciones (Tabla 7.4.15).

TABLA 7.4.15. Promedios por grupos de edad en el Factor Internalidad de la Escala de Locus de Control de Sexo Seguro

Grupos de edad/años		
13-15	16	17-24
3.02	3.12	3.25

Existieron diferencias por debut sexual ($F_{(1/794)} = 4.83$; $p = .02$), los adolescentes que han tenido relaciones sexuales son más internos ($M = 3.31$) a diferencia de los que no han tenido ($M = 3.09$).

Factor Familia.

Por último se encontraron diferencias por debut sexual ($F_{(1/794)} = 4.26$; $p = .03$). Esto indica que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales ($M = 2.91$) están en mayor acuerdo de que el sexo seguro depende de la información y consejos que les proporcione la familia, a diferencia de los iniciados sexualmente ($M = 3.11$).

En la Tabla 7.4.16 se resumen los resultados del análisis de clasificación múltiple de Locus de Control en la Escala de Sexo Seguro.

TABLA 7.4.16. Análisis de Clasificación Múltiple del Locus de Control en la Escala de Sexo Seguro

FACTOR	VARIABLES	F	p
Externalidad	Sexo	5.90	.01
	Edad X debut Sexual	3.62	.02
Internalidad	Edad	2.86	.05
	Debut Sexual	4.83	.02
Familia	Debut Sexual	4.26	.03

2. Autoconcepto

1) Factor: Sentimientos Interindividuales

Se encontraron diferencias por sexo ($F_{(1/780)} = 23.6$; $p = 0001$), donde las mujeres ($M = 5.82$) presentaron mayor autoconcepto a diferencia de los hombres ($M = 5.4$) debido a que se consideran más amorosas, cariñosas, románticas y sentimentales.

Existieron diferencias por edad ($F_{(2/780)} = 3.96$; $P = .01$). Al aplicar una prueba post hoc (Scheffé), ésta indica que no existen diferencias por edad. Sin embargo, se puede observar que los adolescentes de 13 a 15 años tienen un autoconcepto mayor ($M = 5.82$) que los de 16 años ($M = 5.56$), y que los de 17 a 24 años ($M = 5.53$). Los adolescentes de menor edad se consideran más afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales.

2) Factor: Sociabilidad Afiliativa

Se encontraron diferencias por debut sexual ($F_{(1/782)} = 8.72$; $p = 003$). Se observa que los que no han tenido relaciones sexuales presentan un autoconcepto afiliativo más positivo ($M = 5.67$) en comparación con los que se han iniciado sexualmente ($M = 5.40$), los que no han tenido relaciones sexuales, se conciben más educados, decentes, corteses y atentos.

3) Factor: Sociabilidad Expresiva

Se encontraron diferencias por sexo ($F_{(1/759)} = 6.59$; $p = 01$), las mujeres muestran mayor sociabilidad expresiva ($M = 4.33$) a diferencia de los hombres ($M = 4.15$), ya que las mujeres se consideran más comunicativas, desenvueltas, expresivas y extrovertidas a diferencia de los hombres.

Existieron diferencias por debut sexual ($F_{(1/759)} = 8.77$; $p = 003$), los adolescentes que se han iniciado sexualmente tienen un autoconcepto mayor ($M = 4.41$) con respecto a los que no han tenido relaciones sexuales ($M = 4.19$) puesto que éstos últimos se conciben menos comunicativos, desenvueltos, expresivos y extrovertidos.

4) Factor :Estados de Ánimo

Hubo diferencias por edad ($F_{(2/76)} = 5.86$; $p = 0.003$), se encontró que los adolescentes de 13-15 años tienen un autoconcepto mayor ($M = 5.54$) comparado con el grupo de 16 años ($M = 5.23$) y el de 17 a 24 años ($M = 5.16$) ya que los adolescentes de menor edad se consideran más contentos, alegres, joviales y felices. La prueba Scheffé indica que las diferencias se encuentran entre el grupo de menor edad con los grupos de mayor edad.

5) Factor: Salud Emocional

Se encontraron diferencias en el debut sexual ($F_{(1/776)} = 6.58$; $p = .01$), los adolescentes que tienen relaciones sexuales presentan un autoconcepto menor ($M = 3.56$) en comparación con los que no han tenido relaciones sexuales ($M = 3.88$), pues se conciben menos calmados, reflexivos serenos y pacíficos.

6) Factor Ocupacional

Se encontraron diferencias por edad ($F_{(2/785)} = 3.37$; $p = .03$) en general se observa que los adolescentes tienen un autoconcepto alto, principalmente los más jóvenes (13-15 años $M = 5.99$; 16 años $M = 5.88$; 17-24 años $M = 5.74$) ya que se consideran eficientes, capaces y responsables. Al aplicar una prueba post hoc (Scheffé) esta indica que la diferencia la hacen los grupos de 13 a 15 años y los de 17 a 24 años.

7) Factor: Etica

Se muestran diferencias por sexo ($F_{(1/773)} = 15.28$; $p = .000$), las mujeres ($M = 5.26$) a diferencia de los hombres ($M = 5.05$) se conciben más verdaderas, sinceras, honestas y leales (Tabla 7.4.17).

TABLA 7.4.17. Análisis de Clasificación Múltiple en la Escala de Autoconcepto

FACTOR	VARIABLES	F	p
Sentimientos Interindividuales	Sexo	23.6	.0001
	Edad	3.96	.01
Sociabilidad Afiliativa	Debut Sexual	8.72	.003
Sociabilidad Expresiva	Sexo	6.59	.01
	Debut Sexual	8.77	.003
Estados de Ánimo	Edad	5.86	.003
	Debut Sexual	6.58	.01
Salud Emocional	Edad	3.37	.03
Ocupacional	Sexo	15.28	.0001

7.5. Análisis de Clasificación Múltiple para la población sexualmente activa

A continuación se expondrán los resultados del análisis de clasificación múltiple de 5 vías, considerando como Variables Dependientes los factores de personalidad: Locus de Control y Autoconcepto y como variables independientes el patrón sexual (edad al debut sexual, tipo de parejas sexuales, número de parejas sexuales en la vida y frecuencia de uso de condón) y sexo.

A) Locus de Control

Escala de Sexualidad

Factor: Externalidad

Se encontraron diferencias significativas por sexo ($F_{(1/183)} = 5.3$; $p = .02$), donde las mujeres están en mayor desacuerdo ($M = 4.51$) que los hombres ($M = 4$) en que el tener pareja y relaciones sexuales se daba al destino, la suerte, Dios o el doctor.

Existieron diferencias debidas al tipo de pareja sexual (ocasional, regular y ocasional-regular) ($F_{(2/183)} = 3.73$; $p = .02$). Se aplicó una prueba post hoc (Scheffé), la cual muestra diferencias entre el grupo de estudiantes que tienen parejas ocasionales - regulares y los que tienen pareja regular; a su vez entre los que tienen parejas ocasionales y los de pareja regular. Los que tienen pareja regular presentan mayor desacuerdo ($M = 4.41$) en que el tener pareja y relaciones sexuales es cuestión de la suerte, el destino o Dios, que aquellos que tienen pareja ocasional ($M = 4.1$) y que los que tienen parejas ocasionales y regulares (3.90).

Factor Internalidad

En este factor existen diferencias significativas por sexo y frecuencia de uso del condón (siempre, algunas veces y nunca) ($F_{(2/184)} = 3.51$; $p = .03$). La prueba post hoc (Scheffé) no indica diferencias significativas, no obstante, las adolescentes que siempre usan el condón presentan mayor acuerdo ($M = 4.49$) en que el tener pareja y relaciones sexuales depende de sí mismas, con respecto a las que nunca lo usan ($M = 4.38$) y aquellas que lo usan algunas veces ($M = 4.20$). En el caso de los varones, aquellos que usan el condón algunas veces, manifiestan mayor internalidad ($M = 4.52$) que los que nunca usan el condón ($M = 4.12$) y los que lo usan siempre ($M = 4.11$) (Tabla 7.5.1)

Tabla 7.5.1.. Promedios por sexo y frecuencia de uso del condón de Locus de Control en la escala de Sexualidad, Factor Internalidad

Sexo:	Frecuencia de uso de condón		
	Siempre	Algunas Veces	Nunca
Hombres	4.11	4.52	4.12
Mujeres	4.49	4.20	4.38

También se muestran diferencias por frecuencia de uso del condón y tipo de pareja sexual ($F_{(4/184)} = 2.97$; $p = .02$). La prueba post hoc Scheffé no reporta diferencias significativas, sin embargo, el grupo de adolescentes que tienen parejas ocasionales y regulares y que algunas veces utilizan el condón, obtuvieron mayor puntaje en este factor ($M = 4.56$). Por otra parte, los adolescentes que tienen pareja ocasional y que algunas veces utilizan el condón obtuvieron el menor puntaje de los grupos, muy cercano a la media teórica ($M = 3.85$), lo cual indica que su respuesta se ubica entre las opciones ni acuerdo-ni en desacuerdo y acuerdo en que el tener pareja sexual y relaciones sexuales depende de sí mismos (Tabla 7.5.2)

TABLA 7.5.2. Medias del Factor internalidad de la Escala de Locus de Control Sexualidad

Frecuencia de uso del condón	Tipo de Pareja Sexual		
	Ocasional	Regular	Regular y Ocasional
Siempre	4.33	4.08	4.29
Algunas Veces	3.85	4.48	4.56
Nunca	4.14	4.19	4.30

Factor Religión

Se encontraron diferencias significativas por sexo ($F_{(1/184)} = 4.68$; $p = .03$), se observa que la media obtenida por los hombres es de $M = 4.23$, lo cual indica que la conducta sexual no está influenciada por su religión y los mandamientos de ésta, a diferencia de las mujeres ($M = 4.04$).

También se encontraron diferencias en la interacción sexo por frecuencia de uso del condón ($F_{(2/184)} = 3.37$, $p = .03$). La prueba Scheffé indica que no existen diferencias significativas entre los grupos, no obstante, se puede observar que las mujeres sexualmente activas que siempre utilizan el condón, obtuvieron el mayor puntaje de los grupos, lo cual indica que su conducta sexual no está influenciada por su religión

ni los mandamientos de ésta. Se observa también que el promedio obtenido en este factor por las mujeres que nunca utilizan el condón, se ubica aproximadamente en la media teórica, en la opción de respuesta ni acuerdo-ni desacuerdo y acuerdo con las afirmaciones de la escala (Tabla 7.5.3.)

TABLA 7.5.3. Medias del Factor religión de la Escala de Locus de Control Sexualidad

Frecuencia de uso del condón	Sexo	
	Hombre	Mujer
Siempre	4.15	4.61
Algunas Veces	4.28	3.85
Nunca	4.32	3.54

Escala de VIH/SIDA

Factor Externalidad

Se encontraron deferencias significativas por edad al debut sexual ($F_{(2/182)}=2.97$; $p=.05$). Al aplicar la prueba post hoc (Scheffé), ésta no reporta diferencias entre los grupos, no obstante, se observa, que los adolescentes de 15 años están en mayor desacuerdo ($M=4.52$) en que el contagio y la evitación del VIH/SIDA sea cuestión de la suerte, el gobierno, el destino el doctor o Dios, comparados con los jóvenes que se iniciaron de 6 a 14 años ($M=4.32$) y a su vez con los de 16 a 23 años ($M=4.27$).

Factor internalidad

Se encontraron diferencias significativas por el tipo de pareja sexual ($F_{(2/183)}=3.56$; $p=.03$). La prueba post hoc Scheffé indica que no existen diferencias significativas. Pero, se puede observar que los adolescentes que tienen parejas ocasionales y regulares ($M=3.99$) y los que tienen parejas ocasionales ($M=3.94$) se acercan más al acuerdo en que el adquirir y evitar el contagio del VIH/SIDA es cuestión de esfuerzo personal y de sus capacidades a diferencia de los que tienen pareja regular ($M=3.67$), éstos últimos se acercan más a la respuesta ni acuerdo ni en desacuerdo con las afirmaciones de la escala.

Factor Familia

Se encontraron diferencias significativas en la interacción sexo por edad al debut sexual ($F_{(2/183)}=3.56$, $p=.03$). Al aplicar la prueba post hoc (Scheffé), no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. En general se puede observar que independientemente del sexo y la edad al debut sexual, la información y consejos que les proporcione su familia para evitar el contagio de VIH/SIDA es

importante, sin embargo, se puede observar que es más importante para las mujeres que se iniciaron sexualmente entre los 16 y 23 años y es menos importante para los hombres que se iniciaron en este mismo rango de edad (Tabla 7.5.4)

TABLA 7.5.4. Medias del Factor familia de la Escala de Locus de Control ante el VIH/SIDA

Edad al Debut Sexual (en años)	Sexo	
	Hombre	Mujer
6-14	3.15	2.83
15	2.85	3.28
16-23	3.46	2.71

Factor Afectividad

En este factor no se encontraron diferencias significativas.

