

146



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

APLICACIÓN DEL MODELO DE ACCION  
RAZONADA COMO PREDICTOR DEL USO DEL  
CONDON EN ESTUDIANTES DE ACTUARÍA Y  
BIOLOGÍA DE LA UNAM

T E S I S

que para obtener el grado de:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

presenta:

MERCEDES PERELLÓ VALLS

Directora de Tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO  
GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ

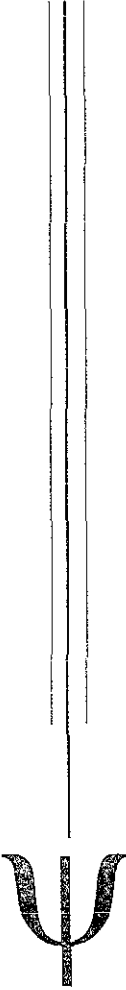


México, D. F.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SECRETARÍA ESCOLAR

2000

223343





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1. VIH-SIDA</b>	<b>5</b>
1.1 Etiología	5
1.2 Epidemiología	22
<b>CAPÍTULO 2. Factores psicosociales</b>	<b>29</b>
2.1 Creencias y conocimientos	30
2.1.1 Creencias	31
2.1.2 Conocimientos	33
2.1.3 Creencias y conocimientos en estudiantes	34
2.2 Actitudes	35
2.2.1 Actitud de los estudiantes hacia el condón	39
2.3 Percepción y autopercepción de riesgo	41
2.3.1 Los estudiantes y la percepción de riesgo	43
2.4 Conducta	44
2.5 Teoría de la Acción Razonada	44
<b>CAPÍTULO 3. Metodología</b>	<b>51</b>
3.1 Justificación	51
3.2 Objetivo	53
3.3 Hipótesis de investigación	53
3.4 Variables	54
3.4.1 Variables de clasificación	54
3.4.2 variables independientes	55
3.4.3 Variables dependientes	56
3.5 Tipo de estudio	57
3.6 Método	57

<b>CAPÍTULO 4. Resultados</b>	<b>61</b>
4.1. Descripción de la población general	61
4.2 Patrón sexual	61
4.3. Conocimientos sobre VIH/SIDA y condón	63
4.4 Análisis psicométricos de las escalas	67
4.5 Modelo de la Acción Razonada	77
<b>CAPÍTULO 5. Discusión y conclusiones</b>	<b>101</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO</b>	<b>109</b>

# INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido, sin lugar a dudas, en una de la epidemias que actualmente afecta más a la humanidad. Las cifras reportadas por la Organización Mundial de la Salud revelan que, a pesar de los esfuerzos realizados por las organizaciones sanitarias de todo el mundo, las cifras de los afectados por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) va en aumento y se prevee que continuará expandiéndose afectando gravemente las estructuras económicas, políticas, sociales y de salud.

Los datos estadísticos revelan que de sus tres formas de transmisión: sanguínea, perinatal y sexual, es ésta última la que sigue cobrando más víctimas, mientras que en las dos primeras, la regulación sanitaria ha logrado un control bastante eficiente apreciándose un descenso muy significativo en los casos de infección por esas vías.

Según los reportes de varios países, incluyendo México, la mayor incidencia de casos de SIDA queda comprendida en grupos que van de los 25 a los 45 años. Teniendo en cuenta que es una enfermedad de evolución crónica y que pueden pasar años antes de que se presenten las manifestaciones clínicas, debemos considerar a los adolescentes y jóvenes como grupos de mayor riesgo de contraer VIH, puesto que los patrones de frecuente y variada actividad sexual y el menor conocimiento y menor número de conductas de prevención los pone en mayor riesgo de contagio, razón por lo que es importante realizar investigaciones respecto a sus actitudes, conocimientos y prácticas relacionados con el SIDA.

De las formas de prevención recomendadas: abstinencia, monogamia mutua, sexo sin penetración y uso de condón, es esta última la que puede ser la opción más cómoda para jóvenes universitarios que no tienen una pareja estable y que no están dispuestos a renunciar a las relaciones sexuales ni a tenerlas sin penetración.

De las formas de comportamiento sexual de cada persona dependerá el mayor o menor riesgo de contraer SIDA. Tener relaciones sexuales sin una protección adecuada como usar condón significa tener una conducta de riesgo.

Se sabe que poseer información acerca de las conductas sexuales de riesgo y de prevención es necesaria pero no suficiente para lograr un cambio conductual, puesto que además de la información existe la influencia de una gran variedad de factores: de personalidad, cognoscitivos, emocionales, motivacionales, entre otros, que determinan que las personas lleven a cabo conductas sexuales específicas de protección ante el SIDA.

En este estudio intentamos predecir qué tan probable es que los jóvenes encuestados utilicen el condón, de acuerdo al Modelo de la Acción Razonada desarrollado por Martín Fishbein e Iczec Ajzen quienes sostienen que para cambiar o mantener una conducta determinada, antes que nada se debe entender qué es lo que determina esa conducta en esa población.

La teoría trata con la relación entre creencias, actitudes, intenciones y conducta; asumiendo que las conductas están en función de las intenciones que los sujetos tengan para realizar esas conductas; a su vez las intenciones están determinadas por actitudes e influencia de la norma subjetiva, y estas dos cosas dependen a su vez de las creencias conductuales y normativas respectivamente. La conducta (uso del condón), entonces, estará determinada en cierta medida por estos elementos.

De acuerdo a lo anterior, la presente investigación abarca los siguientes puntos:

El capítulo primero se ocupa, en la primera parte, de la etiología del SIDA, describiendo de qué manera el virus ataca el sistema inmune del organismo, las fases de la enfermedad, sus síntomas, pruebas que se realizan para su detección, vacunas y principales tratamientos terapéuticos, así como principales vías de transmisión. En la segunda parte se aborda la epidemiología de la enfermedad tanto mundial como nacional.

El segundo capítulo trata, tanto a nivel general como resultados obtenidos, particularmente entre estudiantes, sobre algunos de los factores psicosociales que influyen en las conductas relacionadas con el SIDA que los individuos realizan, como: las creencias, los conocimientos, las actitudes y la percepción y

la autopercepción de riesgo; desembocando en la explicación de la Teoría de la Acción Razonada. En adición al modelo, se incluirá la percepción de riesgo como elemento facilitador de conductas preventivas.

Posteriormente se describe la metodología utilizada en la presente investigación y el análisis de los resultados a través del modelo propuesto.

Finalmente, se presentan los resultados encontrados y las conclusiones surgidas de los aspectos teóricos y metodológicos.

# CAPITULO I

## 1.-VIH/SIDA

El SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) es una enfermedad causada por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH), el cual es capaz de instalarse en las células y permanecer ahí por años antes de manifestarse, razón por la cual el individuo afectado es capaz de transmitir la infección sin darse cuenta (Sepúlveda-Amor, J., Bronfman, M., Ruiz Palacios, G., Stanislawski E. y /aldespino, J. L. 1989), es además, una enfermedad incurable, progresiva y mortal ya que se presenta un deterioro muy grave del sistema inmunitario que predispone a la aparición de diversas infecciones oportunistas y al desarrollo de ciertos tipos de cáncer.

El constante aumento de su incidencia unido a la naturaleza fatal de su pronóstico, una vez desarrollada la enfermedad, y a la carencia de un tratamiento plenamente eficaz, junto con las particulares vías de contagio de dicho síndrome, han hecho del SIDA una de las plagas más temidas en la historia de la medicina moderna (Cuello y Echebarría, 1994).

### 1.1 Etiología

#### Las defensas y el sistema inmunitario.

Los virus están constituidos fundamentalmente por proteínas, glicoproteínas, carbohidratos, ácidos nucleicos y a veces lípidos, pero no cuentan con una maquinaria enzimática propia para llevar a cabo su replicación. Para hacerlo penetran en una célula viva, utilizan sus enzimas ya que ésta fabrica las sustancias que necesitan y al mismo tiempo los transportan, permitiendo así su multiplicación (Haseltine y Wong-Staal, 1998).

Para defenderse de los agentes patógenos (bacterias, virus, hongos, etc.) que puedan atacarlo, el organismo humano tiene tres defensas:

- a) **La piel y las mucosas** que recubren las cavidades internas y que funcionan como primer freno a la penetración de cualquier microbio y que además de ser una barrera física tiene propiedades germicidas y antibióticas.



**b) La respuesta celular inespecífica**, que entra en funcionamiento cuando la piel, por alguna herida, quemadura, etc., permite el paso de los microorganismos. En ese caso, como respuesta de los tejidos locales, se produce una inflamación de la zona afectada aumentando la circulación sanguínea y por lo tanto la presencia de células fagocitarias de la sangre (principalmente macrófagos y leucocitos) que evitarán la multiplicación de los virus en el interior de las células.

**c) La respuesta inmunitaria específica**, donde el sistema inmunitario es capaz de producir una respuesta específica contra una sustancia específica. El sistema inmune reconoce la presencia de cualquier elemento ajeno al organismo y los componentes particulares de cada agente patógeno particular; estos componentes se llaman antígenos.

Podemos decir entonces, que la inmunidad es la capacidad del organismo para hacer frente a una infección o enfermedad específica. Los glóbulos blancos y en concreto los linfocitos son la base de esta actividad.

El sistema inmune esta formado por: la médula ósea roja y el timo, (órganos linfoides primarios) los ganglios linfáticos, las placas de Peyer y el bazo (órganos linfoides secundarios) además de los linfocitos circulantes y macrófagos residentes en diversos órganos (Cuello y Echebarría, 1994).

Existen los linfocitos B y los linfocitos T y su origen se encuentra en forma de células madres en la médula ósea (roja) aunque para madurar emigran a otros lugares. Las células madres que dan origen a los linfocitos T emigran hacia el timo donde se multiplican activamente y donde madurarán para poder desencadenar la **respuesta inmunitaria celular**.

Por su parte los linfocitos B (que representan sólo un 10 a 15 % de los linfocitos circulantes) maduran en alguna otra parte que aún no ha sido determinada con exactitud pero que podrían ser las placas de Peyer o algún órgano linfático, y se encargan de realizar la **respuesta inmunitaria humoral** (específica).

Ante la presencia de antígenos (componentes particulares de cada agente patógeno), los linfocitos entran en actividad de dos maneras: los linfocitos B producen anticuerpos para destruirlos o bloquearlos, lo que es una respuesta

inmunitaria humoral, y los linfocitos T cooperan con los macrófagos en la destrucción directa de los antígenos (respuesta inmunitaria celular).

En la superficie de los linfocitos B existen moléculas de inmunoglobulina o anticuerpos y cuando un antígeno penetra se combina con las inmunoglobulinas del linfocito B con el que presente mayor afinidad, esta interacción dispara la multiplicación del linfocito B específico. Algunos linfocitos B tienen un proceso de reconocimiento o memoria que les permite en un segundo contacto con el mismo antígeno desencadenar una respuesta muy rápida.

Los linfocitos T no segregan anticuerpos pero tienen moléculas capaces de reconocer a las células portadoras de antígenos extraños en su superficie, destruyéndolas. Existen diversos tipos de linfocitos T:

- Citotóxicos (CTL o CD8+) que reconocen las células portadoras de antígenos y las destruyen.
- Cooperadores CD4 o T4 son los más abundantes y estimulan la proliferación de linfocitos citotóxicos y también de los leucocitos fagocitarios y linfocitos B, activando así las acciones defensivas en su conjunto.
- También existen los linfocitos supresores (TS) que modulan la actividad de los linfocitos B impidiendo que el mecanismo inmune desencadene su actividad en contra de elementos del propio organismo (Rico y Uribe, 1994. Cuello y Echebarria, 1994)..

## **El virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**

Este virus fue aislado por primera vez en 1983 por Luc Montagnier del Instituto Pasteur de Francia y en 1984 Robert Gallo logró aislarlo en Estados Unidos.

El VIH se desarrolla solamente en el ser humano y su hábitat ordinario son los leucocitos sanguíneos y los macrófagos que constituyen parte fundamental del sistema inmunitario del organismo. Cuando alguno de estos virus logra penetrar al organismo introduciéndose a través del torrente sanguíneo, alcanza aquellas células con las que encuentra mayor afinidad (células cuya cubierta celular tenga proteína CD4, es decir, linfocitos T cooperadores o CD4+) en cuyo interior se reproduce. (Haseltine y Wong-Staal, 1989).

Cuando está plenamente formado tiene un diámetro de entre 80 y 100  $\mu$  y consta de un núcleo, una cápsida y una envoltura externa.

El VIH es un retrovirus que maneja su información genética de forma inversa, es decir que su ácido nucleico es ARN (ácido ribonucleico) y no ADN (ácido desoxiribonucleico) constituyente esencial de los cromosomas de núcleo celular, como la mayoría de los virus. A través de la enzima retrotranscriptasa, transcribe, ya dentro de la célula huésped, el ARN a ADN como paso previo a la integración de su información genética en el genoma de la célula infectada, también alberga en su núcleo otras dos enzimas: una integrasa y una proteasa, que contribuyen a su capacidad infecciosa. Este proceso provoca en el virus gran cantidad de mutaciones, y puede darse el caso de que en una misma persona existan varias cepas del mismo virus. Sin embargo sólo existen dos tipos de virus que provocan SIDA: el más común es el VIH-1. El VIH-2; sólo se ha localizado en África Occidental; en México no se ha reportado ningún caso de este tipo (Rico y Uribe, 1993).

La cápsida del VIH está formada por una capa doble de proteínas, la cubierta externa está formada también por proteínas que sobresale de una capa de glicoproteínas, una de ellas es la gp160 formada por la gp120 y la gp41. La gp120 es especialmente importante por que es la que permite al virus adherirse a la superficie de aquellas células que poseen en su membrana el receptor CD4. La gp41 facilita la inyección del material genético en el interior de la célula a la que se ha unido. Cuando se detecta en la sangre la presencia de tales proteínas se puede diagnosticar la presencia de VIH en el paciente (Nájera Morrondo, 1989; Haseltine y Wong-Staal, 1989).

Recientemente (1996) un equipo de trabajo del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID) de los EE UU identificaron una proteína llamada fusina que permite la entrada o "fusión" (de ahí su nombre) del VIH a la célula.