Escala de Obtención y Uso del Condón

Factor Externalidad

Se encontraron diferencias por la interacción sexo y frecuencia de uso del condón ($F_{(2/184)} = 4.46$; $p = .01$). Al aplicar la prueba post hoc (Scheffé), ésta indica que no existen diferencias significativas entre los grupos. Se observa que todos los grupos están en desacuerdo en que el obtener y usar condones sea cosa del destino, Dios, la suerte u otros. Sin embargo, se puede ver que las mujeres sexualmente activas que siempre usan el condón están en mayor acuerdo con lo anterior, que el resto de los grupos y que los hombres que siempre lo utilizan, están en menor acuerdo (Tabla 7.5.5).

TABLA 7.5.5. Medias del Factor Externalidad de la Escala de Locus de Control Obtención y Uso del condón

Frecuencia de uso del condón	Sexo	
	Hombre	Mujer
Siempre	4.46	4.72
Algunas Veces	4.71	4.53
Nunca	4.51	4.71

Se observan diferencias significativas en la interacción frecuencia de uso de condón por tipo de pareja sexual ($F_{(4/184)} = 4$; $p = .01$). La prueba post hoc (Scheffé) no reporta diferencias significativas; sin embargo, se observa que en general los adolescentes están de acuerdo en que el obtener y usar condones no se debe a la

suerte, el destino, el gobierno o el doctor. El grupo que está en mayor desacuerdo con las afirmaciones es el de los adolescentes que tienen parejas regulares y ocasionales y que algunas veces utilizan el condón. El grupo que está en menor desacuerdo son los que tienen parejas regular y ocasional y que siempre utilizan el condón (Tabla 7.5.6.)

TABLA 7.5.6. Medias del Factor Externalidad de la Escala de Locus de Control Obtención y Uso del condón

Frecuencia de uso del condón	Tipo de Pareja Sexual		
	Ocasional	Regular	Regular y Ocasional
Siempre	4.39	4.73	4.23
Algunas Veces	4.31	4.69	4.75
Nunca	4.67	4.46	4.50

Factor Internalidad

Se encontraron diferencias significativas por número de parejas sexuales ($F_{(2/184)} = 3$; $p = .05$). No se encontraron diferencias al aplicar una prueba post hoc (Scheffé). Se observa que los promedios de los tres grupos, se ubican cercanos a la media teórica, en la opción de respuesta ni acuerdo-ni desacuerdo y acuerdo sobre las afirmaciones que dicen que conseguir condones es cuestión de esfuerzo personal y de sus propias capacidades (Tabla 7.5.7).

TABLA 7.5.7. Medias del Factor Internalidad de la Escala de Locus de Control Obtención y Uso del condón

Número de parejas sexuales en la vida		
1	2	3 y más
3.50	3.22	3.44

Factor Familia

Se encontraron diferencias en la interacción edad al debut sexual y frecuencia de uso del condón ($F_{(4/184)} = 4.1$; $p = .004$). La prueba post hoc (Scheffé) no indica diferencias. En general los adolescentes consideran que la obtención y uso del condón depende de la información y los consejos que les proporcione la familia (Tabla 7.5.8).

TABLA 7.5.8. Medias del Factor Familia de la Escala de Locus de Control Obtención y Uso del condón

Frecuencia de uso del condón	Edad al Debut sexual (en años)		
	6-14	15	16-23
Siempre	2.45	3.02	2.73
Algunas Veces	3.20	2.45	2.93
Nunca	2.81	2.69	3.50

Escala de Sexo Seguro

Factor Externalidad

Se encontraron diferencias significativas debidas al tipo de pareja sexual (regular, ocasional y regular-ocasional) ($F_{(2/184)} = 2.9$ y $p = .05$). Al aplicar la prueba post hoc Scheffé, ésta indica que las diferencias en cuanto a externalidad se ubican en los grupos que tienen pareja regular ($M = 4.58$) y aquellos que tienen parejas regulares y ocasionales ($M = 4.25$). Esto significa que los individuos que tienen pareja regular están en mayor desacuerdo en que el tener pareja y relaciones sexuales no depende del destino, de la suerte o de Dios, con respecto a los que tienen tanto pareja regular como ocasional.

Se encontró una interacción significativa entre sexo por el tipo de pareja (regular, regular y ocasional) ($F_{(2/184)} = 3.29$; $p = .04$). Al aplicar la prueba post hoc Scheffé, ésta no reporto diferencias significativas. Los adolescentes en general consideran que el sexo seguro no es cuestión de suerte, del destino del doctor o del gobierno. Se observa que las mujeres que tiene pareja regular están en mayor desacuerdo con las afirmaciones de la escala, que el resto del grupo. También se puede observar que las mujeres que tienen pareja ocasional están en menor desacuerdo con las afirmaciones (Tabla 7.5.9).

TABLA 7.5.9. Medias del Factor Externalidad de la Escala de Locus de Control Sexo Seguro

Sexo	Tipo de pareja sexual		
	Ocasional	Regular	Ocasional y Regular
Hombre	4.36	4.44	4.26
Mujer	4.03	4.74	4.20

Factor Internalidad

No se obtuvieron diferencias significativas en este factor.

Factor Familia

Se observan diferencias significativas provocadas por sexo y edad al debut sexual ($F_{(2/183)} = 3.9$; $p = .02$). En general los adolescentes sexualmente activos independientemente del sexo y la edad al debut sexual, están de acuerdo en que el sexo seguro depende de la información y los consejos que les proporcione su familia y su pareja sexual. La prueba post hoc (Scheffé), no arroja diferencias significativas entre los grupos (Tabla 7.5.10).

TABLA 7.5.10. Medias del Factor Familia de la Escala de Locus de Control Sexo Seguro

Sexo	Edad al Debut Sexual (en años)		
	6-14	15	16-23
Hombre	3.19	2.89	3.19
Mujer	2.67	3.29	3.17

Se encontró una interacción significativa entre edad al debut sexual y frecuencia de uso del condón ($F_{(4/183)} = 3.21$; $p = .01$). Aquí también se observa que los puntajes en general son similares, independientemente del tipo de pareja y de la edad al debut sexual. Los adolescentes manifiestan acuerdo en que el sexo seguro depende de la información y de los consejos que les proporciona su familia y su pareja sexual. La prueba post hoc (Scheffé) no reporta diferencias significativas (Tabla 7.5.10).

TABLA 7.5.11. Medias del Factor Familia de la Escala de Locus de Control Sexo Seguro

Frecuencia de uso del condón	Edad al Debut Sexual (en años)		
	6-14	15	16-23
Siempre	2.90	3.21	2.86
Algunas Veces	3.44	3.08	3.48
Nunca	3.12	2.81	3.51

B) Autoconcepto

Factor Estados de Ánimo.

Se encontraron diferencias significativas por sexo ($F_{(1/178)} = 4.31$; $p = .04$), donde las mujeres se consideran menos contentas, alegres, joviales y felices ($M = 4.89$) que los hombres ($M = 5.33$).

Se encontraron también diferencias por tipo de pareja sexual ($F_{(2/178)} = 3.60$; $p = .03$) los adolescentes que tienen parejas ocasionales presentan mayor autoconcepto

(5.43), pues se consideran más contentos, alegres, joviales y felices, que los que tienen parejas regulares ($M=5.33$) y los que tienen sólo parejas tanto regulares como ocasionales. Al aplicar una prueba estadística Scheffé, ésta indica que la diferencia la hacen los grupos que tienen parejas ocasionales y los que tienen tanto parejas ocasionales como regulares.

Factor Ética

Se encontraron diferencias estadísticamente debidas a la frecuencia de uso del condón ($F_{(2/181)}=3.89$; $p=.02$). Se aplicó una prueba post hoc (Scheffé), ésta indica que la diferencia la hacen el grupo que indica que nunca utilizan el condón ($M=4.88$), ellos se consideran menos honestos, menos verdaderos, menos leales y menos sinceros, que los jóvenes que indican que siempre lo usan ($M=5.28$) (ver tabla 7.5.12).

TABLA 7.5.12. Medias del Factor Ética de la Escala de Autoconcepto

Número de Parejas		
Siempre	Algunas Veces	Nunca
5.28	5.12	4.88

8. DISCUSIÓN

El SIDA producido por el VIH ha desafiado a la comunidad en todos los ámbitos. El rápido desplazamiento de esta infección en todo el mundo ha provocado una pandemia, constituyendo un problema de salud pública mundial, a la fecha no se ha desarrollado vacuna para prevenirla ni medicamentos capaces de erradicar el virus del organismo, sin embargo, se han creado medicamentos que la han convertido en una enfermedad crónica, por lo tanto mientras que los avances médicos no dispongan de una terapéutica eficaz para eliminar el VIH del organismo de las personas infectadas, la única opción para detener la propagación de esta enfermedad es la prevención, es aquí donde la psicología juega un papel relevante debido a que el SIDA se difunde a través de comportamientos (principalmente por contacto sexual sin protección), por lo tanto su expansión podría detenerse si se consiguen cambiar estos comportamientos de riesgo.

Como se ha mencionado anteriormente (Bayés, 1987, 1989), prevalece la creencia de que informar equivale a educar, cuando la primera es condición necesaria más no suficiente para que se dé la segunda, y con ello, un verdadero trabajo preventivo; así, aun y cuando se lleguen a generar mayores conocimientos y cambios de actitud favorables ello no significa que se generalicen o se traduzcan en cambios en el comportamiento. Por lo tanto la tarea del psicólogo consiste en lograr que se incorporen como hábitos las conductas preventivas.

Algunos rasgos de la personalidad que se han relacionado con conductas preventivas ante la transmisión del VIH/SIDA son: el locus de control y el autoconcepto (Bandura, 1994; Díaz-Loving, 1994, Kelly; Lawrence y Brasfield, 1991; Maddux, 1995), por lo cual los propósitos del presente estudio fueron por una parte describir el patrón sexual de los adolescentes, para detectar comportamientos de riesgo o preventivos ante el VIH/SIDA y por otro lado analizar algunos de los rasgos de personalidad (locus de control y autoconcepto) que se relacionan con las conductas preventivas o de riesgo ante la transmisión del VIH/SIDA.

De acuerdo con los objetivos, se discutirán los resultados obtenidos en la investigación, empezando con la descripción de la muestra, en seguida el patrón sexual, continuando con los comentarios de las escalas construidas: Locus de Control y Autoconcepto y por último las correlaciones entre e intra escalas.

Descripción de la muestra y el Patrón Sexual

Con base en los resultados del estudio, se encontró un mayor porcentaje de mujeres que de hombres, teniendo en general, una edad promedio de 16 años.

En México la principal causa de transmisión del VIH/SIDA es por contacto sexual, por lo que la población sexualmente activa es un foco de interés; si se toma en cuenta que es en la adolescencia cuando se inician las relaciones sexuales, se hace necesario describir su patrón sexual (CONASIDA, 1994).

Al analizar los resultados del patrón sexual de los adolescentes que participaron en el estudio, se encontró que del total de la población, el 25.7% se ha iniciado sexualmente; teniendo una edad promedio al debut sexual de 15 años. Se encontraron diferencias por sexo, existe una mayor proporción de hombres que se han iniciado sexualmente, a más temprana edad, tienen más parejas sexuales sobretodo ocasionales, en comparación con las mujeres, quienes tienen principalmente parejas regulares.

Datos similares sobre patrón sexual, se han encontrado en otros estudios (IMSS, 1981; Díaz-Loving, Pick y Andrade, 1998; Villagran, Vazquez y Díaz-Loving, 1992; Villagrán, 1993; SSA/CONASIDA, 1993; Andrade Palos y Díaz-Loving, 1994; Rivera, Díaz y Cubas; 1994; Alfaro, 1995), todos ellos indican un patrón sexual más precoz y diversificado en hombres que en mujeres.

Es posible que el patrón sexual se encuentre formado por la cultura, tal como lo informa Díaz-Guerrero (1982) los patrones sexuales en la cultura mexicana, apuntan hacia la permisividad y fomento en el hombre de un comportamiento sexual a una edad más temprana.

En referencia al uso del condón se encontró que el 40% de la población sexualmente activa siempre lo ha usado en sus relaciones sexuales, desafortunadamente todavía existe un alto porcentaje que sólo ha usado el condón algunas veces o que nunca lo ha usado, si a esto aunamos que las relaciones sexuales que tienen los adolescentes son generalmente ocasionales y a edades cada vez más tempranas (SSA/CONASIDA, 1993; Villagrán, 1993; Rivera, Díaz y Cubas, 1994, Alfaro, 1995; Torres, 1996); dichas conductas los ponen en un riesgo potencial ante el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

Lo anterior muestra que la actividad sexual es común en los adolescentes y que algunos de sus comportamientos los están exponiendo al VIH/SIDA (tener parejas sexuales ocasionales, tener múltiples parejas sexuales y no usar el condón en sus encuentros sexuales); ante tal realidad, se vuelve sumamente importante la creación de programas educativos enfocados a la salud y que dichos programas sean dirigidos a los adolescentes desde la educación media, ya que como se ha venido mencionando son una población en riesgo.

Uno de los factores de personalidad en el que el estudio hizo énfasis es el Locus de Control en cuatro diferentes situaciones, relacionadas con el comportamiento sexual. A continuación se presenta la discusión de lo encontrado.

Locus de control en la población total

El instrumento de Locus de Control de La Rosa (1986), se tomó como base para construir cuatro escalas que midieron el control ante: Sexualidad, VIH/SIDA, Obtención y uso del Condón y Sexo Seguro; las escalas fueron validadas y confiabilizadas. La importancia de estos análisis radica en que para posteriores investigaciones se tengan a la mano instrumentos o escalas con un alto grado de confiabilidad y validez para población adolescente.

En cuanto a los resultados generales, se puede concluir que los adolescentes muestran un locus de control ante la sexualidad, VIH/SIDA, obtención y uso de condón y sexo seguro (Factor externalidad) poco fatalista, pues consideran que el tener pareja sexual, evitar el contagio del VIH/SIDA, conseguir y usar condones, y tener sexo seguro, no dependen de fuerzas externas como el destino, la suerte o Dios, entre otros, en este resultado se destacan las mujeres puesto que manifiestan un menor grado de fatalismo que los hombres. Aguilar y Andrade Palos (1994) al estudiar las diferencias entre sujetos primogénitos y no primogénitos en hombres y mujeres en cuanto a locus de control, encontraron diferencias por sexo, los hombres obtuvieron puntajes significativamente más altos que las mujeres en las dimensiones: fatalismo/suerte, poderosos del macro cosmos y poderosos del micro cosmos.

Esto nos lleva a considerar que la población estudiada no ubica la causa de los eventos al menos los estudiados aquí (conducta sexual), como provocados u ocasionados externamente.

Otro hallazgo interesante está vinculado con la edad, esto es, a mayor edad la percepción de que los eventos estudiados, no están controlados por fuerzas externas, aumenta, lo cual sugiere la toma de conciencia sobre su responsabilidad para evitar la adquisición de enfermedades como el VIH/SIDA.

Este tipo de patrón de externalidad (baja fatalidad) se observa también en las escalas de obtención y uso de condón y sexo seguro, los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, éstos con la edad, van siendo menos externos a diferencia de los que se han iniciado sexualmente, en cuyo caso los jóvenes de 16 años en mayor grado reconocen que el conseguir y usar condones y llevar a cabo sexo seguro, no es causa de eventos azarosos como el fatalismo/suerte. Parece que el hecho de tener relaciones sexuales a temprana edad implica una disminución en la atribución del comportamiento sexual al exterior, esto probablemente sea aunado a

otros motivos como buscar información sobre sexualidad que les permita hacer a un lado creencias erróneas y los lleve a ser más objetivos.

Por otra parte, en el factor internalidad de la escala de sexualidad, los adolescentes piensan que ellos mismos pueden controlar el tener pareja y relaciones sexuales, no obstante, al observar los promedios en el mismo factor de las escalas de VIH/SIDA, obtención y uso de condón y sexo seguro, éstos tienden a disminuir, lo cual nos lleva a pensar que cuando se habla de sexualidad en términos generales, los adolescentes creen tener el control, pero cuando se les mencionan aspectos más específicos del tema, ya no están tan seguros de sus capacidades y esfuerzos personales para controlarlos. Estos resultados indican que si los adolescentes no perciben sus propias habilidades para evitar el contagio del VIH/SIDA pueden tener conductas de riesgo (no usar condón al tener relaciones sexuales). Al respecto Bandura (1994) menciona que para que las personas eviten conductas de riesgo ante le VIH/SIDA es importante que estén convencidas de sus propias habilidades y ejerzan control sobre ellas, lo que las llevará a usar estas habilidades en forma efectiva y consistente bajo diferentes circunstancias. Lo anterior lleva a la conclusión de que los jóvenes reconocen que su comportamiento sexual y el evitar el contagio con el VIH/SIDA, no depende de fuerzas externas, pero son situaciones en las que no se ubican como la causa completa de los sucesos.

Se muestran diferencias por edad, a mayor edad más internalidad ante la sexualidad; también diferencias por sexo, las mujeres a diferencia de los hombres, son más internas para evitar el contagio del VIH/SIDA, el conseguir condones y tener sexo seguro, de tal manera que se controlan por acciones y capacidades propias, sobre todo las mujeres que no han tenido relaciones sexuales. La manera de pensar por parte de las mujeres las puede llevar a adoptar conductas preventivas ante la transmisión del VIH/SIDA, tales como el rehusar a tener relaciones sexuales, y en caso de tenerlas pedir a su pareja sexual que use el condón o que tengan sexo seguro. Hablando de los hombres los más jóvenes son más internos, que los otros grupos de edad, esto es, los de menor edad piensan que el control de su conducta sexual depende de sus propias capacidades y esfuerzos personales; sería interesante saber si realmente cuentan con dichas capacidades y habilidades para aplicarlas en sus prácticas sexuales.

El haberse iniciado sexualmente marca la diferencia en cuanto al locus de control interno en la sexualidad, ya que éstos, conforme avanzan en edad, la ubicación de los acontecimientos sobre la sexualidad se vuelve cada vez más interna; mientras que los no iniciados sexualmente son más internos a temprana edad. Probablemente el hecho de tener relaciones sexuales hace que los adolescentes se den cuenta de que su sexualidad depende de ellos mismos y se involucren en conductas preventivas para proteger su salud.

En la *escala de sexo seguro* se observa que los promedios en general (factor internalidad) están cercanos a la media teórica y con la edad éstos aumentan. Por su parte los adolescentes que han tenido relaciones sexuales tienen un puntaje mayor que los que no son sexualmente activos, de acuerdo con esto podemos decir que los jóvenes no saben si en realidad son ellos los que con sus esfuerzos y capacidades propias pueden tener sexo seguro.

En el indicador religión de la escala de sexualidad, los adolescentes, en general, no consideran a la religión como influyente en su sexualidad sobre todo los hombres, quienes se muestran más internos que las mujeres. Se sabe que mientras más jóvenes son más internos. Por su parte los que se han iniciado en su vida sexual no están de acuerdo en que la religión influye en su conducta sexual y en menor grado los no iniciados sexualmente.

Un dato a destacar es que para la población estudiada la familia es importante para la prevención de VIH/SIDA, la obtención y uso de condón y para llevar acabo sexo seguro, los adolescentes manifiestan acuerdo en que las conductas antes mencionadas, dependen de la información y los consejos que les proporciona su familia. Las mujeres creen más en la familia para evitar el contagio del VIH/SIDA que los hombres. Las mujeres sexualmente activas, por otro lado tienden a confiar menos en la familia para obtener y usar el condón que los otros grupos. Por último, se observa que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales creen más en la información de su familia para tener sexo seguro, que los que tienen relaciones sexuales.

Esto muestra lo importante que es la familia para la cultura mexicana, sobre todo para el adolescente, como lo menciona Díaz Guerrero (1994), los niños y adolescentes mexicanos se sienten seguros de sí mismos, inclusive más que los de otras nacionalidades por el hecho de pertenecer a una familia.

Investigaciones realizadas en el área de desarrollo psicosexual, han evidenciado consistentemente que muchos padres no hablan abiertamente con sus hijos sobre sexo. La comunicación parece ser especialmente difícil durante la adolescencia, cuando los adolescentes están autoafirmando su independencia respecto de sus familias. Tal búsqueda de independencia ocurre algunas veces a través de la actividad sexual. Sin embargo, muchos adolescentes evitan buscar y usar algún método anticonceptivo como el condón porque temen que sus padres descubran que sostienen relaciones sexuales (Pick y Vargas, 1993). Esto es un grave problema porque si los adolescentes consideran a la familia para tomar decisiones trascendentales como lo es su conducta sexual, y ésta no habla con ellos sobre el tema y además reprime el hecho de que sus hijos mantengan relaciones sexuales, esto se suma a un factor más de riesgo para que los adolescentes se expongan a la transmisión del VIH/SIDA.

Se pone de manifiesto que los padres juegan un papel determinante en la protección de la salud de sus hijos, por lo que al pensar en programas que tengan por objetivo la prevención del VIH/SIDA, dichos programas deben considerar la participación de los padres de familia quienes, deben sensibilizarse de la gran responsabilidad que tienen para orientar a los adolescentes en la toma de decisiones, en este caso en su comportamiento sexual.

El vínculo de amor, sexualidad, y prevención del VIH/SIDA no existe, ya que los adolescentes se muestran indecisos en cuanto a, si una persona que los quiere, no los infectaría con el VIH/SIDA o donde hay amor no hay SIDA, esto sucede sobre todo en los varones y los grupos más jóvenes, no obstante los puntajes en todos los grupos son muy centrales, pues no definen su posición con respecto al amor y al SIDA. Lo cual los convierte en sujetos potenciales para generar conductas riesgosas, especialmente cuando media el afecto.

En otros estudios sobre locus de control (Rotter, 1966; La Rosa, 1986; Díaz-Loving y Andrade-Palos, 1984) se ha encontrado consistentemente el factor afectividad, este factor es utilizado por niños y adolescentes mexicanos para modificar su medio ambiente a través de relaciones afectivas con quienes los rodean; apoyando lo anterior Díaz Guerrero (1994) subraya la importancia de las relaciones personales en la vida diaria de los mexicanos.

El objetivo de las campañas contra el SIDA es tratar de cambiar conductas de riesgo, o sea los factores comportamentales que facilitan la transmisión del VIH y al mismo tiempo establecer conductas protectoras como el uso correcto del condón y tener sexo seguro; en este sentido se podría trabajar con afecto para promover que el uso del condón es una muestra de afecto.

Locus de Control en la población sexualmente activa

Dado que la población sexualmente activa es una población con conductas riesgosas y con más alta probabilidad de adquirir el VIH/SIDA, se decidió discutirla por separado, ponderando el patrón sexual.

En general la población sexualmente activa es poco fatalista, esto es, los jóvenes piensan que su sexualidad, la transmisión del VIH/SIDA, la obtención y uso del condón y el sexo seguro no se deben a eventos externos. Las mujeres se muestran más convencidas de que no es la suerte, ni el destino, o Dios la causa.

Cabe mencionar que estos datos también se encontraron al analizar los resultados de la población en general, por lo que se puede concluir que los adolescentes, principalmente las mujeres, se hayan o no iniciado sexualmente, manifiestan que el control de la sexualidad no es externo, si la causa no es externa, entonces, dónde

está el origen de tales sucesos, dicha interrogante deberá ser considerada en otras investigaciones.

En relación al tipo de pareja sexual, los adolescentes que tienen pareja regular son los menos fatalistas a diferencia de los que tienen pareja ocasional y aquellos que tienen tanto parejas ocasionales como regulares. En este sentido, los adolescentes que piensan que el tener pareja y relaciones sexuales no dependen del exterior, llevan a cabo conductas preventivas como el tener pareja regular, por el contrario los que tienen pareja ocasional o que combinan una pareja regular con ocasional, tienen altas probabilidades de adquirir el VIH/SIDA, ya que mientras más parejas se tengan *sin usar el condón*, más se exponen al VIH.

Por otra parte es importante destacar que los iniciados sexualmente a la edad de 15 años son los menos fatalistas en cuanto a la transmisión del VIH/SIDA, desaprueban completamente que el VIH/SIDA dependa de causas externas. Esto puede deberse a que la actividad sexual a temprana edad les permite darse cuenta de su participación en la prevención y transmisión del SIDA.

El mismo patrón de baja fatalidad/suerte se obtuvo tanto en el grupo de mujeres que ejercen responsablemente su sexualidad al utilizar siempre el condón durante sus relaciones sexuales, como aquellos adolescentes que tienen tanto pareja regular como ocasional y que a veces usan el condón, en otras palabras, ambos grupos no están de acuerdo en que la obtención y uso del condón se deba a otros. La pregunta a responder es ¿por qué entonces este último grupo (el de adolescentes que a veces utilizan el condón) no lo usan siempre?. Aquí pueden haber múltiples respuestas, puede ser la disponibilidad del condón, el costo, la negociación con la pareja, el grado de confianza que se tenga con la pareja sexual, la aceptación de ser sexualmente activo, el tipo de creencias y las actitudes que se tengan en relación al uso del condón, entre otras, situaciones que deben tomarse en cuenta en próximos estudios.

En cuanto a sexo seguro, los adolescentes que tienen pareja regular son menos externos, sobre todo las mujeres, pues consideran que tanto el sexo seguro como el tener pareja y relaciones sexuales no se debe a eventos externos. De esta manera, manifiestan responsabilidad en su actividad sexual y por tanto tienen conductas preventivas (pareja regular y sexo seguro) ante la transmisión de VIH/SIDA.