En el ARN del VIH se han identificado 9 genes: GAG, POL, ENV, NEF, VIF, VPR, TAT, REV y VPU. Recientemente se ha determinado que los genes GAG y ENV presentan una mayor capacidad de generar la respuesta inmunitaria, mientras que el gen VPR impide la multiplicación de los linfocitos CD4, y el NEF actúa como un factor de virulencia, por lo que si se logra eliminar se atenuaría la infección. En el Centro de Investigación sobre el SIDA de la Universidad de

Nueva York se encontró que un paciente que llevaba 17 años infectado sin haber desarrollado la enfermedad tenía deficiencia del gen NEF, esto podría explicar los casos de personas que a pesar de estar infectados no desarrollan la enfermedad y la de los que aún estando en contacto repetido y directo con el padecimiento no se han infectado, como es el caso de las parejas de VIH positivos que no utilizan condón en sus relaciones sexuales. Estos descubrimientos son la base para las recientes investigaciones que lleven a la creación de una vacuna contra el VIH (Cuello y Echebarría, 1997; Haseltine y Wong-Staal, 1989).

### **Destrucción del sistema inmune**

Cuando por alguna causa (herida o introducción directa al torrente sanguíneo) los virus han logrado penetrar al cuerpo humano alcanzan diversas partes del organismo y escogen aquellas células con las que tienen mayor afinidad: los linfocitos T4 o CD4+ (aunque también atacan a otros leucocitos como son los macrófagos, a los que no destruye como a los linfocitos, sino que sirven como depósito y medio de transporte, ya que son los que llevan el virus hasta el cerebro afectando así a las neuronas (lo que explicaría la relación del SIDA con el sistema nervioso). Como hemos explicado antes, la unión entre las proteínas CD4+ y las del virus provoca un orificio en la membrana celular permitiendo el paso de éste hacia el citoplasma de la célula huésped (Gallo y Montagnier, 1989).

Los tejidos del organismo que pueden ser afectados por el virus de inmunodeficiencia humana son: 1) Cerebro (células gliales y macrófagos). 2) Ganglios linfáticos. 3) Timo. 4) Médula ósea. 5) Pulmón (macrófagos alveolares). 6) Colon, duodeno y recto (células cromafines). 7) Linfocitos de la sangre, semen y fluido vaginal. 8) Piel (células de Langerhans). 9) Médula ósea. Estos tejidos tienen en común (con la posible excepción de las células gliales del cerebro y las cromafines del colon, recto y duodeno) que en su conformación participan células con proteína CD4 en su superficie (Weber y Weiss, 1989).

### **Mecanismos del VIH para producir daño**

Ya en el interior de la célula, el virus se desprende de cualquier resto de envoltura externa y su núcleo entra en actividad dañando al organismo de varias maneras:

**a) Alteración del funcionamiento del sistema inmune.** Un filamento de su ácido nucleico (ARN bicatenario) es copiado (mediante un proceso catalizado por la transcriptasa inversa) en un filamento de ADN, el cual, después de inducir la síntesis de un filamento complementario se inserta en forma de ADN duplex en el genoma de la célula huésped alterando su funcionamiento normal inutilizándola para responder como parte del sistema inmunológico.

**b) Destrucción celular secundaria con la replicación viral.** A continuación se produce la síntesis de ácidos nucleicos y proteínas víricas para formar nuevos virus que perforan la membrana celular, produciéndole lesiones que la destruyen y van a infectar a otras células en un proceso de cascada.

**c) Fenómenos de autoinmunidad.** En este momento el sistema inmune del organismo se descontrola y al tratar de defenderse produce anticuerpos que van a atacar a sus propias células, ya que algunas tienen elementos parecidos a los del virus creando un fenómeno de autoinmunidad que es al mismo tiempo de autodestrucción.

**d) Formación de sincicios celulares.** En algunos casos se forman sincicios que son grandes conglomerados de células T4 debido a que una célula infectada comienza a presentar en su membrana externa proteínas víricas, entre ellas la gp120 que tiene una gran afinidad con el receptor CD4 de los linfocitos T que se adhieren y se funden con ella. La célula original se destruye, pero con ella mueren muchas células sin infectar

**e) Alteraciones en el envejecimiento celular.** El VIH también influye en el envejecimiento celular alterando la apoptosis de las células. Se le da el nombre de apoptosis a la muerte celular programada, es decir que cada tipo de célula tiene un tiempo de vida determinado y el VIH acelera la muerte celular (Weber y Weiss, 1989; Rico y Uribe, 1994, Redfield y Burke, 1989).

A medida que la enfermedad va avanzando, el número de linfocitos T4+ va disminuyendo, cuando los niveles llegan por debajo de 200 T4+ por milímetro de

sangre en vez de los 800 o 1000 normales, el organismo ya no se encuentra en capacidad de defenderse contra los gérmenes (De Clercq, 1995).

Hasta hace poco tiempo se pensaba que el VIH, una vez dentro de la célula, podía tener grandes periodos de latencia sin dañarla ni inducir la enfermedad, hasta que después de un tiempo, por acción de un estimulador, iniciara su reproducción y destruyera las células parasitadas provocando el desarrollo de la enfermedad (Sepúlveda, 1989).

Al respecto Gallo y Montagnier en 1989 afirmaban que la complejidad genética del VIH se hizo más notoria cuando se descubrió un gen llamado TAT, ya que tiene que ver con la capacidad del HIV para permanecer latente durante un largo período y replicarse después con frenesí, un comportamiento que se consideraba podía ser la llave de la patología del SIDA (Gallo y Montagnier, 1989). Sin embargo, investigaciones más recientes como la de Antonio Fauci, llevadas a cabo en el Instituto de Enfermedades Infecciosas de Maryland, EU, parecen haber confirmado que en el periodo inicial asintomático de ninguna manera se puede hablar de latencia o inactividad ni por parte del virus, ni del sistema inmunitario. Se asegura que la replicación se da desde el principio de la infección y en tasas muy elevadas; lo que sucede es que el organismo logra defenderse exitosamente durante un cierto tiempo logrando mantener el equilibrio hasta que acaba fallando (Cuello y Echebarría, 1997).

Otros trabajos como los publicados por el Centro de Investigación sobre el SIDA en Nueva York, sostienen que durante el período de incubación el ritmo de replicación del VIH es tan elevado que en un sólo día pueden originarse en una persona infectada hasta 1,000 millones de virus, produciéndose cada 48-72 horas la renovación de los mismos en el orden de  $1,1 \times 10^8$ /día y de los linfocitos infectados, de  $2 \times 10^{10}$ . Esta situación influye de manera directa en la variabilidad genética y virulencia del VIH ya que la enzima retrotranscriptasa comete errores de copia en el momento de transferir la información desde el ARN viral hasta el ADN (aproximadamente un error por cada 10,000 bases copiadas) creándose muchas variantes genéticas por mutación del virus, de manera que, cuando coincide en el organismo un número suficientemente elevado de variantes del virus, el sistema inmunitario se revela incapaz de hacerle frente, dependiendo entre otras cosas del estado defensivo inicial (*op cit.*).

## Desarrollo de la infección

Este funcionamiento del VIH en el organismo humano hace que la enfermedad se manifieste en cuatro etapas:

**a) Infección aguda.** Ocurre poco tiempo después de haberse infectado, dura entre una y seis semanas y la infección ya puede ser transmitida, aunque no existan anticuerpos específicos. Esta fase se llama periodo ventana en donde la infección no puede ser detectada por los métodos comunes. En algunos afectados se presentan características muy similares a las de una gripe o infección viral;

**b) Fase asintomática.** Esta etapa es sumamente peligrosa para la proliferación de la epidemia pues el portador no tiene ninguna molestia y su apariencia es saludable, pero sí posee la capacidad de transmitir el virus a otras personas y su duración es variable; mientras que en algunas personas los síntomas aparecen en poco tiempo, en otras pueden pasar años antes de que suceda. Aproximadamente el 30-35% de los infectados manifestarán la enfermedad en 7 u 8 años.

**c) Etapa de transición.** En esta etapa el equilibrio que había logrado mantener el sistema inmunitario se rompe, los linfocitos CD4 merman hasta caer por debajo de 400 por  $\text{mm}^3$  de sangre y se presentan los primeros síntomas: Muguet (afección bucal por hongos), linfadenopatía crónica y generalizada acompañada de varias molestias como pérdida de peso, fiebre, diarreas; esta etapa puede durar varios meses;

**d) Infección avanzada.** Aquí es donde podemos hablar de la aparición del SIDA. Las defensas se encuentran muy deterioradas (menos de 50 CD4 por  $\text{mm}^3$ ) por lo que de manera brusca se presentan manifestaciones más graves y características del proceso infeccioso. Por un lado el virus causa lesiones en el sistema nervioso provocando encefalopatías y pérdida de facultades mentales y por otro afecta las células del aparato digestivo, por lo que las diarreas son persistentes provocando desnutrición y adelgazamiento extremo (Rico y Uribe, 1993; Cuellio y Echebarría, 1994; Redfield y Burke, 1989):

## Complicaciones

a) Infecciones oportunistas.

En el momento que se declara el SIDA en un paciente, su sistema inmunológico está tan débil que organismos que no harían daño a un individuo sano, provocan infecciones sumamente graves. Los órganos principalmente afectados son:

- Los pulmones: el 80% de los enfermos de SIDA presentan neumonía, así mismo se dan muchos casos de tuberculosis.
- El aparato digestivo. dificultad para tragar (disfagia), candidiasis esofágica y las diarreas crónicas están presentes en un gran número de pacientes.
- Cerebro: abscesos cerebrales y meningitis.
- Piel: herpes, sobre todo en la región anogenital.

b) Cánceres:

- El sarcoma de Kaposi es el más frecuente (el 35% de los pacientes lo presenta).
- Linfomas.

## Tratamiento

Es innegable que aunque con lentitud, ha habido avances significativos en los medicamentos anti-VIH que reducen sus niveles en la sangre. La mayoría de los tratamientos utilizan además del ya muy conocido AZT o Zidovudina, el ddC o Zalcitabina, el 3TC o Lamivudina, D4T o Estavudina, ddI o Didanosina, IL-2 o Interleukin-2, la Neviparina que actúan en contra de la transcriptasa inversa; o los inhibidores de la proteasa que empezaron a aparecer en 1995: Ritonavir, Indinavir, Saquinavir, Nelfinavir, etc; y más recientemente están estudiándose algunos inhibidores de las integrasas y la endonucleasa (Cuello y Echebarría, 1997).

Para determinar el tipo de tratamiento específico y el momento de inicio debe realizarse al paciente un análisis de carga viral y un recuento de linfocitos CD4. Cuando éstos estén por abajo de  $500 \times \text{mm}^3$  y la carga viral entre 5 mil a 10 mil copias/ml, independientemente de que no presenten síntomas es recomendable iniciar un tratamiento ([www.virtualizar.com/sidanews/](http://www.virtualizar.com/sidanews/)).

Actualmente se ha comprobado que la utilización combinada y simultánea de tres de estos medicamentos consigue mucho mejores resultados que la aplicación de uno solo; de hecho se considera que no es conveniente administrar



los inhibidores de la proteasa solos pues el organismo desarrollaría una rápida resistencia, de modo que se combinan con los inhibidores de la transcriptasa inversa. La utilización de estos “cocteles” tiene la ventaja de inhibir diferentes enzimas y por lo mismo intervienen en diferentes momentos del proceso infeccioso, con lo que se ha conseguido abatir notablemente los niveles de VIH en la sangre hasta el punto incluso de “anularla” permitiendo al enfermo reintegrarse a una vida normal y prolongando su expectativa de vida, aunque el virus permanezca en los ganglios linfáticos o en el cerebro. Sin embargo, en el caso de pacientes embarazadas sólo se administra AZT pues aún no se sabe el efecto que la combinación de inhibidores podría surtir sobre el bebé en gestación.

En los últimos 4 años, a partir del uso extendido de las terapias múltiples se redujo significativamente la mortalidad y la aparición de enfermedades oportunistas en enfermos bajo tratamiento. Sin embargo aún es demasiado pronto para determinar qué sucederá con estos pacientes después de años de tratamiento, por otro lado, los costos de ellos son tan elevados que se encuentran lejos de la gran mayoría de la población afectada (Cuello y Echebarria, 1997; Gómez Dantes, 1997).

## **Vacunas**

Desde que se tiene conocimiento del SIDA la meta de muchos de los laboratorios ha sido la de crear una vacuna para prevenir la enfermedad. Sin embargo han sido muchos los obstáculos y dificultades para lograrlo debido al particular modo de desarrollo del VIH.

Por ejemplo: el virus tiene la posibilidad de “escondarse en las células” encerrándose en una bolsa de citoplasma celular sin delatarse en la superficie de la misma; también puede modificar la composición de la cubierta celular, particularmente la glicoproteína 120 que cambia constantemente los aminoácidos que la componen, e instala sus genes dentro del hospedador. Por otro lado, es una padecimiento que afecta precisamente al sistema encargado de combatir las enfermedades, y además, no existe un buen modelo animal donde se puedan probar las vacunas antes de administrarlas a seres humanos, ya que sólo algunos primates como el chimpancé o el gibón han podido infectarse en el laboratorio con el VIH, y encontrar voluntarios humanos para experimentar las vacunas no ha sido fácil.

A todo lo anterior hay que agregar que las investigaciones sobre la vacuna están partiendo casi de 0 pues el descubrimiento de los retrovirus en el ser humano es algo relativamente reciente (15 años) por lo que no existen precedentes que faciliten las actuales investigaciones. (Matthews y Bolognesi, 1989; Rico y Uribe, 1994).

Las investigaciones sobre vacunas contemplan varias estrategias y todas se encuentran en la fase de ensayo, los tipos de vacuna son.

- Inmunización con virus muerto (vacuna Salk). No recomendada para individuos sanos.
- Inmunización con VIH vivos pero atenuados. Se considera peligrosa pues posibles mutaciones "in vivo" podrían convertir la vacuna en patógena.
- Inmunización con VIH inactivados asociados a adyuvantes.
- Inmunización con proteínas del VIH recombinantes, asociadas a adyuvantes.
- Inmunización con péptidos sintéticos de VIH con adyuvantes.
- Utilización de organismos vivos recombinantes.
- Inoculación intramuscular de genes virales.

(Cuello y Echebarría, 1997; Matthews y Bolognesi, 1989)

Todas ellas han obtenido escaso éxito, en términos generales se ha conseguido una inmunidad pasajera que se pierde al cabo de un tiempo. La excepción parece ser la vacuna elaborada en el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Cuba (CIGB) que después de haber sido aplicada a 24 investigadores de ese centro, ha demostrado que crea anticuerpos neutralizantes del VIH en pacientes sanos y que se espera poder aplicarse en forma más amplia en Brasil o Uganda en los próximos 2 o 3 años (La Jornada, 3 de junio de 1998).

## Origen del VIH

Todas las investigaciones sobre el SIDA convergen en considerar que tiene su origen en Africa a partir de un virus (SIV) que afecta a los monos verdes africanos y que después de haber sufrido variaciones por mutación, se convirtió en el VIH-2, con el que tiene una gran similitud. Se supone que el mono verde está adaptado al SIV por un proceso de larga evolución que le permite tolerarlo

bastante bien, mientras que en el hombre, por ser un nuevo huésped, el VIH tiene una enorme virulencia. Sin embargo, el VIH-2 es de más difícil transmisión y causa SIDA con menor frecuencia y rapidez que el VIH-1. Este último tiene un código genético tan distinto al VIH-2 que no es posible pensar que es una simple mutación de éste (Essex y Kanki, 1989).

Actualmente se está investigando la posibilidad, entre otras, de que el virus provenga de uno que existe en el chimpancé, ya que es este animal el único que ha sufrido la infección experimental del VIH, aunque no le produce la muerte como al hombre. Se considera que el virus pudiera existir desde hace tiempo en algunas poblaciones humanas aisladas que lo hubieran tolerado relativamente bien. Los intensos cambios de vida en el mundo actual, como las migraciones de la provincia a las metrópolis, la intensificación de los viajes, la liberalización de las costumbres sexuales, el aumento de consumo de drogas intravenosas, podrían haber influido permitiendo al virus, que estaba presente en una región aislada, diseminarse y volverse más activo. Así pues los primeros afectados habrían sido habitantes de algunas regiones de África, de ahí un grupo de haitianos que se encontraban en Zambia lo habrían llevado a Haití y de ahí pasó a Estados Unidos (donde se detectaron los primeros casos) extendiéndose después al resto del mundo (Essex y Kanki, 1989; Cuello y Echebarría, 1997).

Existen, claro está, otras hipótesis como la que sostiene que es un virus fabricado artificialmente por el hombre, para utilizarse incluso como un arma biológica, sin embargo esta idea ha sido casi descartada ya que a fines de los 70's no existía una tecnología genética tan avanzada que permitiera la creación de ese tipo de virus. Por otra parte se ha encontrado suero con anticuerpos contra el VIH en algunos hospitales que lo mantenían congelado desde 1959. Lo que significa que estos pacientes se habían infectado antes de esa fecha (Rico y Uribe, 1993; Cuello y Echebarría, 1997).

### **Transmisión:**

El SIDA no es una enfermedad contagiosa, sin embargo sí puede ser transmitida de una persona a otra. El avance actual de las investigaciones permite asegurar que el virus causante del SIDA es transmitido por tres vehículos perfectamente definidos:

- **Las secreciones sexuales** (semen, líquido preeyeculatório, secreciones vaginales).
- **La sangre.**
- **La leche materna** En base a esto podemos diferenciar tres formas básicas de transmisión del virus:

- **Transmisión a través de relaciones sexuales.**

Esta es la principal vía de infección de la enfermedad. Se produce tanto a través de relaciones sexuales entre heterosexuales como entre homosexuales donde se presente penetración vaginal o anal.

Si existen lesiones en las paredes o mucosa de la vagina o del ano, o incluso en el pene, la infección podrá contraerse con mayor facilidad. Estas lesiones pueden darse incluso durante la misma relación sexual. No se han reportado casos de transmisión por la práctica del sexo oral, pero existe la posibilidad de que suceda si existen escoriaciones u heridas en la boca que entren en contacto con semen o secreciones vaginales (Rico y Uribe, 1994; Cuello y Echebarría, 1994).

El riesgo de transmisión aumenta:

- a) Mientras más contactos sexuales se tengan con un portador, aunque la infección puede darse con uno solo.
- b) Con las relaciones anales, pues su mucosa es más delicada y son, en términos generales, relaciones más traumatizantes que provocan lesiones con facilidad.
- c) Con la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, especialmente las que provocan úlceras.
- d) Mientras más avanzada esté la infección en un seropositivo más fácilmente transmitirá el padecimiento
- e) En la dirección hombre-mujer, aunque también se da de mujer-hombre. La posibilidad de transmisión del virus durante un solo coito vaginal sin protección es de uno por cada 300 cuando el infectado es un hombre y de tan sólo de uno en 1000 si la portadora es una mujer. (Cadwell y Cadwell, 1996)

### **Transmisión por la sangre.**

Esta transmisión se produce cuando se pone en contacto sangre contaminada con sangre de individuos sanos

- a) Transfusiones e inyecciones de productos sanguíneos. A través de este sistema la infección la epidemia se extendió al principio, afortunadamente en la actualidad la donación de sangre ha sido regulada por medio de leyes y controles muy estrictos que han evitado que continúe siendo una vía de transmisión. Sin embargo, existe todavía un riesgo, que aunque pequeño (1/100,000 unidades de sangre), está presente debido al “período ventana” que se presenta si un donante ha adquirido la infección recientemente (6-8 semanas) y, como dijimos anteriormente, las pruebas no detectan la presencia del VIH en la sangre, por lo que es muy importante que las personas se abstengan de donar si en ese periodo han tenido alguna conducta de riesgo.
- b) Uso compartido de instrumentos contaminados. Esta es una práctica más o menos habitual entre drogadictos y atletas, lo que puede provocar la transmisión del virus. Es mucho menos probable, aunque no imposible, la contaminación a través del instrumental de un dentista, agujas de acupuntura, navajas de rasurar, etc. Por lo que éstos se deben esterilizar antes de usarse o de preferencia usar material desechable. Es importante hacer notar que la re-infección en enfermos que ya son portadores acelera la progresión hacia el SIDA. Por otra parte el personal de clínicas, hospitales, consultorios, etc. en algunos casos ha resultado infectado por heridas o pinchazos accidentales (Cuello y Echebarría, 1994; Rico y Uribe, 1994).

• **Transmisión materno-fetal.** La transmisión puede darse:

- a) Durante el embarazo a través de la placenta (transmisión intrauterina)  
b) Durante el parto

La posibilidad de que el hijo de una seropositiva nazca infectado se calcula en un promedio del 20%. Recientemente se ha comprobado que la administración de AZT durante el embarazo disminuye notablemente el riesgo de la infección en el producto, aunque aún no se sabe cuáles pueden ser los efectos colaterales de esta administración. Se aconseja evitar alimentar al niño con leche materna, pues aunque es una vía de transmisión poco probable, no es imposible.

En cualquier caso, dada la fragilidad de los virus para vivir fuera de los organismos vivos, la transmisión es viable siempre y cuando el virus esté presente en una cierta cantidad y que no esté expuesto a situaciones desfavorables por mucho tiempo. Así pues las creencias que afirman que es

posible contraer la enfermedad por la picadura de un mosquito, por bañarse en la misma alberca, ir al mismo baño, usar los mismos objetos, etc. que un seropositivo, son totalmente falsas. Por otro lado, aunque se han hallado VIH en otros fluidos corporales como sudor, lágrimas, saliva, su concentración es tan pequeña que no se considera posible la transmisión (*op cit.*).

### **Detección de la infección:**

Actualmente la infección puede distinguirse de dos maneras:

- **Métodos directos.** Que detectan la presencia del virus o de alguno de sus componentes. Estas pruebas se practican en casos muy específicos ya que para realizarse se requiere de laboratorios bastante sofisticados para poder realizarse y su costo es elevado
  - a) *Cultivo del virus* Se utiliza fundamentalmente en el control de protocolos terapéuticos. Tardan aproximadamente un mes en confirmarse los resultados
  - b) *Test del antígeno P24.* Utilizada generalmente para detectar la infección primaria (periodo ventana) y en pronóstico y control, terapéutico Se obtienen los resultados en 24 horas.
  - c) *Prueba de la reacción en cadena de la polimerasa.* Esta prueba es muy sensible y tiene la ventaja de tener los resultados en 2 o 3 horas. Se utiliza, por ejemplo, en los casos neonatales, y en parejas de seropositivos que no han adquirido la enfermedad.
- **Métodos indirectos.** Que detectan los anticuerpos que produce el organismo como respuesta a la presencia del virus y su costo es mucho más accesible a la población en general
  - a) *Método ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay).* Esta prueba se ha convertido en la más generalizada en donaciones de sangre, estudios epidemiológicos y diagnósticos Es utilizada también para detectar virus que provocan otras enfermedades como la hepatitis o la rubeola. Los resultados se obtienen en 2 o 3 horas  

Se utiliza suero del paciente, el cual se mezcla con antígenos obtenidos de un cultivo tisular del VIH y se incuban juntos. Después se agregan otro tipo de anticuerpos (inmunoglobulinas) dirigidos contra los anticuerpos humanos.

Si el suero está infectado con VIH se provoca una reacción que produce una coloración que denota la presencia del virus. Si no hay cambio de color la prueba es negativa.

Ahora bien, esta prueba es de detección, el resultado positivo debe ser confirmado por otra prueba diferente. Sin embargo, en términos generales, al obtener dos veces resultado positivo (utilizando material de laboratorios diferentes) puede considerarse casi seguro.

b) *Prueba de Western Blot*. Se trata de una prueba destinada a corroborar los resultados positivos o dudosos de la prueba ELISA. Este análisis permite saber no sólo si existen anticuerpos anti VIH, sino que además determina el antígeno específico que se está atacando (Cuello y Echeberría, 1994)

c) Recientemente ha aparecido en el mercado de Estados Unidos la primera prueba doméstica de detección de VIH y se espera que a corto plazo su uso se generalice en el mundo pues tiene las ventajas de la rapidez de resultados y la confidencialidad.

Ninguna de estas pruebas indirectas es útil para detectar VIH durante el periodo "ventana" ya que durante este periodo inicial de la infección no existe la cantidad necesaria de anticuerpos para ser captados por la prueba, por lo que en casos en los que sospecha de una posible infección reciente (menos de 4 meses) se recomienda repetir la prueba después de que haya pasado ese tiempo.

En términos generales se puede hablar de que un paciente adulto al que se le ha detectado VIH en su organismo, va a desarrollar SIDA. Sin embargo aproximadamente el 80% de los recién nacidos hijos de seropositiva, se convierten en seronegativos al año y medio de edad. Esto es debido a que su madre les transmitió anticuerpos contra el VIH y no necesariamente el propio VIH, por lo que al sustituir los anticuerpos de su madre por los propios dejan de ser seropositivos. (Boletín de Sida en la Rep. Argentina., Dic. 1997)

## **Prevención**

### **• Medidas de prevención sanguínea**

- a) Toda sangre que se transfunda deberá ser analizada con la prueba de detección de VIH.

- b) Se debe exigir que todo paquete de sangre cuente con la etiqueta "sangre segura".
- c) Se debe evitar compartir agujas no esterilizadas para la administración de medicamentos y drogas intravenosas.
- d) No se deben intercambiar objetos punzocortantes que puedan estar contaminados con sangre fcsca, como navajas para rasurar, tijeras, etc.
- e) Las personas con prácticas de riesgo no debe donar sangre, órganos o tejidos.
- f) Cualquier objeto al que le haya caído sangre con posibilidad de estar infectada debe ser lavado con una solución de 9 partes de agua por una de cloro.
- g) El personal de salud debe tomar las precauciones establecidas para evitar infecciones por sangre o secreciones con cualquier paciente, independientemente de su diagnóstico. (Rico y Uribe, 1994).

- **Medidas de prevención perinatal**

- a) Toda mujer con prácticas de riesgo deberá realizar la prueba de detección de VIH antes de embarazarse.
- b) Las mujeres infectadas deberán recibir asesoría evaluando los riesgos, cuidados y tratamientos antes de decidir un embarazo.
- c) La mujer infectada deberá evitar dar el pecho a su bebé. (*op cit.*)

- **Medidas de prevención de transmisión sexual.**

- a) Abstenerse de tener relaciones sexuales.
- b) Mantener relaciones de mutua fidelidad con una sola pareja
- c) Realizar prácticas sexuales que no incluyan penetración y por lo tanto eviten el intercambio de secreciones sexuales y sangre.
- d) Utilizar condón de látex en todas las relaciones con penetración vaginal, anal u oral.
- e) En caso de sexo oral de hombre a mujer, utilizar diques bucales (egapack, kleenpack).
- f) Evitar tener relaciones sexuales con personas que tengan prácticas de riesgo. Hay que recordar que aunque el condón es un método bastante seguro cuando se usa correctamente, no está exento de riesgo de fabricación (2%) y que pueden ocurrir accidentes durante su uso.
- g) Disminuir el número de compañeros sexuales. (*op cit.*)



## 1.2 Epidemiología

A partir de su detección en 1981 en Estados Unidos y ante el avance de la pandemia, las instituciones sanitarias de todo el mundo se han abocado a la tarea de evitar su propagación por diversos medios: investigaciones biomédicas, medidas sanitarias, campañas educativas, etc. Al mismo tiempo han aparecido innumerables organizaciones no gubernamentales dedicadas a la orientación y apoyo de la población. Sin embargo, y a pesar de las medidas adoptadas y los enormes esfuerzos realizados, el número de afectados sigue aumentando. Desde 1981, cuando en Estados Unidos se detectaron los primeros casos de lo que después se llamaría SIDA, la epidemia ha ido creciendo exponencialmente en la mayoría de los países y sigue extendiéndose a todas las áreas del planeta que inicialmente se habían visto afectadas, pudiéndose hablar ya de que nos enfrentamos a una pandemia. (Casabona y Rodés, 1994)

### Estadísticas mundiales

Y para corroborar la afirmación anterior basta echar un vistazo a las cifras: en 1988 se reportaban 81,440 casos de SIDA en el mundo, para 1990 la cantidad había aumentado a 266,098; a fines de 1996 ONUSIDA informó que a nivel mundial había 1,544,067 afectados (naturalmente que el aumento no sólo se debe al incremento del número de casos, sino también, a que las estadísticas se están realizando mejor) (CONASIDA 1988, 1990, 1997).