Por otra parte, en cuanto a *internalidad* se refiere con respecto a sexualidad, las mujeres que siempre usan el condón y en general los adolescentes que tienen pareja regular y ocasionales (al mismo tiempo) y que a veces utilizan el condón, consideran que su sexualidad depende de sus capacidades y esfuerzos personales. Con este resultado la pregunta obligada es ¿por qué los adolescentes usan el condón algunas veces? si ellos creen que el ejercicio de su sexualidad depende de ellos. Aquí también pueden haber varias explicaciones posibles, no tienen la habilidad, no saben

negociarlo, es decir puede ser que sus habilidades para controlar su sexualidad se encuentren poco desarrolladas, en combinación con eventos externos como los mencionados anteriormente.

Se destacan por otra parte los resultados en cuanto a la escala de VIH/SIDA, los adolescentes con parejas ocasionales y regulares presentan puntajes que pueden considerarse como posiciones indecisas con respecto a asumirse la responsabilidad de adquirir la enfermedad. Este resultado aunado con el anterior en externalidad indica que los adolescentes consideran que no depende de factores externos el contagio del VIH/SIDA, sin embargo, aún no aceptan por completo su responsabilidad en la transmisión

Este mismo patrón se observa cuando se habla de la obtención y uso del condón en los adolescentes que tienen sólo una pareja sexual, a pesar de tener más altos promedios, sus puntajes indican que no se sienten responsables del uso y la obtención del condón.

En el factor religión de la escala de sexualidad, los promedios indican que los adolescentes sexualmente activos, en general, no están de acuerdo en que la religión y los mandamientos de ésta influyan en tener pareja y relaciones sexuales, sobre todo los hombres y las mujeres que siempre utilizan el condón.

Al analizar los datos encontrados en cada una de las escalas en el factor familia se tienen resultados similares a los encontrados en la población total, pues en este caso, los adolescentes sexualmente activos, también toman en cuenta a la familia para su conducta sexual, por lo que se puede concluir que la familia desempeña un papel importante para los adolescentes quienes dependen en gran medida de la información que ésta les proporciona para tomar decisiones tan importantes como la conducta sexual.

Se ha mencionado que tanto el locus de control como el autoconcepto son rasgos de personalidad que influyen en conductas que pueden ser preventivas o riesgosas ante la transmisión del VIH/SIDA, por tanto, es importante retomar la discusión, ahora en torno a el autoconcepto de los estudiantes.

Autoconcepto en la población total y en los sexualmente activos

La estructura factorial de la escala encontró apoyo en dos investigaciones (La Rosa, 1986; La Rosa y Díaz-Loving, 1988), ya que en dichas investigaciones se explica el 48.9% de la varianza total en nueve factores y en la escala validada se encontraron 7 factores que explican el 60.7% de la varianza total de la prueba. Los siete factores encontrados son los mismos reportados por los autores antes mencionados.

A continuación se harán comentarios de cada uno de los siete factores, tomando en cuenta tanto a la población total como a los sexualmente activos.

En el factor sentimientos interindividuales los adolescentes presentan un autoconcepto positivo, pero fue más alto en los adolescentes de menor edad y en las mujeres ya que se consideran más cariñosas románticas, afectuosas y sentimentales, estas características afectivas han sido mencionadas por casi todos los autores que hablan del mexicano (Díaz-Guerrero, 1994, La Rosa y Díaz-Loving, 1991; Valdez y Lagunes, 1993; Aguilier y Andrade, 1994) diciendo que en los mexicanos y particularmente en las mujeres, hay una tendencia muy clara a ser románticas, detallistas y cariñosas.

Díaz-Guerrero (1982) encontró que los mexicanos dan gran importancia a las relaciones interpersonales y a los valores involucrados en éstas: amor, comprensión, respeto, etc., más que el propio yo; además son congruentes con los resultados de Díaz-Loving (1981) quien encontró que las mujeres calificaron más alto que los hombres en su cuestionario de atributos personales en los reactivos como por ejemplo: muy emocional, muy comprensivo, muy consciente de los sentimientos de otros, afectivos en sus relaciones con los demás. Estos sentimientos hacia los demás son en gran parte resultado del proceso de socialización (Mussen, Conger y Kagan, 1982); si el individuo recibió amor va a comunicar amor, y si la experiencia fue de rechazo va a comunicar hostilidad.

El autoconcepto positivo también se observa en el factor sociabilidad afiliativa, los adolescentes, se consideran educados, decentes, corteses y atentos. Estos resultados concuerdan con los encontrados por La Rosa y Díaz-Loving (1988).

Díaz-Guerrero (1982) en su texto en que se refiere a los jóvenes afiliativos dice:

“Estos jóvenes son generalmente muy educados, de buena conducta, corteses y producen muy buena impresión en las personas, y su meta es ser respetables; son agradables, socialmente sensitivos, se comportan como debe ser en todas las ocasiones” (p. 17).

Tomando en cuenta el debut sexual, se muestra que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales se perciben más positivamente que aquellos adolescentes sexualmente activos. Probablemente los que tienen relaciones sexuales crean sentimientos negativos de sí mismos dado que están manifestando conductas que van en contra de los valores establecidos socialmente.

En el factor sociabilidad expresiva, los jóvenes se consideran comunicativos, desenvueltos, expresivos y extrovertidos, sobre todo las mujeres en comparación con los hombres. Estos resultados han sido encontrados en otras investigaciones

sobre autoconcepto (Aguilar y Andrade, 1994; Acuña y Bruner, 1991) donde se establece que las mujeres universitarias son más comunicativas y expresivas que los hombres. De acuerdo con la distinción de sexo y acorde con lo postulado por Díaz Guerrero (1982), la sociedad mexicana es de índole "femenina".

Se encontraron diferencias por debut sexual, los adolescentes que tienen relaciones sexuales se perciben más comunicativos, desenvueltos y expresivos que los que no se han iniciado sexualmente.

En el factor estados de ánimo también se obtuvieron puntajes adecuados lo que significa que los adolescentes se perciben positivamente principalmente los más chicos, ya que ellos se sienten más contentos, alegres, joviales y felices que los mayores.

Las mujeres sexualmente activas se consideran menos contentas, alegres y felices a diferencia de los hombres sexualmente activos, lo cual puede deberse a que tradicionalmente a el hombre se le ha permitido más libertad en el ejercicio de su sexualidad que a las mujeres, pues a éstas se les inculcan ciertos principios y valores en cuanto a su conducta sexual.

El estado de ánimo también está relacionado con el tipo de pareja sexual, los que tienen parejas ocasionales se consideran más contentos, felices y joviales que los otros grupos. El asociar el tipo de pareja (ocasional) con la concepción positiva que los adolescentes tienen de sí mismos constituye un factor de riesgo ante la transmisión del VIH/SIDA.

En el factor salud emocional se obtuvo un puntaje que coincide con la media teórica, lo que significa que los adolescentes no se conciben ni positivamente ni negativamente, es decir, no han tomado una posición en cuanto a cómo se perciben a sí mismos. En el caso de los adolescentes que no tienen relaciones sexuales, éstos se acercan más a la evaluación positiva en comparación con aquellos que tienen relaciones sexuales.

La dimensión emocional está ampliamente justificada por otras escalas de autoconcepto y por los teóricos de la materia, así, James (1968), Rogers (1959), Epstein (1973), Shavelson (1976), entre otros, dan gran importancia a la dimensión emocional en la evaluación del autoconcepto.

En el factor ocupacional, los adolescentes se consideran eficientes, capaces, responsables, principalmente los más jóvenes, puesto que a menor edad mayor es el autoconcepto. Esto los lleva a ser honesto, verdaderos, leales y sinceros.

En el factor ética los adolescentes también obtuvieron un puntaje adecuado, esto es, su evaluación es positiva en el sentido de que se perciben como honestos, leales

y sinceros, observándose que las mujeres muestran en mayor medida estas características positivas a diferencia de los hombres, estos resultados apoyan lo reportado por Aguilar y Andrade (1994).

Se encontró que el tipo interno activo que menciona Díaz-Guerrero (1982) aparece bien representado en esta dimensión del autoconcepto de los adolescentes estudiados. Asimismo, La Rosa y Díaz Loving (1981), Valdéz y Reyes (1993) encontraron en su instrumento un factor ético moral corroborándose la existencia de una dimensión del autoconcepto en los mexicanos, hay algunos principios éticos que proceden del sentido común y que son aceptados por las diferentes culturas. Así por ejemplo, se espera que el individuo sea honesto y no deshonesto, recto y no corrupto, sincero y no mentiroso. La cultura y el proceso de socialización (Mussen, Conger y Kagan, 1982) son los vehículos a través de los cuales estos principios son transmitidos. Epstein (1973), propone explícitamente la dimensión ética en su modelo para la evaluación de el autoconcepto.

Por último, se encontró que quienes usan el condón siempre, se perciben más honestos, verdaderos, leales y sinceros que los adolescentes que lo usan algunas veces o que nunca lo han usado.

Cooley (1968), afirma que el autoconcepto es aprendido a través de la relación que un individuo tiene de su medio social, a su vez, Díaz Guerrero (1982), demuestra reiteradamente que un aspecto central del medio social se conforma con las normas, roles, premisas, instituciones de cada cultura. De lo anterior se deriva que el estudio de la personalidad en general y el autoconcepto en particular, deberá buscarse en metodologías sensibles a la definición y confirmación de estos constructos psicológicos.

En términos generales se concluye que los adolescentes estudiados se evalúan positivamente sobre todo las mujeres y los de menor edad, ya que como se mencionó anteriormente en seis de los siete factores reportados, los promedios indican que los estudiantes consideran sus relaciones interpersonales mediadas por el afecto, de tal manera que el afecto los lleva a considerarse afiliativos y expresivos, estas características positivas se manifiestan en su estado de ánimo, a todo esto se suma la capacidad y la responsabilidad que los jóvenes se atribuyen y por último el aspecto ético también forma parte de su autoconcepto.

Con el objetivo de organizar la información recabada en el estudio se realizaron correlaciones, las cuales se comentaran por bloques, primero tomando en cuenta las correlaciones entre los factores de cada escala (Locus de Control y Autoconcepto) y posteriormente las correlaciones entre escalas.

Correlaciones entre los factores de cada una de las Escalas de Locus de control.

Las correlaciones entre los factores de sexualidad (*externalidad, internalidad y religión*) indican que, los adolescentes mientras más en desacuerdo están en que Dios, la suerte, el destino y otros poderosos son los que controlan su sexualidad, más considerarán que la sexualidad depende de sus propias capacidades.

Se encontró también que los adolescentes que no aceptan que la transmisión del VIH/SIDA es debida al exterior, les lleva a pensar que la infección tampoco depende del afecto.

Por otra parte, se encontró que los adolescentes *en general*, mientras más piensan que la transmisión del VIH/SIDA depende de ellos, más creen que la infección se debe a la información que les proporciona su familia, esto significa que los adolescente por un lado creen que sus capacidades y esfuerzos personales pueden evitar la transmisión del VIH/SIDA y por otro, consideran que la familia es importante para la prevención del VIH/SIDA.

Dentro de las escalas de obtención y uso de condón y sexo seguro no se encontraron correlaciones entre los factores.

Correlaciones entre los factores de la Escala de Autoconcepto

El factor sentimientos *interindividuales* correlacionó positivamente con los factores sociabilidad afiliativa, ocupacional y ética lo que significa que mientras más cariñosos, románticos, afectuosos, amorosos y sentimentales se perciben, tienden a considerarse más educados decentes, corteses y atentos, así como eficientes, capaces y responsables lo que los lleva a ser honestos, verdaderos, leales y sinceros.

Por otra parte, al considerarse más educados, decentes, corteses y atentos les permite percibirse más eficientes, capaces y responsables, esto se observa en los ámbitos ocupacional y ético.

En cuanto a la sociabilidad expresiva y el ánimo, los adolescentes entre más comunicativos, *desenvueltos*, expresivos y extrovertidos se consideran, más contentos, alegres, joviales y felices son. También entre más contentos alegres, joviales, y felices se perciban, más reflexivos, serenos, pacíficos y calmados se piensan y entre más eficientes, capaces y responsables sean, más honestos, verdaderos, leales y sinceros se evalúan.

Correlaciones entre las escalas de Locus de Control

En la escala de Sexualidad se muestran correlaciones positivas entre los factores externalidad, internalidad y religión con los factores de externalidad de las escalas de VIH/SIDA, Uso de Condón y Sexo seguro. Esto significa que los adolescentes, mientras más aceptan que el tener pareja y relaciones sexuales, la transmisión del VIH/SIDA, la obtención y uso del condón, así como el sexo seguro no son causados por eventos externos, más creen que son ellos mismos quienes pueden involucrarse con sus capacidades y esfuerzos para controlar su propia sexualidad.

En la escala de VIH/SIDA el factor externalidad de la escala correlacionó positivamente con los factores externalidad de las escalas de obtención y uso de condón y sexo seguro, estos datos corroboran lo antes mencionado porque como ya se dijo los adolescentes consideran que el contagio del VIH/SIDA, la obtención y uso del condón, así como el sexo seguro no es cuestión de otros. Asimismo el factor internalidad de la escala correlacionó positivamente con los factores internalidad de las escalas de obtención y uso de condón y sexo seguro. Esto indica que los adolescentes están conscientes de que el VIH/SIDA no se debe a fuerzas externas, pero no tienen la seguridad de que sean sus esfuerzos personales y sus capacidades los que les permitan evitar la infección, el conseguir condones y tener sexo seguro.

Finalmente el indicador familia de la escala correlacionó positivamente con los indicadores familia de las escalas de obtención y uso de condón y sexo seguro, es decir, si los adolescentes piensan que la transmisión del VIH/SIDA depende de la información y los consejos que les proporciona su familia, lo mismo consideran a la familia para la obtención y uso del condón, así como para tener sexo seguro.

De acuerdo con lo anterior se puede concluir que las características de personalidad, locus de control y el autoconcepto están relacionados con muchos factores entre los que se encuentran la edad, el sexo, y el debut sexual y que estos a su vez influyen en las conductas sexuales preventivas o de riesgo ante la transmisión de VIH/SIDA.

Los adolescentes que saben que su comportamiento sexual no se debe al exterior y los que creen que con sus esfuerzos y capacidades pueden evitar la transmisión de VIH/SIDA están en posibilidades de involucrarse más en la emisión de conductas de salud, por el contrario quienes se muestran indecisos en cuanto a las causas de su sexualidad, son sujetos que están más expuestos a adquirir el VIH.

Al respecto Díaz-Loving (1994) señala que el control interno de la salud y la evaluación que otros hacen de uno incrementa las conductas de prevención como son el tener menos parejas y usar condón con parejas ocasionales, mientras que las personas con control externo que creen en la suerte, tienen una visión mágica de la vida que implica un menor temor a contagiarse y por consiguiente más conductas de riesgo como son el tener más parejas sexuales, no usar el condón con la pareja

regular. Por lo tanto las intervenciones de prevención para las personas de control interno estarían enfocadas a incrementar sus conocimientos sobre formas de contagio. En cambio para las personas que creen en la suerte, las campañas deben de atacar los procesos cognitivos involucrados en la toma de decisiones.

Estas características de personalidad positivas (autoconcepto) aunadas al locus de control poco fatalista que presentan los adolescentes, revelan la importancia de incluir el locus de control y autoconcepto en campañas y programas de prevención de SIDA, ya que es crucial que los jóvenes valoren y ejerzan control sobre sus propias habilidades para evitar la transmisión del VIH/SIDA, asimismo es necesario que en estos programas se tome en cuenta a la familia del adolescente, ya que como lo demostró el estudio, para los jóvenes son muy importantes los consejos y la información que su familia les proporciona para ejercer su sexualidad y evitar la transmisión del VIH/SIDA.

EXTENSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Los hallazgos del estudio permiten reflexionar sobre la importancia de los patrones sexuales de los adolescentes, así como de los factores de personalidad, locus de control y autoconcepto relacionados con la transmisión del VIH/SIDA, para llevar a cabo conductas preventivas ante el SIDA; además permitió comprobar que los instrumentos de locus de control y autoconcepto son válidos y confiables en adolescentes mexicanos cuando son aplicados a conductas específicas y permiten identificar comportamientos preventivos como son el uso correcto del condón y sexo seguro; a la vez de que prevé indicadores que permiten la comparación con otras poblaciones, así como detectar cambios en una misma población.

Tomando en consideración la discusión en relación a las escalas de Locus de Control y autoconcepto, se puede concluir, que en términos generales, los adolescentes preparatorianos son poco fatalistas, saben que su conducta sexual, el conseguir y usar condones, el contagio del VIH/SIDA y el tener sexo seguro, no se debe a causas externas, se observa que el fatalismo/suerte tiende a disminuir conforme aumenta la edad. Por otra parte las mujeres son más internas que los hombres, ya que éstas tienen más control sobre su sexualidad, otro dato interesante es que los adolescentes que se han iniciado sexualmente y tienen pareja regular presentan más internalidad que los no iniciados. En lo referente al uso del condón, las mujeres que siempre usan el condón y los hombres que lo usan algunas veces son más internos; se debe hacer énfasis en el papel que desempeña la familia en las decisiones de los jóvenes como tener pareja y relaciones sexuales, protegerse de la transmisión del VIH/SIDA, obtener y usar condones así como tener sexo seguro.

Por otro lado es importante mencionar que los adolescentes se atribuyen características positivas como parte de su autoconcepto.

Estos datos deben ser considerados para elaborar campañas y programas que tengan como objetivo prevenir la transmisión del VIH/SIDA, sobre todo en los adolescentes, ya que como se demostró en el estudio tienen conductas sexuales que los pone en riesgo potencial de adquirir la infección, como el hecho de iniciarse sexualmente a edades muy tempranas cuando todavía no hay una responsabilidad en el ejercicio de su sexualidad y por lo tanto no miden las consecuencias de tener relaciones sexuales ocasionales en las cuales no usan el condón.

El siguiente paso es desarrollar en ellos habilidades que les permitan estar seguros de aplicarlas en el ejercicio responsable de su sexualidad y con ello protegerse de la transmisión del VIH/SIDA.

Es necesario que esta línea de investigación continúe en diferentes poblaciones ya que los datos encontrados en el estudio pueden cambiar dependiendo de la población con la que se trabaje; de esta manera al detectar estos cambios se pueden modificar

las campañas de prevención para dirigir las y orientarlas a grupos específicos y de esta manera tener mejores resultados en el aspecto preventivo.

Finalmente, es importante señalar la relevancia de la investigación de los factores y procesos que influyen en los comportamientos de riesgo y prevención ante el VIH/SIDA, siempre con una evaluación controlada de los resultados; ya que esto constituye una opción a mediano y largo plazo, tanto desde el punto de vista humano como económico y social.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1978) *La Adolescencia Normal*. Buenos Aires: Paidós
- Acuña, M., L. y Bruner, A. C. (1991) Autoconcepto y su relación al Género (1991). *Revista de Psicología Social y Personalidad*. (7), 1, 21-30.
- Adler, A. (1917) *The Neurotic Coonstitución*, Moffat, Nueva York.
- Adler, A. (1929) *Problems of Neurosis*. Londres. Routledge.
- Alfaro, M., L. (1991) *Sexualidad y SIDA en el adolescente*. Tesis no publicada. Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM
- Alfaro, M., L., Rivera Aragón, S., Díaz Loving, R. (1991). Actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología*. 4,(2), 151-166
- Alfaro, M., L. (1994) Factores psicosociales y conductas sexuales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos. *La Psicología Social en México*. 5. 636-641..
- Alfaro, M., L. (1995). *El Modelo de Acción Razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio de VIH*. Tesis no publicada. Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Alfaro, M., L., y Díaz-Loving, R. (1996). Análisis de Conductas Sexuales de Riesgo ante el VIH, a través del Modelo de Acción Razonada en el Adolescente. *La Psicología Social en México*. 6, 525-52.
- Aguilar Velasco-Ferrara, R.M. y Andrade-Palos, P. (1994). Orden de nacimiento, autoconcepto y locus de control en adolescentes. *La Psicología Social en México* (5), pp. 49-55.
- Al-Nozha, M., Ramia, S., Al-Frayh, A. y Arif, H. (1990). Female to male and inefficient mode of transmission of human immunodeficiency virus (HIV). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 3, 193.
- Allport, G. (1965). *Psicología de la Personalidad*. México: Paidós.
- Andrade Palos, P. y Díaz-Loving, R. (1994), Patrones de conducta sexual en adolescentes, como predictores de conductas preventivas de contagio de VIH, *Memoria del XII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta México*.
- Andrade Palos, P. y Díaz-Loving, R. (1985) Orientación de logros: Conceptualización y medición de maestría, trabajo y competencia. *Trabajo presentado en el IV Congreso Mexicano de Psicología, realizado en la Ciudad de México, D.F, 15-19 de noviembre*
- Aral, S., y Holmes, S. (1990) Sexually transmitted diseases in the AIDS ERA. *Scientific American*, 2,(264), 62-69.
- Avila, C., Sepúlveda, J., Hernández, M., y Nazar, E. (1989) Transmisión de VIH en parejas homosexuales en México. *En CONASIDA, Boletín Mensual*, 3 (2), 690.
- Bandura, A. (1994) Social Cognitive Theory and Exercise of Control over HIV Infection. En *Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioral Interventions*. Diclemente, R. y Peterson, J. (Eds). New York: Plenum Press.
- Barnard, J., Herbert, Y., De Man, A., y Farrar, D. (1989) Attitudes of french-canadian university students toward use of condoms, a structural analysis. *Psychological Reports*. 65. 851-854.
- Bayés, R. (1989). La prevención del SIDA. *Cuadernos de Salud*,(2), 45-55.
- Bayés, R. (1992). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 35-56.
- Bronfman, M., Amuchástegui, A., Martina, R. M., Minello, N., Rivas, M. y Rodríguez, G. (1995). *SIDA en México migración, adolescencia y género*. México: CONASIDA
- Campbell, D. (1975). On the Conflicts between biological and Social evolution and between Psychology and moral tradition. *American Psychologist*. 30, 1103-1126.
- Catania, J. A., Kegeles, S., y Coates, T. J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 58-72.
- Ceballos, C. (en prensa), Ethnicity, emotional distress, stress-related disruption and coping among HIV seropositive gay males. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*.
- Charles, K.A. (1985). *Factors in the primary prevention of AIDS in gay and bisexual men*. Tesis de Doctorado. Berkeley: The California School of Professional Psychology.

- Coates, J. (1992) Prevención del SIDA, Logros y Prioridades. *Revista Latinoamericana de Psicología* 24 (1,2), 17-33.
- Cooley, C.H. (1968). The social self: On the meaning of "I". En Gordon, C. y Gergen, K. J. (Eds), *The self in social interaction (1)*. New York: John Wiley y Sons, Inc.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-Steem*. San Francisco, California: Freeman.
- Cueli, J. (1978). *Teorías de la Personalidad*. México: Trillas.
- Darwin, C. (1859). *El origen de las Especies*. Londres. Jhon Murray.
- Davidoff, L. (1989). *Introducción a la Psicología*. México: Mc. Graw Hill.
- Del Río-Chiriboga, C., y Uribe-Zuñiga, P. (1993) Prevención de ETS y SIDA mediante el uso del condón Salud Pública de México. *SIDA/ETS*, 35 ,(6), 508-517.
- Del Río Chiriboga, C. y Rico, B. (1996). *Prevención de la transmisión sexual: Evaluación y Perspectivas*. 47-54.
- Díaz Guerrero, R. (1967), Sociocultural premises, attitudes and crosscultural researh. *International Journal Psychology*, 2, 79-81
- Díaz-Guerrero, R. (1976), Sociocultura, personalidad en acción y la ciencia de la Psicología. XVI, *Congreso Interamericano de Psicología*. Miami Beach. Florida,12-17 de diciembre.
- Díaz Guerrero, R. (1979), Orígenes de la personalidad humaine et des systemes sociaux. *Revue de Psychologie Applique*, 29, 139-152.
- Díaz-Guerrero, R. (1982), *Psicología del mexicano*. México: Trillas.
- Díaz Guerrero R. y Díaz loving, R.(1992) *Introducción a la Psicología*. México: Trillas.
- Díaz Guerrero, R. (1994) *Psicología del Mexicano*. México: Trillas
- Díaz-Loving, R., Díaz Guerrero, R., Helmreich, R., L. y Spence, J. T. (1981). Comparison transcultural y análisis psicométrico de una medida de rasgos masculinos (instrumentales) y femeninos (expresivos). *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social*, 1,(1), 3-37.
- Díaz-Loving, R., y Andrade Palos, P., (1984) Una escala de locus de control para niños mexicanos, *Interamerican Journal of Psychology*, 18, (1-2), 21-33.
- Díaz-Loving, R., Pick de W.,S., Andrade, P.,y Atkin, L.,(1988). Adolescentes en la ciudad de México: Estudio psicosocial de páticas anticonceptivas y embarazo no deseado, *Organización Panamericana de la Salud, Washington*
- Díaz-Loving, R. y Rivera Aragón, S. (1992), Percepción y Autopercepción de Riesgo ante el Contagio de VIH en estudiantes universitarios. *Investigación Psicológica*. 2, (1), 27-38.
- Díaz-Loving, R. (1994) Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA. En Julio Piña (Del), *SIDA y Salud en México*. México: *Universidad de Sonora*.
- Di Carpio, N. (1990) *Teorías de la Personalidad*. México: Interamericana.
- Diccionario de la Ciencias de la Educación (1983)*. De. Nuevas técnicas Educativas S.A., México.
- DiClemente, R.J., Zorn, J. y Temoshok, L. (1987). The association of-gender, ethnicity and length of residence in the Bay Area to adolescents, Knowledge and attitudes about Acquired immunodeficiency Syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*. (17), 216-230.
- DiClemente, R. J. (1989). Prevention of human immunodeficiency virus infection among adolescent: The interplay of health education and public policy in the development and implementation of school-based AIDS education programs. *AIDS Education and Prevention* , 1, 70-78.
- Ekstrand, M. L. y Coates T., J. (1990). Maintenance of safe sexual behaviors and predictors of risky sex: The San Francisco Men's Health Study. *American Journal of Public Health* 80, 973-977.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited. *American Psychologist*, 28, 404-416.
- Erikson, E. (1968) *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Fistts, W. (1965). Tennessee self concept manual. *Nashville Tennessee: Counselor Recordings and Tests*.
- Flores Galaz, M.y Díaz Loving, R.,(1992) Actitudes hacia la salud, enfermedad y SIDA. *La Psicología Social en México*, (4), pag.83-88.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. y Dunkel-Schettett, S. (1986). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Healt and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Fullerton, C. S., Ursano, E.J., Wetzler., M.D. y Slusrcick, A. (1989). Birch Order, Psychological Well-Being, and social supports in young adults. *The Journal of Nervous and mental Disease*. 117, (9),. 556-559.