Sin embargo la situación real parece ser mucho más grave y los informes de ONUSIDA-OMS a enero de 1999, son los siguientes:

#### **Infectados por VIH/SIDA desde el principio de la epidemia** (cifras acumulativas)

(No se trata de casos de SIDA registrados, sino del número estimado de infectados con VIH)

Total	42,3 millones
Adultos	38,5 millones (22,4 hombres; 16,1 mujeres)
Niños	3,8 millones

#### **Defunciones asociadas al VIH/SIDA** (cifras acumulativas)

Total	13,9 millones
Adultos	10,700 millones (6,0 hombres; 4,7 mujeres)
Niños	3,200 millones

**Personas que viven con VIH en el mundo:**

Total 33,6 millones  
Adultos 32,2 millones (18,4 hombres; 13,8 mujeres)  
Niños 1,2 millones

**Total de huérfanos por SIDA desde el comienzo de la epidemia: 8,5 millones**

**Personas infectadas por VIH en 1998:**

Total 5,8 millones  
Adultos 5,2 millones (3,1 hombres; 2,1 mujeres)  
Niños 590 mil

**Defunciones asociadas a VIH durante 1998:**

Total 2,5 millones  
Adultos 2,0 millones (1,1 hombres; 900 mil mujeres)  
Niños 500 mil

Según las últimas estimaciones, la infección por el VIH es mucho más frecuente en el mundo de lo que se creía; se calcula que actualmente se presentan 16,000 nuevos casos diarios. (ONUSIDA-OMS. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. Enero de 1999).

Se han establecido tres tipos de patrones de transmisión a nivel mundial:

Tipo I. Corresponde a los países occidentales, Australia y Nueva Zelanda (países industrializados). La transmisión se establece entre homosexuales y bisexuales para luego extenderse a los heterosexuales y el uso compartido de jeringas entre los usuarios de drogas. En esta zona la infección se extendió masivamente a finales de los años setenta.

Tipo II. Este patrón es característico de los países del Africa Subsahariana, América Latina y Caribe. La transmisión es principalmente por contacto entre homosexuales.

Tipo III. Corresponde a los países del Sudeste Asiático, Medio Oriente, Europa del Este y zonas rurales de América del Sur. La difusión del virus se presenta en la segunda mitad de la década de los ochenta porque la forma inicial de contagio se dio con personas que venían de otros países

Afecta fundamentalmente a grupos que intercambian múltiples parejas sexuales, prostitución masculina y femenina, relaciones homo y heterosexuales (Gómez Dantes, 1997).

Son particularmente preocupantes los datos estimados para los países del Africa subsahariana . En el llamado cinturón del SIDA (Republica Centroafricana, Sudán Meridional, Uganda, Kenia, Ruanda, Burundi, Tanzania, Zambia, Malavi, Zimbabwe y Botswana) donde vive solamente el 2% de la población mundial, se concentran aproximadamente la mitad mundial de los casos de SIDA y casi el 25% de la población urbana está infectada. Se aduce el origen africano de la enfermedad como la razón para explicar este fenómeno. Sin embargo hay varios argumentos que descartan esa posibilidad, por lo que sigue siendo una incógnita a pesar de las múltiples investigaciones que se han desarrollado en la zona (Caldwell y Caldwell, 1997).

El reverso de la moneda está en América del Norte donde la infección ha disminuido en años recientes y se está estabilizando esta tendencia año con año. También en los países de Europa Oriental se está presentando un fenómeno parecido. Sin embargo se calcula que más de 27 millones de personas no saben que están infectadas y más del 90% viven en países en vías de desarrollo. No cabe duda que la mayor incidencia de la infección tiene relación directa con la mayor o menor pobreza de cada país, comunidad o grupo social. Por otro lado, si bien es cierto que la infección tiende a disminuir entre la población adulta, los casos nuevos de infección en grupos de edad más jóvenes siguen sin reducirse o incluso aumentando. (ONUSIDA y OMS, 1996. Informe final. Estado y tendencias de la pandemia mundial del VIH/SIDA. Vancouver, Canadá, 5 y 6 de julio de 1996)

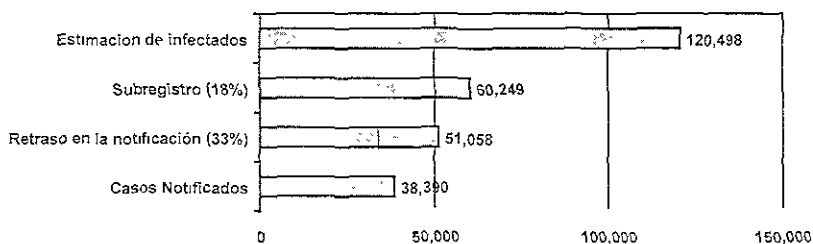
### **La epidemia en México**

Se pueden observar dos epidemias: una urbana, más avanzada, en sus comienzos predominantemente entre homosexuales (aunque la tendencia es al aumento de la vía heterosexual) y adictos a drogas y otra rural, que se transmite a través del contacto heterosexual. Otro aspecto importante en la propagación de la epidemia en el país lo constituyen los migrantes que van a trabajar

temporalmente a Estados Unidos, muchos de los cuales regresan infectados a sus lugares de origen (OPS/OMS, 1997. Informe trimestral, 10 de marzo).

En México, la epidemia también avanza muy rápidamente. La población con VIH registrada, pasó de 1,236 en 1988 a 35,119 en abril de 1998, y a 38,390 en enero de 2000, manteniéndose en el tercer lugar después de Estados Unidos y Brasil. Sin embargo, la estimación llega a 60,000 casos al corregir por subnotificación o retraso en la notificación; ahora bien, si se toman en cuenta los casos no detectados, fenómeno frecuente dado el período "silencioso" de la enfermedad, la cantidad puede ser superior a 120 mil personas infectadas, muchas de las cuales ni siquiera lo saben.

Gráfica N° 1  
**Estimación de infectados y casos de SIDA**  
 Datos al 1 de abril de 2000



Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA primer trimestre de 2000, SSA

De los 38,390 casos registrados, 33,006 corresponden a hombres y 5,379 a mujeres, es decir que la relación hombre mujer actualmente es de 6:1 lo que nos muestra que la proporción de mujeres infectadas se ha duplicado en diez años, puesto que en 1987 la relación era de 12:1.

El 65% de los casos corresponden a personas entre 20 y 39 años, y el 29.8 a jóvenes entre 20 y 29 años. La transmisión actual por vía sexual es del 90.5%. La infección por transmisión sanguínea es del 0.7% del total. A pesar de que ha aumentado el porcentaje de heterosexuales infectados (30.4%), la mayoría de los afectados tienen como característica la preferencia homosexual y bisexual (56.7%) ([www.ssa.gob.mx/conasida/estadis/2000/trim-2](http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadis/2000/trim-2)).

Podemos resumir afirmando, a partir de los datos estadísticos, que la situación actual de la epidemia en México afecta principalmente a hombres (homo o bisexuales), entre 20 y 39 años del sector urbano que han adquirido el padecimiento por vía sexual. Sin embargo, se presenta una tendencia significativa que involucra cada vez más mujeres y hombres heterosexuales.

### **1.3 El SIDA y los jóvenes.**

A partir de estos datos y tomando en cuenta que el período de incubación de la enfermedad es de 5 a 10 años podríamos concluir que un grupo muy importante de afectados contrajeron el SIDA en la adolescencia o en su juventud temprana. Además, no podemos pasar de largo que la población joven es la segunda más numerosa del país (la primera es de menores de 15 años). Según el último censo, el 65% de la población total de México tiene menos de 30 años, y los jóvenes entre 15 y 29 años constituyen el 30% de la población total (INEGI, 1995).

Este grupo de edad tiene mayor riesgo de contraer la infección por VIH, puesto que son individuos que se encuentran en plena etapa reproductiva, teniendo mayor capacidad y necesidad de relaciones sexuales más frecuentes, mismas que pueden ser prácticas sexuales de alto riesgo, si no se tiene un conocimiento amplio y claro sobre éstas (Alfaro, 1992). Por otra parte datos considerados por edad y estrato, señalan a los estudiantes dentro del estrato que a largo plazo se verá más afectado por el SIDA (Villagrán, 1993).

Las actitudes y conductas sexuales de los jóvenes resaltan como un asunto de interés primordial para la sociedad por sus implicaciones psicológicas y sociales. En México y en América Latina en general es de capital importancia el estudio de los patrones de comportamiento sexual y reproductivo entre los jóvenes universitarios, por las consecuencias de orden económico, social y de salud física y mental que esto conlleva (Díaz-Loving, Pick de Weiss y Andrade Palos, 1988).

#### **1.3.1. Patrón sexual de los jóvenes.**

Las prácticas sexuales que favorecen el contagio del SIDA están íntimamente relacionadas con el patrón sexual de cada individuo y dependen del

tipo de relación que establezcan (vaginal, oral, anal), el número de parejas sexuales (seriales o simultáneas), el uso de condón y la edad de su debut sexual, ya que, por ejemplo, mientras más relaciones anales, más parejas tenga y menos use el condón tendrá más riesgo de contraer SIDA.

En México los estudiantes inician su vida sexual a los 17 años en promedio, aunque los hombres lo hacen a una edad más temprana que las mujeres, (16 y 19 años respectivamente), así mismo tienen más parejas sexuales (una  $M=2$  para hombres y una  $M=1.4$  para las mujeres) y tienen relaciones sexuales con más frecuencia. En cuanto a la orientación sexual, en el mismo estudio realizado a 1566 estudiantes de la UNAM (Villagrán y Díaz Loving, 1992a) se señala que el 94% de los encuestados manifestaron preferencia heterosexual, 4% bisexual y 2% homosexual.

En general los adolescentes no usan anticonceptivos al iniciar sus relaciones sexuales; sino que su uso estará dado por la frecuencia de sus relaciones y por el tiempo transcurrido después de su debut sexual (Alfaro y Díaz-Loving, 1994). En un estudio realizado con estudiantes de la UNAM que tenían una edad promedio de 21 años se encontró que sólo la mitad habían tenido ya relaciones sexuales (47.14%) y que de éstos, el 75.79% nunca usaron condón, el 13.37% algunas veces y sólo el 10% siempre. Además se encontró que al 57.84% de la muestra total le preocupa mucho contagiarse de SIDA, sin embargo el 60.06% no había pensado en cambiar alguna de sus conductas para protegerse del mismo (Flores y Díaz-Loving, 1992). Estas cifras nos muestran claramente que la conducta sexual actual de los jóvenes tiene un alto grado de riesgo de infección con VIH.

.El hecho de que la principal vía de transmisión del SIDA sea a través de las relaciones sexuales y que éstas estén íntimamente relacionadas con actitudes, creencias, normas y situaciones emocionales, que se manifiestan en conductas de riesgo que implican una alta posibilidad de adquirir la enfermedad, hace indispensable la investigación de estas manifestaciones desde el punto de vista psicológico. Como hasta ahora no existe una cura para la enfermedad y el tratamiento es muy costoso, la estrategia más eficiente a seguir para evitar que la enfermedad continúe propagándose es enfocar esfuerzos a la prevención del SIDA. En ella las intervenciones destinadas a aumentar las conductas

protectoras y disminuir las riesgosas debería ocupar un papel preponderante. Las técnicas psicológicas pueden hacer valiosos aportes para la prevención y el tratamiento del SIDA. Las conductas de riesgo que favorecen la transmisión de esta enfermedad están asociadas a estilos de vida muy peculiares susceptibles de ser modificadas con estas técnicas (Preciado y Montesinos, 1992).

## CAPÍTULO 2

### **Factores psicosociales.**

En diversas investigaciones sobre los conocimientos, creencias y actitudes que la población tiene sobre el SIDA y el uso del condón, se ha encontrado que los sujetos tienen conocimientos y creencias erróneos y actitudes negativas que pueden llevar a realizar conductas de alto riesgo.

El SIDA es, primero y ante todo una enfermedad conductual, lo que en última instancia determinará si una persona está expuesta al virus del SIDA es su conducta (Fishbein, 1990). Existen varias conductas a seguir que pueden considerarse deseables para evitar el riesgo de adquirir el SIDA: la abstinencia, la monogamia, el sexo sin intercambio de fluidos corporales, y el uso del condón, principalmente. Todas ellas están dentro de la categoría conductual de prácticas sexuales seguras.

Sin embargo para la mayoría de la gente la abstinencia resulta una solución no satisfactoria e improbable para evitar el SIDA. (Fishbein, M., 1990) y a pesar de que los valores sociales están encaminados a la promoción de la abstinencia sexual prematrimonial, es evidente que esto no se cumple en la práctica y se confirma con el creciente índice de embarazos en adolescentes y la presencia de SIDA en personas jóvenes (Marchetti, Rodríguez, Rodríguez, 1996). En cuanto a la monogamia, en un estudio realizado con 600 jóvenes entre 14 y 25 años se encontró que los varones habían tenido 2.44 parejas sexuales en promedio (Alfaro Martínez, 1995) Por lo tanto nos interesa enfocarnos al uso del condón como método preventivo con posibilidades de ser aceptado socialmente, al mismo tiempo que garantiza una protección bastante confiable.

El Modelo de Acción Razonada es utilizado para predecir conductas saludables, si consideramos el uso del condón como una de ellas, se puede suponer que este modelo dará información acerca de los factores que influyen en la conducta de usar condón en diferentes tipos de poblaciones y por lo tanto las intervenciones y los programas de prevención ante el SIDA serán más exitosos. El modelo permite saber si la población a la que se está aplicando tiene la



intención de usar o decir a sus parejas que usen el condón, además de entender la relación existente entre las actitudes y las normas subjetivas con respecto a la intención conductual (Alfaro, 1995)

Enfocar los esfuerzos por cambiar estas conductas de riesgo, desterrando estigmas, prejuicios sociales, conocimientos y actitudes erróneas entre los jóvenes, a los que podemos considerar como la primera generación surgida ya en la era del SIDA y cuya sexualidad se ha forjado bajo la presión que ha impuesto esta terrible enfermedad, implica realizar un trabajo fundamental para detener esta epidemia y cuyos resultados se manifestarán a mediano plazo.

Dentro de los factores psicosociales que influyen de forma determinante en las conductas que de los individuos manifiestan hacia el SIDA están, entre otros: las creencias, las actitudes, las normas y premisas culturales así como la percepción y autopercepción de riesgo.

## **2.1 Creencias y conocimientos.**

### **2.1.1. Creencias.**

Pepitone (1991), nos dice que las creencias son conceptos normativos creados y fuertemente enraizados en grupos culturales por lo que es difícil cambiarlas por medio de estrategias planteadas tradicionalmente para el cambio de actitudes. Las creencias son conceptos acerca de la naturaleza; las causas de las cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida.

El mismo autor clasifica las creencias en los siguientes grupos:

**Creencias sobre lo natural-material.** Incluye aquellas creencias que se refieren a lo científico y sobre la historia y la sociedad. Dentro de éstas últimas, las teorías económicas y políticas

•**Creencias acerca de lo sobrenatural.** Incluye las creencias religiosas y seculares. Están muy relacionadas con la explicación y control de los eventos que suceden en la vida y el destino. También están relacionadas con el orden moral. Los eventos sobrenaturales como la reencarnación y la resurrección están presentes, así como el otorgarle poderes sobrenaturales a personas u objetos. Los creyentes tratan de controlar sus vidas a través de rezos, sacrificios y respeto a los tabúes y requisitos morales

Las creencias seculares incluyen como elementos al destino, la brujería, la suerte y la casualidad para explicar los acontecimientos cotidianos o extraordinarios

- **Creencias psicológicas.** Son aquellas en las que intervienen los procesos mentales. Involucran también fenómenos paranormales como la telepatía, la precognición, etc

- **Creencias morales.** son las creencias que están íntimamente relacionadas con valores morales como la bondad y la rectitud. Están ligadas también con la noción de justicia, englobando varios aspectos: la equidad social, la distribución de los recursos, el sufrimiento de los demás, etc. Los conceptos de castigo y recompensa subyacen en este grupo de creencias.

Fishbein y Ajzen afirman que mientras las actitudes se refieren a una evaluación favorable o desfavorable de la persona hacia un objeto, las creencias representan solamente la información que esta persona tiene acerca del objeto. Específicamente, una creencia une al objeto con algún atributo. Si uno tiene una actitud positiva o negativa hacia algo, depende de cómo las creencias relevantes son evaluadas y de la fuerza con la cual son sostenidas

Los mismos autores clasifican las creencias en tres tipos:

- **Creencias descriptivas**, que se refieren a la simple percepción que un individuo hace de un objeto a través de los sentidos.

- **Creencias Inferenciales**, donde se hacen deducciones sobre el objeto, yendo más allá de la simple observación.

- **Creencias Informacionales**, que no parten de la experiencia directa, sino de datos recabados en fuentes externas.

Coincidiendo con Fishbein, Perman y Cozby (1988), consideran a las creencias como aquello que asocia algún atributo o característica con un objeto. Igual como sucede con las actitudes, existen creencias sobre todo aquello que nos rodea (gente grupos, objetos, problemas, etc ) y los atributos con los que los vinculamos son casi ilimitados (cualidades, características, sensaciones, otros objetos, etc.) En consecuencia se puede considerar que la creencia es un factor eminentemente subjetivo (lo que la diferencia del conocimiento) ya que es la estimación que cada quien hace de la probabilidad de que un objeto posea determinado atributo. Así pues, un individuo puede tener miles de creencias ante

centenares de actitudes (Perlman y Crosby, 1988)

Desde el punto de vista conductista cualquier creencia sobre un objeto puede ser definida en términos de la probabilidad o improbabilidad de que una relación particular exista entre el objeto y cualquier otro objeto, valor, concepto o meta. Si consideramos al objeto como un "estímulo" y al concepto relacionado como una "respuesta", la creencia surgida puede ser considerada como una asociación estímulo-respuesta. (Fishbein, M., 1967)

Si se tiene una actitud positiva o negativa hacia algo, dependerá de si las creencias relevantes son evaluadas positiva o negativamente, y también de la fuerza con que son sostenidas estas creencias. Perlman creó una escala que va de 0 a 1 para medir niveles en las creencias, en la cual una creencia de mediana intensidad se referiría como una fuerza de creencia de 0.5 dentro de dicha escala.

Naturalmente, las creencias, aún refiriéndose al mismo objeto o situación, variarán de persona a persona y de grupo a grupo, de acuerdo a las experiencias personales y de acuerdo a las creencias sociales "heredadas"; mientras para alguna persona o grupo la utilización de un objeto como el condón resulta no sólo normal, sino incluso agradable, para otros puede parecer aberrante. En consecuencia las creencias provienen de dos fuentes:

- 1) La experiencia personal directa de donde proviene la mayor parte de nuestro conocimiento obtenido por experiencia personal y que puede ser más confiable que la información obtenida por otras personas, y

- 2) La influencia de otras personas o instituciones. Dado que la experiencia personal es limitada pues no podemos experimentar personalmente sobre todas las cosas, buena parte de nuestras creencias están basadas en la información que obtenemos de terceros. Por supuesto que las influencias más importantes provienen de nuestros padres, seguida por la de los maestros, amigos, medios de comunicación, etc (Perlman, 1988).

Sobre esto mismo Perlman (1988) coincidiendo con Fishbein, considera que las creencias sí son susceptibles de ser cambiadas y que eso influirá de manera determinante en las actitudes: para que cambien las actitudes de una persona hacia un objeto o situación es necesario que primero cambien las creencias ya existentes.

### 2.1.2 Conocimientos

Hay que diferenciar las creencias de los conocimientos. Si bien al igual que las creencias, el conocimiento es un proceso psíquico que acontece en la mente del hombre y es también un producto colectivo, social, que comparten muchos individuos, para Peptone (1991) las creencias son más subjetivas y no están sustentadas en una base científica, mientras que los conocimientos se refieren a la información organizada que tienen los sujetos sobre algún tema o conjunto de temas, es decir, es una información más objetiva.

En el proceso del conocimiento intervienen desde la sensación hasta la inferencia. Casi todos los estudios sobre el conocimiento coinciden en que éste se refiere a un hecho o situación expresados por una proposición que generalmente llamamos "saber". Por lo mismo, tener conocimiento sobre algo implica, lógicamente, creer en ello; no se puede saber sin tener al mismo tiempo algo por verdadero. Afirmar saber algo sin creerlo sería contradictorio. Pero no es contradictorio creer en algo sin saberlo a ciencia cierta; de hecho todos creemos muchas cosas sin que podamos asegurar que lo sabemos. (Villoro, 1991).

Ya hemos dicho que la creencia puede ser muy subjetiva, lo que le falta para convertirse en "saber" es que la creencia corresponda a la realidad. Por lo que el conocimiento es una creencia verdadera. En muchos casos las creencias corresponden a la realidad, pero si la persona que cree no tiene fundamentos que justifiquen su creencia, no puede decirse que esa persona "sabe". Para poder hablar de conocimientos debe haber una creencia verdadera y justificada. Los conocimientos científicos, es decir aquellos que han sido sometidos a la experimentación y comprobación son creencias verdaderas. Todos los grandes conocimientos comenzaron como meras creencias de algún buen pensador u observador, Copérnico, Colón, Servet, etc., tuvieron que demostrar (no siempre con éxito) que sus creencias eran realmente conocimiento.

Así pues ante la cantidad de creencias erróneas acerca del SIDA, influidas por los prejuicios y la ignorancia, las organizaciones de salud de todo el mundo han desplegado campañas de información con el fin de hacer llegar al mayor número de personas los conocimientos correctos acerca de esta enfermedad y sus terribles consecuencias. Sería lógico pensar que un mayor grado de

conocimientos acerca de las formas de transmisión y protección del SIDA, llevaría a los sujetos a poner en práctica conductas preventivas. Sin embargo algunos grupos y sujetos, a pesar de tener conocimientos suficientes, persisten en la realización de conductas riesgosas (Villagrán, 1993).

Tal parece que la obtención de información es una condición necesaria pero no suficiente para la adopción de comportamientos preventivos. El problema del abandono de los comportamientos de riesgo y adopción de los preventivos no es meramente un problema de información. Aunque la adquisición de ésta es fundamental y es sin lugar a dudas el primer paso para cualquier programa preventivo, por sí misma, no produce cambios en la conducta ya que el comportamiento humano no sigue reglas lógicas (Bayés, 1989).

### **2.1.3 Creencias y conocimientos sobre el SIDA en estudiantes.**

En un estudio sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en 278 estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México se encontró que los estudiantes daban una connotación moral al padecimiento considerándolo como un castigo colectivo resultado de la pérdida de valores y un castigo individual por la irresponsabilidad de quienes lo contraían. Respecto a los conocimientos, aún los más informados, tenían creencias erróneas sobre las vías de contagio considerándolo posible en las albercas públicas, en el contacto diario en la escuela, trabajo o el hogar e incluso por piquetes de mosco. Algunos estudiantes mencionaban que una forma de evitar el contagio era la de tener relaciones sexuales con "cuidado", otros no se sentían con riesgo de infectarse a pesar de haber tenido relaciones sexuales con varias parejas por el hecho de tenerlas de forma serial (Ramos, Díaz-Loving, Saldívar y Martínez, 1992).

Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda (1989), encontraron en estudiantes universitarios mexicanos que el 41% consideraba el SIDA como un tipo de cáncer o bien como una enfermedad de homosexuales; Sepúlveda Amor (1989) también encontró que un 60% de los entrevistados consideraban el SIDA como un padecimiento exclusivo de los homosexuales. En el estudio que realizaron Villagrán y Díaz-Loving (1992) se detectó que aunque la mayor parte

de los estudiantes tiene información sobre lo que es el SIDA, más de un cuarto de la población estudiada ignoraba la fase asintomática del padecimiento y en consecuencia, la posibilidad de contraer la enfermedad al relacionarse sexualmente con alguien aparentemente sano.

En el estudio de Alfaro, Rivera y Díaz-Loving (1992), se encontró que el nivel de conocimientos sobre sexualidad de los adolescentes encuestados fue malo, y mencionan que los estudiantes de preparatoria no poseen los conocimientos que la Secretaría de Educación Pública establece en el área de educación sexual.

Es decir, que aún en el medio universitario donde los jóvenes tienen mayor posibilidad de obtener información que en otras capas sociales y donde los prejuicios deberían tener menor influencia, se presentan creencias y conocimientos erróneos que, sin lugar a dudas, influyen en la realización de conductas sexuales que ponen en peligro la salud de esos estudiantes. Influir en esas creencias desechando ideas erróneas y prejuicios e impulsar la propagación de conocimientos sobre el SIDA y sus vías de transmisión debe ser una tarea primordial si queremos cambios reales en las actitudes y conductas hacia esa enfermedad.

## **2.2. Actitudes**

Allport sitúa los antecedentes de los estudios de las actitudes en tres etapas: La primera se remonta a finales del siglo XIX en la escuela de Wurzburg donde Kurpe y sus colaboradores realizaron estudios experimentales acerca del tiempo de reacción, de la percepción, de la memoria, del juicio y de la volición empleando ciertos conceptos precursores de la actitud, tales como. disposición muscular, actitud de tarea, "Anfgabe" y "Einstlung" con los que designaban variedades de reacción psicomotora

En la segunda etapa ubica al psicoanálisis que puso de relieve los fundamentos dinámicos e inconscientes de las actitudes, y en tercer lugar menciona los estudios sociológicos en donde el término actitud vino a representar la parte psicológica de la influencia social y cultural (Allport, 1967; Rokeach, 1974).

El sociólogo belga A. Waxweller desarrolló sus estudios sobre aptitudes sociales utilizando conceptos sumamente parecidos a los que actualmente utilizamos para referirnos a las actitudes; se refería a ellas como disposiciones psíquicas o percepciones nacidas de impresiones interindividuales...toda reacción individual que no se exterioriza, ya sea una reacción real o que permanezca almacenada en el cerebro en forma de representación. Es decir que sólo es observable a través de la conducta (Young, 1967).

Thomas y Znaniecki desarrollaron en 1918 un estudio sobre un aldeano polaco en Europa y E. U., considerado como el primer estudio donde se propuso que el análisis de las actitudes sociales debería constituir la tarea central de la psicología social (Rokeach, 1974). En 1925, Farris propone refinamientos adicionales, distinguiendo entre actitudes concisas y no concisas, mentales y motoras, individuales y de grupo, latentes y pasivas. Park en 1930 sugiere cuatro criterios para las actitudes:

1. Tienen actitudes definitivas hacia los objetos y por esto difieren de los reflejos simples o condicionados.
2. No difieren completamente de las conductas automáticas o rutinarias, pero dejan salir algunas tensiones latentes.
3. Varían en intensidad. A veces son predominantes y otras relativamente ineficaces.
4. Están arraigadas en la experiencia, por lo que no son simplemente un instinto social (Allport, 1967)

Los estudiosos de la psicología social han desarrollado muchas definiciones para explicar de manera concisa lo que es la actitud:

Para Rokeach (1974) una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada.

Para Asch las actitudes son disposiciones particularmente duraderas formadas por experiencias pasadas (en Rokeach, 1974)). Allport (1967) nos ofrece varias definiciones, entre ellas es un estado mental y neuronal de disposición organizado por medio de la experiencia que ejerce una directiva o

influencia dinámica sobre la respuesta individual hacia todo objeto y situación con que se relaciona

Cook y Sellitz nos dicen que hay que considerar las actitudes como una disposición fundamental que interviene junto con otras influencias en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos los cuales incluyen acciones de aproximación- evitación con respecto a él (en Summers, 1976).