- Gaceta/UNAM. (1997-julio). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gagnon, J. (1980). *Sexualidad y Cultura*. México: Pax.
- Garau, J. y Martínez, J. (1990). *El SIDA*. Barcelona: EMEKA (Ed.).
- García, M. L., Sepúlveda, J. Izazola, J. y Valdespino, J. (1989) "Distribución de la epidemia del SIDA" en *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*. Fondo de Cultura Económica.
- Garrison, M. y Loredó, O. (1996) *Psicología para el Bachillerato*. México: Mc. Graw- Hill.
- Gómez D. H. (1997) SIDA y ETS: Qué se ha hecho y qué se debe hacer. Trabajo presentado en el *IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina*. Cocoyoc, Mor. Del 2 al 6 de junio de 1997.
- González, J. (1990), Coping with AIDS in the military: Computer based education models to help prevent the spread of AIDS *Medical Corps International*. 1, 1-6.
- Gotwald, W. H. (1983), *Sexualidad*. México: Manual Moderno.
- Hein, K. (1989). *SIDA, verdades en lugar de miedo*. México. POMEXA.
- Henry, P.D. (1988) Conducta sexual y anticonceptiva en adolescentes, aspectos psicosociales y servicios de orientación *Revista de Psicología Social*. 4(1), 1-11
- Hiroto, T. y Seligman, M. E. (1975) *Helplessness. on depression development and death*. San Francisco: Freeman
- Holtzman, W. H., Swartz, J. D., Díaz-Guerrero, R., Lara-Tapia, L., Morales, M., L., Reyes, L., I. y Witzke, D. (1975) *La personalidad en dos culturas: México y Estados Unidos*. México: Trillas.
- Horrocks, J. (1974). *Problemas de la juventud*. México: Trillas
- Hudelson, P.M. (1994) Qualitative Reserch for Health Prorammes. *División of Mental Health. World Health Organization*. Genova:WHO.
- Hurllock, K. E. (1980) *Psicología de la Adolescencia*. Barcelona: Paidós.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1981); "Fertilidad y uso de métodos anticonceptivos en México"; *IMSS*.
- Izazola, J., Valdespino, J., Juárez, L., Mondragón, M. y Sepúlveda, A. (1989). "Conocimientos prácticos y actitudes relacionados con el SIDA" En Sepúlveda Amor, *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Joe, V. C. (1971) Review of the internal-external control construct as a personality variable. *Psychological Reports*, 28, 619-640.
- Johnson, B. (1991), " Risk and culture research" *Journal of cross-cultural psychology*, (2) ed. Berkowitz, Academic Press.
- Kann, L., Anderson, J. Holtzman, D., Ross, J. y Kolbe, L. (1990). HIV related knowledge, beliefs and behaviors amog a national sample of high school students in the U. S., 1989. paper presented at the *Sixth International Conference on AIDS, San Francisco* California.
- Kegeles, S., Adler, N. e Irwin, C. (1988). Sexually active adoelscents and condoms. Changes on one year in Knowledge, attitudes and use. *American Journal of Public Health*, 78, 460-461.
- Kelly, J. A. y Lawrence, J.S. (1986). Behavioral intervention and AIDS. *The Behavioral Therapist*, 6, 121-125.
- Kelly, J. A. y Lawrence, J.S. (1987). The Prevention of AIDS: Roles for behavioral intervention Scandinavian. *Journal of Behavioral. Therapy*, 16, 5-19.
- Kelly, J.A., Lawrence, J. S. y Hood, H. V. (1989). Behavioral interventions to reduce AIDS risk activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 60-57.
- Kelly, J.A., Lawrence, J. S., y Brasfield, T.L. (1991). Predictors of vulnerability to AIDS risk behavior relapse. *Journal of clinical Psychology*. 59, (1), 163-166.
- Kinsey, A.C. (1948) *Sexual Behavior in the Human Male*, Filadelfia: Saunders..
- Kinsey, A. C. (1953). *Sexual Behavior in the Human Famale*, Filadelfia: Saunders..
- Kerlinger, F. (1987), *Enfoque Conceptual de la Investigación del Comportamiento*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- King A., Wrigth, N. (1990) The dising of HIV risk reduction interventions for adoelscent. Paper presented at the *Regional Meeting on Behavioral Intervention for STD and HIV Prevention, Kingston, Jamaica*.
- La Rosa, J. (1985) Escalas traducidas para medir locus de control: posibilidades y limitaciones: Trabajo presentado en el *XX Congreso Interamericano de Psicología realizado en Caracas, julio*.

- La Rosa, J. (1986). *Escalas de Locus de Control y Autoconcepto. Construcción y Validación*. Tesis no publicada. Doctorado. Fac. de Psicología, UNAM.
- La Rosa, J. y Díaz-Loving, R. (1988). Diferencial semántico del autoconcepto en estudiantes. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. (4), 1. 40-57.
- La Rosa, J. y Díaz-Loving, R. (1991). Evaluación de Autoconcepto: Una Escala Multidimensional. *Revista Latinoamericana de Psicología*. (23), 1. 15-33.
- Maddux, J. E. (1995). Self-Efficacy Theory. An Introduction. En J. E. Maddux (Ed), *Self-Efficacy, Adaptation and adjustment. Theory, Research and application*. New York: Plenum Press . 3-33.
- Master, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1995) *La Sexualidad Humana*. (3) México: Grijalbo.
- Mckusick, L., Coates, T. J., Morin, S., Pollack, L. y Hoff, C. (1990). Longitudinal predictors of unprotected anal intercourse among gay men in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 80, 978-983.
- Mead, M. (1985) *Adolescencia, Sexo y Cultura en Samoa*. México: Planeta.
- Moos, R., Finney, J. y Chan, D. (1981). The process of recovery from alcoholism: Comparing alcoholic patients and matched community controls. *Journal of studies on Alcohol*, 42, 383-402.
- Moscoso, M. (1995) Manejo cognitivo conductual del estrés en individuos VIH soropositivos. *Avances en Psicología Clínica latinoamericana*. 13, 39-53.
- Mussen, P.H., Conger, J.J. y Kagan, J. (1982). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas.
- Nájera, R. (1990) Epidemiología. En R. Nájera (Edit.). *SIDA: De la Biomedicina a la sociedad*. Madrid: EUEMA.
- Newcomb, T. (1950). *Social Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- O.M.S. (1989) SIDA, Información Básica para el Estudiante. *Dirección General de Servicios Médicos, UNAM*.
- Osterrieth, P.A. (1973) Algunos Aspectos psicológicos de la Adolescencia. En: *Psicología Social de la Adolescencia*. G: Caplan, S: levobici (compiladores) Argentina: Paidós. 16-25.
- Papalia, D. E. y Olds, S. (1985), *Desarrollo Humano*. México: Mc. Graw Hill.
- Papalia, D.E. y Olds, S. (1993), *Psicología*. México: Mc. Graw Hill.
- Pepitone, A. (1991) El Mundo de las creencias: un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7 (1), 61-79.
- Pick de Weiss, S., Díaz-Loving, R., y Andrade, P. (1988) Estudio comparativo de adolescentes de dos grupos de edad que han y no tenido relaciones sexuales. *La Psicología Social en México*, 2, 312-321.
- Pick de Weiss, S. y Vargas, T. (1993) *Planeando tu Vida*. México: Planeta
- Piot, O., Laga, M. y Ryder, R. (1992). The global epidemiology of HIV infection: Continuaty heterogeneity and change. *Journal of Acquired immune Deficiency Syndromes*, 3, 403-412.
- Preciado J. y Montesinos L. (1992). El SIDA: Desafíos para la Psicología en la prevención del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, (1-2), 177-178.
- Prohaska, T., Albrecht, G., Levi, J., Sugrue, N. y Kim, J. (1990), Determinants of Self-perceived risk of AIDS *Journal of Health on Social Behavior*, 384-394.
- Quadlan, M. C. y Shattls, W. D. (1987), *AIDS, Sexuality and Sexual Control* The Haworth Press, Inc., 277-298.
- Ramos-Lira, L., Díaz-Loving, R., Saldívar, G. y Martínez, I. (1992), Creencias sobre el origen del SIDA, en estudiantes Universitarios *Revista de Salud mental*, 12-20.
- Remy B. y Rahmy M. (1984). *Cómo leer a Piaget*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rivera, A., S., Díaz-Loving, R. y Cubas, C. E. (1994). Patrones de conducta sexual y anticonceptiva en empleados de gobierno de la Ciudad de México. *La Psicología Social en México*. 5, 546-553
- Rogers, C. R. (1950). The significance of self-regarding attitudes and perceptions. En Reymert, M.L. (Edt.), *Feeling and emotion: The Moosshaert Symposium*. New York: Mc.Graw Hill.
- Rogers, C. R. (1980). *El poder de la persona*. México: El Manual Moderno
- Rosenberg, M. (1965) *Society and the Adolescent Self image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychology Monographs*, 80, 1, 609.

- Seligman M: (1967) "Failure to scape traumatic shock. *Journal of experiemntal psychology*. 74, 1-9.
- Sepúlveda A. Bronfman, M., Ruíz, P., Stanislawski, E., y Valdespino, J. (1989), *Sida, Ciencia Sociedad en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sepúlveda, A., Valdespino, J., Juárez L. y Mondragón, R., M. (1989), Campañas para la educación en SIDA, ejecución y problemas. *En CONASIDA, Boletín Mensua* 3, (6), 689.
- Shavelson, R. J. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretation. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Sheran, P., Abraham,S., Abragham, D., Speras, R., y Marks, D.,(1990); The post AIDS Structere of Student 's attitudes to condoms: age, sex and experience of use *Psychology Reports* (66), 614.
- Sherwood, J. J. (1967). Increased self-evaluation as function of ambiguous evaluations by referent others. *Sociometry*, 30, 404-409.
- Siegel, K., Mesagno, F., Chen. J., y Christ, G.(1989) Factors distinguishing homosexual males practicing risky and safer sex. *Social Science Medicine*, (28), 561-569.
- Soler-Claudin, C. y Gudíño-Rosales, J. C.(1995) Once años del descubrimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Salud Pública, México*. 37,(.6), 499-509.
- SSA/Epidemiología y CONASIDA (1996) *Separata de la Revista SIDA/ETS, Situación epidemiológica del SIDA*. Situación epidemiológica de las ETS. Datos actualizados para el cuarto trimestre.
- SSA (1998). *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. (15),9.
- SSA/ CONASIDA (1993). *Comportamiento Sexual en la Ciudad de México*. Encuesta 1992-1993. En: *Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. Clínica, Laboratorio, Psicología y Sociología*.
- SSA/ CONASIDA (1989), *SIDA/ETS* 3, (6).
- SSA/ CONASIDA (1993), *SIDA/ETS* 7, (9).
- SSA/ CONASIDA (1994), *SIDA/ETS* 8, (8).
- SSA/ CONASIDA (1996). *SIDA/ETS*.(2, (3).
- SSA/ CONASIDA (1997), *SIDA/ETS*, 3, (3).
- SSA/ CONASIDA (1998), *SIDA/ETS*, 4, (1).
- SSA/ Dirección General de Epidemiología, (1998). Situación del SIDA en México. *Boletín Mensual SIDA*, 19 (15) 7.
- Stall, R., Coates, T. J. y Hoff, C. (1988). Behavioral risk reduction infection among gay and bisexual men: A comparison of published results from the United States. *American Psychologist*, 43, 878-885.
- Stanislawski, E. (1989), El agente causal. En Sepúlveda, A., Bronfman, M., Ruíz, P., Stanislawski, E. y Valdespino, J. *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Toennies, L., Zagummy, M., Sorokin, G. y Tesch, B. (1994) Associatio of demographic characteristics knowledge, and worry about HIV infection with occupational and nonoccupational behaviors of medical students. *Psychological reports*. 74, 587-593.
- Torres, M., K., Alfaro, M., L., Díaz-Loving, R. y Villagrán, V., G., (1994) La atribución del origen del SIDA, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio del VIH. *La Psicología Social en México* 5. 616-621.
- Torres, M. K. (1996). *La personalidad y su relación con el miedo al SIDA y a la infección por VIH, a través de factores cognoscitivos en estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.
- Turner, C., Miller, H. y Moses, L. (1990). AIDS the second Decade. Washinton, DC: *National Academy Press*.
- Valdespino, G., J., Izazola, L. J. y Mondragón, R., M. (1989). AIDS in México: Trends and Projections. *PAHQ Bulletin*, 23, 20-23.
- Valdespino, G. J., García, G., e Izazola, L. J. (1989) Distribución de la epidemia. En *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*, 267-295. México: *Biblioteca de la Salud*.
- Valdespino-Gómez, J. I., García-García, M. I. y Cruz-Palacios, C. (1993). *Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA*. Clínica, Laboratorio, Psicología y Sociología. México. INDRE. Secretaría de Salud
- Valdespino-Gómez, J. I., García-García, M. I., Del Río-Chiriboga, C., Cruz-Palacios, C., Loo-Méndez, E. y López-Sotelo, A. (1995) Las enfermedades de Transmisión Sexual y la Epidemia de VIH/SIDA. *Salud Pública. México*. 37, 6, 549-555

- Valdez, M. J. y Reyes, L. I. (1992). *Las Categorías Semánticas y el Autoconcepto. La Psicología Social en México*. 4, 193-199.
- Valdez, M. J. y Reyes, L. I. (1994). El Autoconcepto en Adolescentes. *La Psicología Social en México*. 5, 56-62.
- Vázquez Valls, Torres Mendoza y Jauregui Ríos (1989), Las prácticas sexuales en estudiantes universitarios, justifican la promoción del uso del condón *CONASIDA, Boletín mensual*, (3), 6
- Villagrán Vázquez, G., Cubas, Carlin, E., Díaz-Loving, R., y Camacho Valladares, M. (1990) Prácticas Sexuales, Conductas Preventivas y Percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes *La Psicología Social en México*, 3, 305-309.
- Villagrán Vázquez, G., Cubas, C., Díaz Loving, R., y Camacho Valladares, M., (1992). Patrón de conducta sexual, uso de condón y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios. *Revista Sonorense de Psicología*. 6,(1-2), 49-58.
- Villagrán, V., G., y Díaz-Loving, R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales, actitudes y creencias hacia el uso del condón, en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*. 9, (1), 35-40.
- Villagrán Vázquez, G. (1993) *Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón*. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Psicología, UNAM
- Watson, J. S. (1971). *Crecimiento y desarrollo del niño*. México: Trillas.
- World Health Organization Global program on AIDS (1990). Update AIDS Cases. Ginebra: *World Health Organization*.

NO. DE CUESTIONARIO _____

HOJA DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO 1

Sexo: (1)Femenino (2)Masculino

Edad _____ años

Estado civil: (1)Soltero (2)Casado (3)Otro

Grado escolar _____

Turno: (1)Matutino (2)Vespertino

No. de Plantel _____

Pregunta	Respuesta	Pregunta	Respuesta	Pregunta	Respuesta	Pregunta	Respuesta
1		21		41		61	
2		22		42		62	
3		23		43		63	
4		24		44		64	
5		25		45		65	
6		26		46		66	
7		27		47		67	
8		28		48		68	
9		29		49		69	
10		30		50		70	
11		31		51		71	
12		32		52		72	
13		33		53		73	
14		34		54		74	
15		35		55		75	
16		36		56		76	
17		37		57		77	
18		38		58		78	
19		39		59		79	
20		40		60		80	

MARCA CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

1. ¿Has tenido relaciones sexuales?
(1) SI (2) NO (Pasa las preguntas: 8, 10, 13 y 15)
2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____ años
3. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida? _____ No. de Parejas
4. ¿Con qué frecuencia han usado el condón al tener relaciones sexuales?
(1) Siempre (2) Algunas veces (3) Nunca
5. Las relaciones sexuales que has tenido, han sido:
(1) Vaginales (2) Vaginales y anales (3) Vaginales y orales (4) Vaginales, Anales y orales
(5) Orales y anales (6) Anales (7) Orales
6. Tu(s) pareja(s) sexual(es) ha(n) sido:
(1) Ocasional(es) (Pasa a la pregunta 11) (2) Regular(es) (Contesta hasta la pregunta 10)
(3) Ocasionales y regulares
7. En las relaciones sexuales con tu pareja regular, usan el condón:
(1) Siempre (2) Algunas veces (3) Nunca
8. ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja sexual regular en el futuro usen siempre el condón?
(1) Muy probable (2) Medianamente probable (3) Nada probable
9. Has realizado el sexo seguro (Masturbación mutua sin intercambio de fluidos corporales, es decir, sin penetración) con tu pareja sexual regular:
(1) Siempre (2) Algunas veces (3) Nunca
10. ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja sexual regular en el futuro realicen sexo seguro?
(1) Muy Probable (2) Medianamente Probable (3) Nada probable
11. ¿Actualmente tienes pareja sexual regular?
(1) SI (2) NO
12. En las relaciones sexuales con tu(s) pareja(s) ocasional(es), ¿usan el condón?
(1) Siempre (2) Algunas veces (3) Nunca
13. ¿Qué tan probable es que tú y tu(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es) en el futuro usen siempre el condón?
(1) Muy probable (2) Medianamente probable (3) Nada probable
14. Has realizado el sexo seguro (Masturbación mutua, sin intercambio de fluidos corporales, es decir, sin penetración) con tu pareja sexual ocasional:
(1) Siempre (2) Algunas veces (3) Nunca
15. ¿Qué tan probable es que tú y tu(s) pareja(s) sexual(es) ocasionales en el futuro realicen sexo seguro?
(1) Muy probable (2) Medianamente probable (3) Nada probable
16. ¿Actualmente tienes pareja(s) sexual(es) ocasional(es)?
(1) SI (2) No
17. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales? _____

CUESTIONARIO 1

A continuación hay una lista de afirmaciones. Usted debe indicar en que medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles:

- 1 = Completamente en desacuerdo
 2 = En desacuerdo
 3 = Ni acuerdo ni en desacuerdo
 4 = De acuerdo
 5 = Completamente de acuerdo.

NO CONTESTE EN EL CUESTIONARIO, especifique su respuesta colocando el número que mejor exprese su opinión en la hoja de respuestas.

No hay respuestas correctas o incorrectas; hay puntos de vista diferentes. Por favor conteste sinceramente, las respuestas son anónimas. **CONTESTE TODAS LAS AFIRMACIONES.** Gracias.

	Completamente de acuerdo (5)				
	De acuerdo (4)				
	Ni acuerdo ni en desacuerdo (3)				
	En desacuerdo (2)				
	Completamente en desacuerdo (1)				
1. El que yo tenga parejas sexuales es cuestión de suerte	1	2	3	4	5
2. El que yo tenga pareja sexual depende de Dios	1	2	3	4	5
3. Puedo tener relaciones sexuales si le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
4. Que yo tenga relaciones sexuales depende de mi	1	2	3	4	5
5. Mis relaciones sexuales dependerán de otros	1	2	3	4	5
6. El que yo llegue a tener la pareja adecuada es cuestión de suerte	1	2	3	4	5
7. Mi conducta sexual está influenciada por mi religión	1	2	3	4	5
8. Puedo tener relaciones sexuales si soy simpático	1	2	3	4	5
9. El número de parejas sexuales que yo llegue a tener dependerá de mi	1	2	3	4	5
10. Yo siento que el tener parejas sexuales está controlado por los medios masivos de comunicación	1	2	3	4	5
11. El hecho de que yo llegue a tener pocas o muchas parejas sexuales se debe al destino	1	2	3	4	5
12. Mi conducta sexual se rige por las normas sociales	1	2	3	4	5
13. El tener parejas sexuales dependerá de lo agradable que soy	1	2	3	4	5
14. Cuando lucho por conseguir una pareja sexual en general lo logro	1	2	3	4	5
15. Mi familia determina con quien salgo	1	2	3	4	5
16. Cuando logro tener pareja sexual es por que tengo suerte	1	2	3	4	5
17. Mi conducta sexual se rige por los mandamientos de mi religión	1	2	3	4	5
18. La calidad de mis relaciones sexuales depende de lo agradable que soy	1	2	3	4	5
19. Que yo tenga pareja sexual depende de mi	1	2	3	4	5
20. El hecho que yo tenga pareja sexual está en manos del destino y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	1	2	3	4	5
21. Mi satisfacción sexual depende de mi pareja	1	2	3	4	5
22. El que yo obtenga condones es cuestión de suerte	1	2	3	4	5
23. Conseguir condones está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	1	2	3	4	5

Completamente de acuerdo (5)
 De acuerdo (4)
 Ni acuerdo ni en desacuerdo (3)
 En desacuerdo (2)
 Completamente en desacuerdo (1)

24. Puedo obtener condones si le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
25. Que yo obtenga condones depende de mí	1	2	3	4	5
26. Que yo use condones dependerá de mi pareja sexual	1	2	3	4	5
27. Que yo tenga suficientes condones es cosa del destino	1	2	3	4	5
28. No puedo influir en la solución del abastecimiento de condones, ya que depende del gobierno	1	2	3	4	5
29. Puedo conseguir condones si soy simpático	1	2	3	4	5
30. El que yo use condones depende de mi doctor	1	2	3	4	5
31. Conseguir condones es cuestión de esfuerzo personal	1	2	3	4	5
32. Cuando logro tener condones es por que he tenido suerte	1	2	3	4	5
33. No tengo influencia en las decisiones que se toman respecto a las políticas de abastecimiento de condones en mi país	1	2	3	4	5
34. Conseguir condones dependerá de lo agradable que soy	1	2	3	4	5
35. El obtener condones depende de mis capacidades	1	2	3	4	5
36. El que yo use condones depende de la información que me proporcione mi familia	1	2	3	4	5
37. Los precios de los condones dependen de los laboratorios médicos y no tengo influencia al respecto	1	2	3	4	5
38. Cuando necesito condones los consigo	1	2	3	4	5
39. El que yo use condones depende de los consejos que me proporcione mi familia	1	2	3	4	5
40. El que yo utilice sexo seguro es cuestión de suerte	1	2	3	4	5
41. Que la gente utilice sexo seguro está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	1	2	3	4	5
42. Puedo tener sexo seguro si le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
43. Que yo tenga sexo seguro depende de mí	1	2	3	4	5
44. No tengo influencia en las decisiones que se toman respecto a las políticas de promover el sexo seguro entre la población en mi país	1	2	3	4	5
45. Que yo utilice sexo seguro es cosa del destino	1	2	3	4	5
46. Que yo tenga sexo seguro dependerá de mi pareja sexual	1	2	3	4	5
47. Puedo tener sexo seguro si soy simpático	1	2	3	4	5
48. Tener sexo seguro es cuestión de esfuerzo personal	1	2	3	4	5
49. El que yo tenga sexo seguro depende de mi doctor	1	2	3	4	5
50. Cuando logro tener sexo seguro es por que he tenido suerte	1	2	3	4	5
51. Tener sexo seguro dependerá de lo agradable que soy	1	2	3	4	5
52. El tener sexo seguro depende de mis capacidades	1	2	3	4	5
53. El que yo tenga sexo seguro depende de la información que me proporcione mi familia	1	2	3	4	5
54. Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo	1	2	3	4	5
55. El que yo use sexo seguro depende de los consejos que me proporcione mi familia	1	2	3	4	5
56. El que me contagie con el VIH/SIDA es cuestión de suerte	1	2	3	4	5
57. El problema del contagio del VIH/SIDA está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	1	2	3	4	5
58. Puedo evitar el contagio de VIH/SIDA si le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
59. Que yo evite el contagio de VIH/SIDA depende de mí	1	2	3	4	5
60. Que yo me contagie con el VIH/SIDA dependerá de mi pareja sexual	1	2	3	4	5
61. Que yo me contagie con el VIH/SIDA es cosa del destino	1	2	3	4	5
62. No puedo influir en la solución del problema del VIH/SIDA, ya que depende de la iglesia	1	2	3	4	5
63. Puedo evitar el contagio de VIH/SIDA si soy agradable	1	2	3	4	5
64. El que yo adquiera el VIH/SIDA está determinado por mis propias acciones	1	2	3	4	5