Y Katz y Stotland (en Villagrán, 1993), afirman que: actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo. Es una predisposición a responder a un objeto y no la conducta efectiva hacia él.

En cierta forma, estos autores resumen varias concepciones al sugerir que las actitudes tienen tres componentes: a) cognoscitivo, b) afectivo y c) tendencia a la acción.

- a) El componente cognoscitivo incluye las creencias que se tienen acerca del objeto. Para cada persona el número de componentes es diferente. Las creencias evaluativas acerca de las cualidades, deseables o indeseables, aceptables o inaceptables, buenas o malas, son muy importantes para la actitud como concepto de disposición. Dentro de este componente tiene una gran importancia el orden normativo de la sociedad.
- b) Dentro del componente afectivo se encuentran las emociones y sentimientos ligados al objeto de la actitud, como pueden ser el amor-odio, admiración-desprecio, gusto-disgusto
- c) La tendencia a la acción es la disposición conductual del sujeto a responder al objeto.

En toda actitud existe un lazo entre los componentes cognoscitivo y afectivo con la tendencia a la acción. En algunas ocasiones las creencias podrán tener más importancia que los sentimientos o a la inversa (Summers, 1976)

Cook y Sellitz (op. cit.) anotan cuatro características de las actitudes:

1. Una actitud es una predisposición de responder a un objeto y no la conducta efectiva hacia él.
2. Una actitud es persistente, aunque susceptible de cambio. La alteración de



las actitudes requiere de una fuerte presión. Consecuentemente, la persistencia de las actitudes contribuye notablemente a la consistencia de la conducta.

3. La actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales y viene acompañada de expresiones de sentimiento hacia el objeto ya sea de aproximación o de alejamiento del mismo.
4. La actitud tiene una cualidad direccional. Posee una cualidad motivacional. . connota preferencias con respecto a resultados que implican al objeto más que a evaluaciones del mismo o a impresiones positivas, neutrales o negativas provocadas por aquel. El afecto es una dimensión importante de la actitud.

Lo que se requiere como bases de interferencia con respecto a la actitud son muestras de conducta que revelen las creencias, los sentimientos y las tendencias a la acción (Summers, 1976).

Aunque Allport sugiere que puede existir una base hereditaria en las actitudes, la mayoría de los autores están de acuerdo que la influencia social es determinante. Asch (en Rokeach, 1974) afirma que las actitudes son disposiciones particularmente duraderas formadas por experiencias pasadas. La socialización puede considerarse como el proceso mediante el cual los individuos adquieren mediante relaciones interpersonales las contingencias de los diferentes roles sociales, los valores y las actitudes de la sociedad. Este proceso sigue durante la vida adulta.

Para Freud la adquisición tanto de valores como de las actitudes forma parte integrante del desarrollo del superyo dentro de la personalidad del niño a través del proceso de identificación, dándose éste inicialmente con los padres. A través del proceso de socialización del individuo van afirmándose, transformándose o cambiando por la influencia de otros individuos con los que se identifica, ya sean amigos, maestros, líderes, etc.

Fishbein nos habla de que la actitud de un individuo hacia cualquier objeto está en función de la fuerza de sus creencias, por un lado y el aspecto evaluatorio de las mismas, por el otro; lógicamente, las actitudes pueden cambiar cuando las creencias cambien, o el aspecto evaluatorio de las mismas lo haga

Las creencias pueden cambiar de dos modos:

- a) Con la aparición de nuevos conceptos que se relacionan con el objeto/estímulo, creando nuevas asociaciones estímulo-respuesta y en consecuencia generando nuevas creencias.
- b) Al cambiar la posición de las creencias dentro de la "jerarquía familiar de hábitos" debido a refuerzos positivos o negativos.

Así pues, la cantidad y dirección de un cambio de actitud estará en función de:

- a) La actitud inicial y la fuerza y aspectos evaluatorios de sus creencias más sobresalientes, y
- b) El número, fuerza y aspectos evaluatorios de las nuevas creencias adquiridas.

En consecuencia, la actitud individual hacia un objeto o concepto cambiará solamente si se aprende algo nuevo sobre él, es decir, si se forma una nueva asociación estímulo-respuesta. Cada vez que un individuo aprende una nueva creencia que asocia al objeto con un concepto positivamente evaluado, su actitud cambiará en una dirección positiva y viceversa. Un cambio de actitud, así como una actitud per se, es vista en función de la cantidad total de afecto asociada con las creencias individuales sobre un objeto. (Fishbein, 1967).

De acuerdo a todo lo anterior, debemos tener presente, que la actitud ante el problema del SIDA en general, y hacia las conductas de prevención en particular, serán muy diferentes de persona a persona y de grupo a grupo dependiendo de los componentes cognoscitivos y afectivos y a la influencia social que estén actuando en la disposición del sujeto para actuar de determinada manera frente a cierta situación u objeto.

### **2.2.1. Actitud de los estudiantes hacia el condón**

En un estudio realizado con estudiantes para detectar sus actitudes hacia el condón, se encontró que mostraron actitudes positivas hacia su uso aunque lo encuentran más útil como anticonceptivo que para prevenir ETS (enfermedades de transmisión sexual), sin embargo un alto porcentaje lo considera poco placentero, caro y que usarlo inhibe la erección. En los estudiantes con vida

sexual hay una inclinación al riesgo ya que establecen relaciones ocasionales sin la protección que podría darles el condón (Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho, 1990; Villagrán, 1992).

En otros estudios se ha encontrado que se percibe el condón como inhibidor del placer sexual y físico, que tiene dificultades e inconvenientes relacionados con su uso y situaciones embarazosas como su compra, por ejemplo: Díaz-Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos (1994) anotan que tanto los adolescentes como los adultos tienden a usar el condón en forma irregular tanto con sus parejas habituales, como con desconocidos. Aunado a esto la mayoría tiende a usarlo como un anticonceptivo y no como un preventivo ante el contagio del SIDA.

Aunque a través de las campañas masivas se han generado actitudes positivas hacia el uso del condón, se sabe que para usar el condón no sólo es necesario conocer las ventajas de usarlo, sino que esto implica una serie de variables, como características de personalidad, el tipo de relación con la pareja, actitudes y creencias hacia el condón, etc. (Villagrán, 1993).

Los resultados del estudio practicado por Villagrán y Díaz-Loving (1992a y 1992b) entre estudiantes universitarios, señalan que la frecuencia de uso de condón con la pareja sexual regular aumentará: cuando la pareja lo pida, cuando consideren que su uso hace las relaciones más placenteras, mientras más tardía sea la edad del debut sexual, cuando consideren que su costo no es muy alto, cuando crean que no va en contra de su religión y cuando los sujetos que lo vayan a usar sean hombres.

Por supuesto que hay jóvenes que muestran una actitud favorable hacia el uso del condón, sobre todo aquellos que ya se han iniciado sexualmente (Townsen, J., Mondragón M; Izazola, A y Valdespino, 1989 y Alfaro, B; Rivera, S y Díaz Loving, R., 1991), el reto es conseguir que cada vez haya más personas que muestren actitudes favorables a su uso. Martin Fishbein (1990) sostiene que creencias y actitudes positivas hacia el condón predicen la frecuencia de su uso, conseguir reforzar las actitudes positivas y eliminar las negativas, tomando en cuenta todos los factores que esto involucra es una tarea sumamente importante para prevenir la propagación del SIDA.

### 2.3. Percepción y autopercepción de riesgo

La percepción es un proceso cognoscitivo fundamental para la adquisición de conocimientos, dentro del cual se incluyen el aprendizaje y el pensamiento. De la gran variedad de estímulos a los que estamos expuestos, cada individuo percibe sólo algunos, existiendo así una selectividad perceptiva. Así pues, a nivel social, podemos exaltar los aspectos negativos de las personas por las que sentimos aversión y disminuirlos en aquellas por las que sentimos simpatía. También nuestras experiencias pasadas facilitan e influyen en la percepción de estímulos, por lo que el aprendizaje también afecta el proceso perceptivo, además de que existen otros factores que influyen como los estados fisiológicos, factores de la personalidad y factores socio-culturales (Alfaro, 1995).

Cuando en este trabajo hablamos de percepción de riesgo nos estamos refiriendo a la evaluación que hacen los sujetos sobre las posibilidades de desarrollar SIDA tanto ellos mismos como diferentes grupos sociales (López, Villagrán, Díaz-Loving, 1995)

El SIDA participa en un estilo de razonamiento en que las personas, por lo general, infravaloran subjetivamente el riesgo que conllevan sus conductas objetivas. Se ha comprobado que no hay relación entre el riesgo real y la percepción subjetiva (Kronblit, 1997). Este tipo de pensamiento es sumamente peligroso, ya que quien no se considera en peligro nunca tendrá la intención de cambiar las conductas de riesgo pues tampoco las asociará con ese peligro.

La relación entre percepción de riesgo y la adopción de conductas preventivas no es lineal, esta falta de asociación se ha explicado por la tendencia de las personas a percibirse superiores a sus semejantes en cuanto a atributos deseables socialmente, lo que se ha dado en llamar: la sensación de ser *primus inter pares*. (Kronblit, 1997).

Bayés (1989) señala que las razones por las cuales los individuos insisten en realizar determinadas conductas sexuales riesgosas, a pesar de tener conocimientos sobre los peligros que conllevan se debe a.

- a) El placer que se produce en forma inmediata, las consecuencias nocivas

aparecen a largo plazo,

- b) No existe una cadena de hechos que vincule en forma definida el momento de la infección con una sintomatología y las consecuencias nocivas que se pueden derivar de un comportamiento riesgoso son sólo probables, desconociéndose muchos factores específicos que incrementan o disminuyen el riesgo de que un episodio concreto produzca el contagio.

La relación entre conductas de prevención y de riesgo en el área de contagio del VIH por vía sexual y las variables psicológicas es compleja e interactuante; involucra, como ya hemos visto, una amplia gama de factores psicosociales que influyen de manera determinante en la percepción y autopercepción de riesgo. (Díaz-Loving, 1994).

Como ya hemos anotado, los individuos seguirán practicando un comportamiento riesgoso, a pesar de estar informados sobre el peligro, por lo que es importante conocer cómo las personas perciben el riesgo de contagiarse de VIH ya que a partir de ello podrán implementarse campañas de prevención más efectivas (Vizconde, L. P., 1997).

Al respecto Cleary (en Gómez Dantes, 1997) nos dice que individuos con prácticas de riesgo no se identifican a sí mismos en riesgo a pesar de la información y el conocimiento adecuado, lo que indica lo difícil que es actuar en esta esfera del comportamiento. Por su parte, Villagrán (1993) anota que los adolescentes no se sienten preocupados por la posibilidad de contraer la enfermedad aún después de describir su pasada conducta sexual y a pesar de que los grupos estudiados manejaban información suficiente, seguían emitiendo conductas que los exponían al riesgo del contagio de VIH.

La relación entre conductas de prevención y de riesgo en el área de contagio de VIH por vía sexual y las variables psicológicas implicadas es compleja e interactuante; involucra conocimientos, creencias, actitudes, normas y premisas culturales, formas de procesamiento de información y toma de decisiones, características de la personalidad y valores de vida. por lo que al tratar de influir para que la población pueda valorar correctamente los riesgos que corre al realizar ciertas conductas debe tomar en cuenta cuáles son los factores determinantes que están influyendo en cada grupo o individuo en particular (Díaz Loving, 1998).

### **2.3.1. Los estudiantes y la percepción de riesgo**

En un estudio realizado por Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagrán (1995) en la cual se manejaron dos categorías: A) Autopercepción de riesgo y B) Percepción del riesgo de otros, encontrándose que tanto adolescentes como adultos no se perciben a sí mismos con riesgo de contraer el virus del SIDA por no pertenecer a uno de los grupos que típicamente han sido considerados riesgosos (homosexuales, bisexuales, prostitutas, personas promiscuas, drogadictos, etc.). Particularmente los adolescentes señalan a las personas sucias, desnutridas y con pocas defensas como las más propensas a adquirir la enfermedad. Por lo que los sujetos al no considerarse dentro de esos grupos se consideran absolutamente fuera de riesgo de contagio. Así mismo, en un estudio con estudiantes universitarios, se encontró que el 40% considera el SIDA como una enfermedad de homosexuales y el 93% piensa que son las prostitutas y los homosexuales quienes tienen riesgo de infectarse. (Sepúlveda, 1989) También Díaz-Loving y Rivera (1992); Gómez Vergara, M<sup>a</sup> E. y Muñoz Sánchez, M<sup>a</sup> T.. (1993); López Muñoz, Villagrán, Díaz-Loving (1995); Alfaro, Rivera, Díaz-Loving (1991) y Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho (1990), encontraron, con ligeras variantes, que los estudiantes no se perciben en riesgo.

Villagrán, 1993, nos dice que los estudiantes de la universidad sí realizan estimaciones del riesgo de contagio del SIDA, pero su autopercepción es tan baja que parecería que no tienen información o que ésta es errónea para estimar adecuadamente, lo cual no es totalmente cierto, por lo que parecería que se encuentran involucradas en la autopercepción de riesgo otros factores como podrían ser los emocionales, atribuciones egocéntricas o mecanismos de defensa que impedirían una estimación adecuada.

Ante estos resultados queda claro que los programas que se realicen en este medio para prevenir la proliferación del SIDA deben tomar en cuenta el aspecto de la autopercepción de riesgo para poder evitar que se sigan realizando conductas de riesgo.

### **2.4. Conducta**

En las definiciones de actitud la mayoría de los autores coinciden en

que las actitudes son una predisposición a actuar y no la acción en sí misma, es decir, la conducta.

Así pues, en cuanto a la distinción entre actitud y conducta, Cohen (en Reich y Adcock, 1980) nos dice: que las actitudes son vistas como precursoras de la conducta, son determinantes de las conductas que el individuo exhibirá en las circunstancias rutinarias de su vida "

Por su parte Fishbein (en Villagrán 1993), define la conducta como una función de las actitudes individuales y sociales, de los valores y las creencias. Se desarrollan como parte del complejo proceso de socialización y son extremadamente resistentes al cambio.

Frente al problema del SIDA no podemos hablar de grupos de riesgo, sino de conductas de riesgo, el SIDA es primero y ante todo una enfermedad conductual. Lo que en última instancia determinará si una persona está expuesta o no al virus del SIDA es su conducta y no el grupo al que pertenezca (Fishbein, 1990).

¿Cómo podemos cambiar las conductas de riesgo, por otras más seguras? Martín Fishbein e Iczek Ajzen de la Universidad de Illinois, han desarrollado la Teoría de la Acción Razonada partiendo del supuesto de que los humanos, como animales racionales que son, procesan la información disponible o la utilizan sistemáticamente, por lo tanto pueden actuar racionalmente (Fishbein, 1988).

## **2.5.- Teoría de la Acción Razonada**

Fishbein crea esta teoría en 1967 como resultado de las investigaciones iniciadas en 1950 ante la preocupación por poder predecir la conducta del ser humano a través de sus actitudes. ya que las escalas para medir las actitudes no habían tenido éxito, lo que quedaba comprobado cuando los sujetos aseguraban tener cierta actitud hacia algo y realizaban una conducta diferente. La teoría durante todos estos años ha sido refinada, desarrollada y probada resultando una teoría general del comportamiento humano interesada en proporcionar un marco teórico y una metodología para identificar las determinantes de una conducta dada en una población específica. Su fin es comprender y predecir la conducta individual.

La teoría parte del supuesto de que la conducta humana es resultado, en primer lugar, del razonamiento y del uso de la información disponible, y no, como puede haberse llegado a pensar, de motivaciones inconscientes, deseos incontenibles, caprichos o irreflexión. Antes bien, Fishbein y Ajzen afirman que las personas, antes de comprometerse a realizar o no determinada conducta, considera las implicaciones que sus actos puedan provocar, de ahí el nombre de Teoría de la Acción Razonada (Ajzen, I. y Fishbein, M., 1980).

En ella se postula que para cambiar (o mantener) una conducta determinada en una población dada, se deben entender en primer lugar las determinantes de esa conducta en esa población. Entre más se conozca acerca de los factores que influyen en la propia decisión de llevar a cabo una conducta, mayor es la posibilidad de que se puedan desarrollar intervenciones exitosas para influir en esa conducta, esta información puede asimismo ser usada para desarrollar intervenciones educativas (Fishbein, 1990).

Esta teoría señala un pequeño número de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conceptual. Fundamentalmente, la teoría trabaja con las relaciones que se dan entre las creencias, las actitudes, las normas subjetivas, las intenciones y la conducta (Díaz-Loving et al, 1994).

Entonces, el primer paso será identificar la conducta de interés. Una vez que ésta está perfectamente definida es posible preguntarnos qué elementos influyen o determinan esa conducta, en nuestro caso la conducta que queremos estudiar es el uso y petición de uso del condón.

Al partir del supuesto de que la conducta humana es resultado de una acción razonada, queda implícito que la mayoría de las acciones de relevancia social que asumimos están bajo un control "volitivo" o voluntario y en consecuencia la teoría asume que detrás de cada acción existe una intención previa de desarrollar esa conducta, es decir, las intenciones que las personas tienen para hacer o dejar de hacer algo serán las determinantes de acción. Partiendo de esto, la teoría considera que estas conductas no son realmente difíciles de predecir, y lo único que tenemos que hacer es investigar si existe o no intención de efectuar cierta conducta (Ajzen y Fishbein, 1980).



Regresando a nuestro ejemplo, sólo tendremos que preguntarle a nuestro sujeto si tiene o no intención de usar o pedir el uso del condón para predecir si lo va a usar o no. Hasta ahí hay una perfecta correspondencia entre la conducta y la intención., pues es términos generales, excepto imprevistos, una persona actuará en concordancia con sus intenciones. (op. cit). En resumen, una conducta determinada está en función de la intención que tiene el sujeto de realizarla. Así que para modificar esa conducta debemos remitirnos hasta la intención que le subyace. Las conductas son una función de las intenciones conductuales, es decir, una vez que la conducta ha sido identificada se asume que el mejor predictor es la intención correspondiente. (Díaz-Loving et al, 1994).

Sin embargo el saber que las intenciones prevén la conducta no da mucha información acerca de las razones que tiene la persona para desarrollar dicha conducta y tomando en cuenta que la intención de la teoría es comprender la conducta humana y no simplemente predecirla, el segundo paso del análisis requiere que identifiquemos las determinantes de las intenciones. (Fishbein,1988)

Siempre de acuerdo con Fishbein y Ajzen, las intenciones de una persona están en función de dos determinantes básicas, una de naturaleza personal y otra que proviene de la influencia social. El factor personal es la evaluación positiva o negativa que el individuo haga de las consecuencias de la ejecución de una conducta, este factor es llamado *actitud hacia la conducta*, y son todos los juicios que hace la persona acerca de si una conducta es buena o mala, determinando la actitud favorable o desfavorable hacia esa conducta determinada.

El segundo determinante de la intención es la percepción personal de las presiones sociales acerca de lo bueno o lo malo que es realizar determinada conducta, a este factor se le llama *norma subjetiva*. Entonces, en base a esto, podemos afirmar que las personas tendrán intenciones de realizar determinada conducta cuando ellas mismas la evalúen como positiva y también cuando crean que otras personas, importantes para ella, piensen que es bueno que la lleve a cabo (op.cit.).

Sin embargo puede suceder que una persona tenga actitudes positivas

hacia cierta conducta pero que ésta última sea reprobada por las presiones sociales. Para definir cuál será la intención de la persona necesitamos conocer los pesos relativos de las actitudes y de la norma subjetiva que determinarán la intención. La teoría asegura que de la relativa importancia de cada uno de estos factores influirá en buena medida sobre la intención de desarrollar la conducta investigada (op.cit.).

Para algunas personas las actitudes pueden ser más importantes que las consideraciones normativas, pero en otros casos esta última será la que tenga mayor peso. Frecuentemente ambos factores son determinantes importantes de la intención, y en términos generales los pesos relativos de ambos varían mucho de persona a persona. Es, entonces, fundamental para la teoría la asignación de los pesos relativos de los dos determinantes de la intención y tratar de explicar porqué la gente tiene ciertas actitudes y normas subjetivas (op cit.).

Según la Teoría de la Acción Razonada las actitudes están en función de las creencias. Hablando en términos generales, una persona que cree que desarrollando cierta conducta recibirá los más positivos resultados tendrá lógicamente una actitud positiva hacia esa conducta. En cambio, quien piense que el resultado será negativo, mostrará una actitud también negativa. Las creencias que subyacen a las actitudes que llevan a una conducta son llamadas *creencias conductuales* (op. cit.).

Las normas subjetivas también están en función de las creencias, pero de una clase de creencias distintas, a saber, son las creencias que tiene el sujeto sobre lo que individuos o grupos específicos piensan acerca de si él debe o no realizar cierta conducta y la motivación de complacer a esos referentes específicos. Estas creencias subyacen a la norma subjetiva y son llamadas *creencias normativas*. (Fishbein, 1990)

De acuerdo a este planteamiento, para aplicar la Teoría de la Acción Razonada se debe:

- 1) Identificar las conductas de interés que pretendemos cambiar o reafirmar y que no debemos confundir con una categoría conductual! En el presente estudio la conducta a estudiar será: el uso y la petición de uso del condón. La categoría conductual correspondiente puede ser evitar el contagio del SIDA que

engloba varias posibles conductas. Esta identificación debe tener en cuenta 4 elementos: acción, objeto, contexto y tiempo.

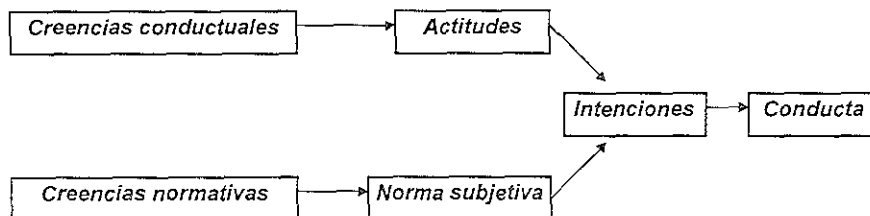
Cualquier conducta implica una acción, en este caso comprar, pedir a la pareja que lo use, etc. el condón, que sería el objeto, para utilizarlo con la pareja regular o con alguien desconocido, lo que implica un cambio de contexto.

2) Predecir la conducta a través de las intenciones. Para esto es importante saber por qué la gente pretende alcanzar ciertas metas o realizar cierta conducta.

3) Predecir la conducta a través de las actitudes y las normas subjetivas como determinantes de la intención.

4) Identificar y examinar las creencias conductuales y evaluaciones que subyacen a la actitud, así como las creencias normativas y motivacionales para encontrar cuáles determinan la norma subjetiva (op.cit.).

El siguiente esquema presenta de una forma gráfica los principales factores que intervienen en la teoría y la relación existente entre ellos:



Este análisis de la conducta no hace referencia a otros muchos factores que influyen en las actitudes como serían las características de la personalidad como el autoritarismo, la introversión-extraversión, la necesidad de realización; variables demográficas que incluyen sexo, edad, clase social, raza; y otros factores como rol social, status, socialización e inteligencia. Es evidente que dichos factores influyen de alguna manera en las actitudes, pero aunque la Teoría de la Acción Razonada reconozca su importancia no constituyen una parte integral de ella y serán consideradas como variables externas.

Desde el punto de vista de Fishbein y Ajzen, estas variables externas

pueden influir en las creencias teniendo una importancia relativa sobre las consideraciones actitudinales y normativas, sin embargo, el punto está en que realmente no existe necesariamente una relación entre esas variables y la conducta, ésta se puede dar sin ellas, mientras que no será así al tratarse de las estudiadas por la teoría, que estarán presentes siempre en cualquier conducta.

Algunas de estas variables externas pueden sostener en determinadas ocasiones una relación con la conducta investigada y otras no y eventualmente cuando esta relación es descubierta puede cambiar con el tiempo y de una población a otra; este tipo de variables pueden tener efecto real sobre la conducta sólo cuando su influencia alcance a los determinantes de la conducta presentados en el esquema anterior. Otra de las mayores desventajas de trabajar con estas variables para explicar la conducta es la enorme cantidad de variables diferentes que pueden influir en diferentes conductas.

Sin embargo, independientemente de que una variable externa puede afectar a las determinantes de la conducta, ésta tiene una conexión muy pequeña con la validez de la teoría; es decir, aunque el estudio de los efectos de las variables externas sobre la conducta pueden mejorar nuestra comprensión sobre un fenómeno conductual específico, la validez de la teoría no depende fundamentalmente de los efectos de estas variables, sino de las relaciones dadas entre conducta-intención-actitud -norma subjetiva-creencias.

## CAPITULO 3

### METODOLOGÍA

#### 3.1 Justificación

El SIDA es una enfermedad que ha conmocionado como pocas a la sociedad en su conjunto. Por su principal forma de transmisión es asociada al sexo, tema tabú aún en las sociedades desarrolladas. Con su aparición “las personas que ya eran marginadas se convirtieron en las poblaciones de más riesgo de contagio de SIDA: homosexuales, prostitutas, drogadictos, negros, las mujeres, los jóvenes desempleados y los migrantes se distinguen por ser los grupos más afectados” (Buheler, 1992 en Gómez Dantes, 1997), que a su vez tienen menos acceso a la educación y a los servicios médicos. Esta situación ha hecho que la población relacione la enfermedad con esos grupos generando actitudes de prejuicio estigmatizadoras y discriminatorias.

La posibilidad de que un individuo tenga conductas que lo expongan al riesgo de contraer SIDA, tiene que ver con una serie de variables sociodemográficas y psicológicas complejas, entre ellas la etnia o grupo cultural al que pertenezca, su situación económica, edad, sexo, consumo de drogas, percepción de riesgo, conocimientos y creencias sobre la salud, apoyo social y autopercepción (Kornblit, 1997)

En diversas investigaciones sobre los conocimientos, creencias y actitudes que la población tiene sobre el SIDA y el uso del condón, se ha encontrado que los sujetos tienen conocimientos y creencias erróneos y actitudes negativas que los pueden llevar a realizar conductas de alto riesgo.

Por otro lado, hemos incluido en el modelo el estudio de la autopercepción de riesgo de contraer el SIDA ya que una persona que no se reconoce en riesgo de contagio de VIH/SIDA a pesar de no utilizar sistemáticamente medidas preventivas, está mucho más expuesto al contagio que aquellos que reconocen el riesgo al que se están exponiendo.

Como ya anotamos en el capítulo anterior, lo que en última instancia determinará si una persona está expuesta al virus del SIDA es su conducta (Fisbein, 1990). Existen varias conductas a seguir que pueden considerarse deseables para evitar el riesgo de adquirir el SIDA: la abstinencia, la monogamia, el sexo sin intercambio de fluidos corporales, y el uso del condón, principalmente. Todas ellas están dentro de la categoría conductual de prácticas sexuales seguras.

Sin embargo para la mayoría de la gente la abstinencia resulta una solución no satisfactoria e improbable para evitar el SIDA. (Fishbein, M., 1990) y a pesar de que los valores sociales están encaminados a la promoción de la abstinencia sexual prematrimonial, es evidente que esto no se cumple en la práctica y se confirma con el creciente índice de embarazos en adolescentes y la presencia de SIDA en personas jóvenes (Marchetti, Rodríguez, Rodríguez, 1996). En cuanto a la monogamia, en un estudio realizado con 600 jóvenes entre 14 y 25 años se encontró que los varones habían tenido 2.44 parejas sexuales en promedio (Alfaro Martínez, 1995). Por lo tanto, el interés del presente trabajo es el uso del condón como método preventivo con mayores posibilidades de ser aceptado socialmente, al mismo tiempo que garantiza una protección bastante confiable sin interferir en la práctica sexual preferida.

El Modelo de Acción Razonada es utilizado para predecir conductas saludables, si consideramos el uso del condón como una de ellas, se puede suponer que este modelo dará información acerca de los factores que influyen en la conducta de usar condón en diferentes tipos de poblaciones y por lo tanto las intervenciones y los programas de prevención ante el SIDA serán más exitosos. El modelo permite saber si la población a la que se está aplicando tiene la intención de usar o decir a sus parejas que usen el condón, además de entender la relación existente entre las actitudes y las normas subjetivas con respecto a la intención conductual (Alfaro, 1995).