Completamente de acuerdo (5)
 De acuerdo (4)
 Ni acuerdo ni en desacuerdo (3)
 En desacuerdo (2)
 Completamente en desacuerdo (1)

65. El que yo me contagie con el VIH/SIDA depende de mi doctor	1	2	3	4	5
66. Si llego a desarrollar VIH/SIDA, eso se debe a mi mala suerte	1	2	3	4	5
67. No tengo influencia en las decisiones que se toman respecto a las políticas para prevenir el contagio de VIH/SIDA en mi país	1	2	3	4	5
68. Donde hay amor no hay VIH/SIDA	1	2	3	4	5
69. El evitar adquirir el VIH/SIDA, es cuestión de esfuerzo personal	1	2	3	4	5
70. El que yo me contagie con el VIH/SIDA, depende de la información que me proporcione mi familia	1	2	3	4	5
71. El que yo evite desarrollar el VIH/SIDA, es cosa del destino	1	2	3	4	5
72. Mejorar las condiciones de los pacientes con VIH/SIDA, depende de la Secretaría de Salud	1	2	3	4	5
73. Una persona que me quiere no me infectaría de VIH/SIDA	1	2	3	4	5
74. El prevenir el contagio del VIH/SIDA, depende de mis propios cuidados	1	2	3	4	5
75. La gente simpática no se infecta con el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
76. El que yo me contagie con el VIH/SIDA, depende de los consejos que me proporcione mi familia	1	2	3	4	5
77. Mejorar las condiciones de los pacientes con VIH/SIDA, depende de grupos civiles	1	2	3	4	5
78. Que yo evite el contagio del VIH/SIDA, dependerá de mis capacidades	1	2	3	4	5
79. El que me contagie con el VIH/SIDA, dependerá de la voluntad de Dios	1	2	3	4	5
80. La gente agradable no se infecta con VIH/SIDA	1	2	3	4	5

Por favor, verifique si contestó toda las afirmaciones. GRACIAS.

A continuación encontrará un conjunto de adjetivos que sirven para describirle. Ejemplo:

Flaco(a)	_____							Obeso(a)
	Muy	bastante	poco	ni	flaco	poco	bastante	muy
	flaco	flaco	flaco	ni	obeso	obeso	obeso	obeso

En el ejemplo de arriba se puede verificar como hay siete espacios entre "flaco" y "obeso". El espacio, cuanto más cerca está de un adjetivo, indica un grado mayor en que se posee dicha característica. El espacio central indica que el individuo no es flaco ni obeso.

Si usted se cree muy obeso, pondrá una "X" en el espacio más cercano a la palabra obeso; si se percibe como "bastante flaco" pondrá la "X" en el espacio correspondiente; si no se percibe flaco ni obeso pondrá la "X" en el espacio de en medio. O, si es el caso, en otro espacio. Conteste en los renglones de abajo, como en el ejemplo de arriba, tan rápido como le sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión. Conteste en todos los renglones, dando una UNICA respuesta en cada renglón.

Acuérdese que, en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. Conteste, aquí, como usted es y no como le gustaría ser.

YO SOY

1. Decente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Indecente
2. Educado(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Malcriado(a)
3. Cortés	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Descortés
4. Atento(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desatento(a)
5. Feliz	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Triste
6. Amargado(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Jovial
7. Deprimido(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Contento(a)
8. Melancólico(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Alegre
9. Introverso(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Extrovertido(a)
10. Callado(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Comunicativo(a)
11. Tímido(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desenvuelto(a)
12. Desinhibido(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Inhibido
13. Reservado(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Expresivo(a)
14. Amoroso(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Odioso(a)
15. Afectuoso(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Seco(a)
16. Cariñoso(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Frío(a)
17. Romántico(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Indiferente
18. Sentimental	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Insensible
19. Capaz	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Incapaz
20. Responsable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Irresponsable
21. Eficiente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Ineficiente
22. Temperamental	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Calmado(a)
23. Agresivo(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Pacífico(a)
24. Tranquilo(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Nervioso(a)
25. Impulsivo(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Reflexivo(a)
26. Ansioso(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sereno(a)
27. Leal	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desleal
28. Honesto(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Deshonesto(a)
29. Mentiroso(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sincero(a)
30. Verdadero(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Falso(a)

Discriminación de Reactivos de las Escalas de Locus de Control

Escala de Sexualidad	VALOR T	P
26. El que yo tenga parejas sexuales es cuestión de suerte	-12.40	.000
27. El que yo tenga pareja sexual depende de Dios	-13.62	.000
28. Puedo tener relaciones sexuales si le caigo bien a la gente	-7.36	.000
29. Que yo tenga relaciones sexuales depende de mi	-9.64	.000
30. Mis relaciones sexuales dependerán de otros	-11.99	.000
31. El que yo llegue a tener la pareja adecuada es cuestión de suerte	-13.50	.000
32. Mi conducta sexual está influenciada por mi religión	-14.79	.000
33. puedo tener relaciones sexuales si soy simpático	4.08	.000
34. El número de parejas sexuales que yo llegue a tener dependerá de mi	-10.13	.000
35. Yo siento que el tener parejas sexuales está controlado por los medios masivos de comunicación	-8.47	.000
36. Que yo llegue a tener pocas o muchas parejas sexuales se debe al destino	-15.20	.000
37. Mi conducta sexual se rige por las normas sociales	-9.93	.000
39. Cuando lucho por tener una pareja sexual en general lo logro	-4.17	.000
40. Mi familia determina con quien salgo	-10.27	.000
41. Cuando logro tener pareja sexual es porque tengo suerte	-12.28	.000
42. Mi conducta sexual se rige por los mandamientos de mi religión	-16.61	.000
44. Que yo tenga pareja sexual depende de mi	-8.63	.000
45. El hecho que yo tenga pareja sexual esta en manos destino y no puedo hacer nada al respecto	-13.97	.000
46. Mi satisfacción sexual depende de mi pareja	-5.87	.000

Escala de VIH/SIDA	VALOR T	P
115. El que yo me contagie con el VIH/SIDA es cuestión de suerte	-14.03	.000
116. El problema del VIH/SIDA está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer	-13.65	.000
117. Puedo evitar el contagio de VIH/SIDA si le caigo bien a la gente	-11.37	.000
118. Que yo evite el contagio de VIH/SIDA depende de mi	-8.91	.000
119. Que yo me contagie con el VIH/SIDA dependerá de mi pareja sexual	-8.26	.000
120. Que yo me contagie con el VIH/SIDA es cosa del destino	-16.02	.000
121. No puedo influir en la solución del problema de VIH/SIDA, ya que depende de la iglesia	-9.65	.000
122. Puedo evitar el contagio de VIH/SIDA si soy agradable	-13.15	.000
123. El que yo adquiera el VIH/SIDA está determinado por mis propias acciones	-9.85	
124. El que yo me contagie con el VIH/SIDA depende de mi doctor	-13.77	.000
125. Si llego a desarrollar VIH/SIDA, eso se debe a mi mala suerte	-16.88	.000
126. No tengo influencia en decisiones políticas para prevenir el contagio de VIH/SIDA en mi país	-5.80	.000
127. Donde hay amor no hay VIH/SIDA	-9.53	.000
128. El evitar adquirir el VIH/SIDA es cuestión de esfuerzo personal	-5.42	.000
129. El que yo me contagie con el VIH/SIDA depende de la información que me proporcione mi familia	-5.40	.000
130. El que yo evite desarrollar VIH/SIDA, es cosa del destino	-17.28	.000
131. Mejorar las condiciones de los pacientes con VIH/SIDA depende de la Secretaría de Salud	-6.74	.000
132. Una persona que me quiere no me infectaría con el VIH/SIDA	-9.32	.000
133. El prevenir el contagio del VIH/SIDA, depende de mis propios cuidados	-9.89	
134. La gente simpática no se infecta con el VIH/SIDA	-11.01	.000
135. El que yo me contagie con el VIH/SIDA depende de los consejos que me proporcione mi familia	-6.08	.000
136. Mejorar las condiciones de los pacientes con VIH/SIDA depende de grupos civiles	-7.87	.000
137. Que yo evite el contagio con el VIH/SIDA, dependerá de mis capacidades	-4.14	.000
138. El que me contagie con el VIH/SIDA, dependerá de la voluntad de Dios	12.16	.000

Escala de Obtención y Uso de Condón	VALOR T	P
47. El que yo obtenga condones es cuestión de suerte	-13.01	.000
48. Conseguir condones está en manos del Gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	-12.75	.000
49. Puedo obtener condones si le caigo bien a la gente	-13.80	.000
50. Que yo obtenga condones depende de mi	-11.05	.000
51. Que yo use condones dependerá de mi pareja sexual	-11.84	.000
52. Que yo tenga suficientes condones es cosa del destino	-13.40	.000
53. No puedo influir en la solución del abastecimiento de condones, depende gobierno	-11.08	.000
54. Puedo conseguir condones si soy simpático	-13.05	.000
55. El que yo use condones depende de mi doctor	-16.66	.000
56. Conseguir condones es cuestión de esfuerzo personal	-4.70	.000
57. Cuando logro tener condones es porque he tenido suerte	-14.03	.000
58. No influencia en la solución de abastecimiento de condones, ya que depende del gobierno	-10.01	.000
59. Conseguir condones dependerá de lo agradable que soy	-13.49	.000
61. El que yo use condones depende de la información que me proporcione mi familia	8.28	.000
62. los precios de los condones dependen de los laboratorios médicos y yo no tengo influencia	-5.57	.000
63. Cuando necesito condones los consigo	-9.47	.000
64. El que yo use condones depende de la información que me proporcione mi familia	-11.52	.000

Escala de Sexo Seguro	VALOR T	P
65. El que yo utilice sexo seguro es cuestión de suerte	-12.06	.000
66. Que la gente utilice sexo seguro está en manos del Gobierno y no hay mucho que pueda hacer	-10.14	.000
67. Puedo tener sexo seguro si le caigo bien a la gente	-8.61	.000
68. Que yo tenga sexo seguro depende de mi	-9.23	.000
69. No tengo influencia decisiones respecto a políticas de promover sexo seguro entre pobl. país	-8.74	.000
70. Que yo tenga utilice sexo seguro es cosa del destino	-10.43	.000
71. Que yo tenga sexo seguro dependerá de mi pareja sexual	-11.27	.000
73. Tener sexo seguro es cuestión de esfuerzo personal	-10.03	.000
74. El que yo tenga sexo seguro depende de mi doctor	-10.16	.000
75. Cuando logro tener sexo seguro es porque he tenido suerte	-10.53	.000
77. El tener sexo seguro depende de mis capacidades	-4.65	.000
78. El que yo tenga sexo seguro dependerá de la información que proporcione mi familia	-10.13	.000
79. Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo	-10.92	.000
80. El que yo use sexo seguro depende de la información que me proporcione mi familia	-8.42	.000

Discriminación de Reactivos de la Escala de Autoconcepto

Autoconcepto	VALOR T	P
1. Decente-Indecente	-12.88	.000
2. Educado(a)-Malcreado(a)	-13.68	.000
3. Cortés-Descortés	-11.90	.000
4. Atento(a)-Desatento(a)	-12.30	.000
5. Feliz-Triste	-14.76	.007
6. Amargado(a)-Jovial	-13.33	.000
7. Deprimido(a)-Contento(a)	-18.20	.000
8. Melancólico(a)-Alegre	-13.26	.000
9. Introverso(a)-Extroverso(a)	-6.89	.000
10. Callado(a)-Comunicativo(a)	-11.31	.000
11. Tímido(a)-Desenvuelto(a)	-10.50	.000
12. Desinhibido(a)-Inhibido(a)	-2.96	.000
13. Reservado(a)-Expresivo(a)	-9.59	.000
14. Amoroso(a)-Odioso(a)	-13.45	.000
15. Afectuoso(a)-Seco(a)	-15.40	.000
16. Cariñoso(a)-Frío(a)	-15.47	.000
17. Romántico(a)-Indiferente	-10.71	.000
18. Sentimental-Insensible	-10.43	.000
19. Capaz-Incapaz	-12.63	.000
20. Responsable-Irresponsable	-10.40	.000
21. Eficiente-Ineficiente	-11.10	.000
22. Temperamental-Calmado	-3.38	.000
23. Agresivo(a)-Pacífico(a)	-9.06	.000
24. Tranquilo(a)-Nervioso(a)	-6.30	.000
25. Impulsivo(a)-Reflexivo(a)	-6.90	.000
26. Ansioso(a)-Serenos(a)	-7.03	.000
27. Leal-Desleal	-11.92	.000
28. Honesto(a)-Deshonesto(a)	-13.19	.000
29. Mentiroso(a)-Sincero(a)	-12.12	.059
30. Verdadero(a)-Falso(a)	-13.13	.000