Enfocar los esfuerzos por cambiar conductas de riesgo, desterrando estigmas, prejuicios sociales, conocimientos y actitudes erróneas entre los jóvenes, a los que podemos considerar como la primera generación surgida ya en la era del SIDA y cuya sexualidad se ha forjado bajo la presión que ha

impuesto esta terrible enfermedad, implica realizar un trabajo fundamental para detener esta epidemia y cuyos resultados se manifestarán a mediano plazo.

### 3.2 Objetivo

El objetivo del estudio es probar el Modelo de la Acción Razonada en estudiantes de las carreras de biología y actuaría de la Facultad de Ciencias de la UNAM, teniendo como conducta meta el uso del condón, considerando la percepción de riesgo de contraer SIDA como un elemento de importancia para predecir la conducta meta

### 3.3 Hipótesis de Investigación

H<sub>1</sub>.- El mejor predictor de uso de condón de entre los elementos que conforman el modelo, será la intención de uso e intención de petición de uso, tanto con la pareja sexual regular como ocasional, independientemente de sexo, patrón sexual, semestre y carrera (Hipótesis causal compleja multivariada: Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 1997: pp. 89-90)

H<sub>2</sub>.- El mejor predictor de la intención de uso y petición de uso de condón con la pareja regular será, de entre los elementos que conforman el modelo, el acuerdo con la norma subjetiva, independientemente del sexo, patrón sexual, semestre y carrera (Hipótesis causal compleja multivariada, op. cit., pp 88-90).

H<sub>3</sub>.- El mejor predictor de la intención de uso y petición de uso de condón con la pareja ocasional, de entre los elementos que conforman el modelo, independientemente del sexo, patrón sexual, semestre y carrera, serán las actitudes hacia el uso del mismo (Hipótesis causal compleja multivariada, op cit , pp. 89-90)

### 3.4 Variables

#### Definición operacional y conceptual de las variables

##### 3.4.1. Variables de clasificación

**3.4.1.1. Factores socio-demográficos.** Son las variables que intentan conocer las características sociales, económicas, etnográficas, entre otras, de los individuos y de los distintos grupos de las poblaciones estudiadas (Diccionario de las ciencias de la educación, 1983).

1.1 Edad: variable atributiva continua.

1.2 Sexo: variable atributiva con dos niveles:

a) Hombre

b) Mujer

1.3 Carrera. Variable atributiva con 2 niveles:

a) Estudiante de biología

b) Estudiante de actuaría

1.4 Semestre. Grado escolar que cursa en el momento de la entrevista.

Variable atributiva con 4 niveles:

a) 1º-2º

b) 3º-4º

c) 5º-6º

d) 7º-8º

**3.4.1.2.- Patrón Sexual.**- Pautas de acción que las personas manifiestan en su vida sexual (Diccionario de las Ciencias de la Educación, 1983):

- Estatus Sexual. Variable atributiva con dos niveles:
  - a) si ha tenido coito
  - b) no ha tenido coito
- Edad del debut sexual. Variable categórica. Se refiere a la edad, en años, en que tuvo el primer coito.
- Número de parejas sexuales en la vida. Variable continua. Se refiere al número de parejas sexuales que el sujeto ha tenido durante toda su vida.
- Preferencia Sexual. Variable atributiva, que se refiere a la preferencia sexual para el intercambio sexual, con 5 opciones de respuesta: 1) solo con mujeres,



2) más con mujeres que con hombres, 3) tanto con hombres como con mujeres, 4) más con hombres que con mujeres y 5) sólo con hombres.

- Tipo de coito. (Con pareja sexual regular y ocasional). Variable atributiva con siete niveles:
  - a) vaginales
  - b) orales
  - c) anales
  - d) vaginales y orales
  - e) vaginales y anales
  - f) orales y anales
  - g) vaginales, orales y anales
- Pareja Regular. Variable atributiva, con dos niveles: a) presencia, b) ausencia.
- Pareja Ocasional. Variable atributiva, con dos niveles: a) presencia, b) ausencia.

**3.4.1.3. Conocimientos sobre VIH/SIDA.** Se refiere a la información que el sujeto tiene sobre lo que es el VIH/SIDA (un reactivo abierto), las formas de transmisión (un reactivo abierto) y el período asintomático (dos reactivos).

**3.4.1.4. Conocimientos sobre el condón y su uso.** Esta sección está compuesta por dos reactivos: el primero sobre si conocen el condón y en el segundo (un reactivo abierto) en el cual se les pedirá que expliquen su uso.

### **3.4.2 Variables independientes (predictoras)**

**3.4.2.1. Creencias conductuales** hacia el uso del condón (Lo que las personas piensan acerca de realizar ciertas conductas y las consecuencias que existen al llevarlas a cabo). Se evaluarán con 6 reactivos cuyas respuestas van de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo)

**3.4.2.2 Actitudes** hacia el uso y petición de uso del condón, con la pareja sexual regular y ocasional (Sentimientos positivos o negativos del individuo respecto al uso del condón). Se evaluarán mediante 40 reactivos agrupados en 4

escalas cuya respuesta fluctúa entre opciones antagónicas con 5 rangos de elección (p.e. muy agradable-muy desagradable).

**3.4.2.3 Normas subjetivas** hacia el uso del condón (percepción social a favor o en contra del uso y petición de uso del condón), las que serán evaluadas mediante la respuesta a 14 reactivos que va de. “debería pedirle”, hasta “no debería pedirle”, con 5 rangos de elección.

**3.4.2.4 Motivación para complacer.** Esta escala se refiere a las conductas que se llevan a cabo para conformarse al grupo (padres, amigos y parejas). La escala está compuesta por 4 afirmaciones, con 5 opciones de respuesta: 1= totalmente de Acuerdo a 5= totalmente en desacuerdo.

### **3.4.3 Variables dependientes:**

**3.4.3.1 Intención conductual** hacia el uso y petición de uso del condón, con la pareja sexual regular y ocasional (Se refiere al propósito que tiene el sujeto para realizar o no determinada conducta). Se evaluará con las respuestas a 4 reactivos que van desde “nada probable” (0%), hasta “muchísimas posibilidades” (100%)

**3.4.3.2 Percepción de riesgo de contraer SIDA** (La estimación que cada sujeto hace de las posibilidades de infectarse de VIH). Se evaluará por la respuesta a un reactivo con 5 rangos que van desde: “muchísimas posibilidades (100%)” hasta “ninguna posibilidad (0%)”.

**3.4.3.3 Frecuencia del uso de condón con la pareja sexual regular.** Variable atributiva.

**3.4.3.4 Frecuencia del uso de condón con la pareja sexual ocasional** Variable atributiva. La cual será evaluada con la respuesta a 2 reactivos que van de 1 (nunca) a 5 (siempre).

### 3.5 Tipo de estudio

**Exploratorio:** porque "el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes...se han hecho muchos estudios similares pero en otros contextos " (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 1997. p. 59).

**Descriptivo:** "...Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986; citado en: op. cit: p. 60) ...se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así ...describir lo que se investiga (op cit. p. 60).

**Correlacional.** ".este tipo de estudios tienen como propósito el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular)...Miden las dos o más variables que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación" (op. cit : p: 63).

**Diseño.** Es un diseño transeccional, correlacional causal, ya que se tiene como objetivo describir la relación entre dos o más variables en un momento determinado (op.cit : pp. 192-194).

### 3.6 Método

#### 3.6.1 Sujetos

Se encuestaron 280 alumnos de actuaría y 280 de biología como muestra representativa de una población de 1076 y 987 individuos, respectivamente, con un error de muestreo menor al  $<.05$ . En cada caso se establecerán cuotas por sexo, semestre y carrera.

### 3.6.2 Escenario

Se utilizaron las aulas de la Facultad de Ciencias de la UNAM dónde se imparten las carreras de actuaría y biología.

### 3.6.3 Instrumento

Se utilizó una escala desarrollada por la Unidad de Investigaciones Psicosociales de la Facultad de Psicología de la UNAM, la cual está constituida por 88 reactivos, organizados de la siguiente manera:

- 1) Sociodemográfica (4 reactivos),
- 2) Patrón sexual (7 reactivos);
- 3) Conocimientos sobre el VIH/SIDA (4 reactivos);
- 4) Conocimientos sobre el condón (2 reactivos);
- 5) Creencias conductuales (6 reactivos)
- 6) Actitudes (40 reactivos)
- 7) Norma subjetiva (14 reactivos)
- 8) Motivación por complacer (4 reactivos)
- 9) Intención (4 reactivos)
- 10) Autopercepción de riesgo (1 reactivo).
- 11) Frecuencia del uso de condón con la pareja sexual regular (1 reactivo)
- 12). Frecuencia del uso de condón con la pareja sexual ocasional (1 reactivo).

### 3.6.4 Validez

**Escala de creencias sobre el uso del condón.** Creencias conductuales: dos factores, uno que se refiere a los aspectos hedónicos y el otro que se refiere a la utilidad del uso, cada uno con tres reactivos y con alfas=.63 cada uno (Díaz-Loving y Villagrán Vázquez, en prensa).

**Actitudes hacia el uso del condón.** Se obtuvieron tres factores con valores propios mayores de 1 los cuales explicaron el 65% de la varianza total de la escala: 1 Actitud de placer con un alpha de .80; actitudes evaluativo-rationales. alpha = .75, y actitudes sobre la utilidad. alpha 0 .63 (Díaz-Loving y Villagrán Vázquez, en prensa)

**Norma subjetiva.** Está conformada por 4 reactivos que indican la creencia general de que es importante usar el condón por que otra gente importante piensa que debería usarse. Presenta un  $\alpha = .87$  (Díaz-Loving y Villagrán Vázquez, en prensa)

**Motivación para complacer.** Se obtuvo una dimensión (con dos reactivos) con valor propio mayor que 2 que explica el 75% de la varianza, y una  $r = .74$  (Perelló, Villagrán y Barocio, en prensa)

## CAPÍTULO 4

### RESULTADOS

#### 4.1 Descripción de la población general:

Colaboraron en el estudio 500 estudiantes de la Facultad de Ciencias. 241 (48.25%) alumnos de actuaría y 259 (51.8%) de biología divididos en 4 grupos de acuerdo al año escolar cursado, quedando de la siguiente manera:

1er. año: 135 alumnos (27%); 2º año. 133 (26.6%); 3er. año: 134 (26.8%); y 4º año: 98 (19.6%). con un rango de edad de 17 a 38 años, siendo 20 años la edad promedio, de los cuales 203(40.6%) pertenecen al sexo masculino y 297 (59.4%) al femenino

#### POBLACIÓN MASCULINA:

De los 203 sujetos de sexo masculino, 113 (55.7%) pertenecen a la carrera de biología y 90 (44.3%) a la de actuaría, de los cuales: 67 (33%) cursan el 1er año; 43 (21.2%) el 2º año; 50 (24.6%) 3º año; y 43 (21.2%) 4 año. El rango de edad va de 17 a 34 años, con una edad promedio de 20 años

#### POBLACIÓN FEMENINA:

De los 297 sujetos de sexo femenino, 146 (49.2%) pertenecen a la carrera de biología y 151 (50.8%) a la de actuaría, de los cuales: 68 (22.9%) cursan el 1er año, 90 (30.3%) el 2º año, 84 (28.3%) 3º año; y 55 (18.5%) 4 año. El rango de edad va de 17 a 38 años, con una edad promedio de 20 años

#### 4.2 Patrón sexual:

Se analizaron los datos por sexo.

#### A. DEBUT SEXUAL

De los 500 estudiantes entrevistados se encontró que 245 (49%) se iniciaron sexualmente, de los cuales 116 fueron hombres y 129 mujeres

Del total de hombres, se iniciaron un 57.1% y del total de mujeres la proporción es de 43.4%. Al aplicar chi cuadrada, se encontró que

proporcionalmente se han iniciado sexualmente más hombres que mujeres ( $X^2=9.06$ ,  $p=.002$ ).

De los 245 iniciados, 149 tienen pareja regular, distribuidos de la siguiente manera:

#### Pareja Regular

	Sí	No	
<b>Hombres</b>	53 21.6%	63 25.7%	116 47.3%
<b>Mujeres</b>	96 39.2%	33 13.5%	129 52.7%
	149 60.8%	96 39.2%	245 100%

#### B. EDAD DEL DEBUT SEXUAL

La edad promedio al debut sexual en esta población total es de 17 años 6 meses. Al aplicar una  $t$ (Student) para grupos independientes para comparar por sexo las edades al debut sexual, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $t=3.32$ ,  $p<.001$ ), se encontró que los hombres ( $X=17$  años, con un rango de 11 a 22 años) se inician sexualmente a más temprana edad que las mujeres ( $X=17.92$  años, con un rango de 13 a 25 años).

#### C. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

El promedio general de parejas sexuales en la vida es de 3.19 (con un rango de 1 a 72).

Para comparar el número de parejas sexuales en la vida por sexo, se aplicó un  $t$  (Student) para grupos independientes, encontrando diferencias estadísticamente significativas ( $t=2.49$ ,  $p=.01$ ), esto es los hombres ( $X=4$ , con un rango de 1 a 72) han tenido más parejas sexuales que las mujeres ( $X=2$ , con un rango de 1 a 20).

#### D. PREFERENCIA SEXUAL.

El análisis de frecuencias mostró que la población, iniciada sexualmente que contestó la pregunta, en general, es preferentemente heterosexual (224, 93.74%). En un análisis por sexo, se encontró que el 95.6% de los hombres y un 91.9% de las mujeres, sólo han tenido relaciones heterosexuales. Por otra parte, se ha encontrado que la población bisexual está compuesta de un 3.5 % del total de hombres iniciados sexualmente y un 4.8% del total de mujeres iniciadas sexualmente; en cuanto a la población declarada homosexual, se encuentra un 0.9% de hombres y un 3.3% de mujeres (Tabla 1).

**TABLA 1**  
**Distribución de la preferencia sexual por sexo**

Sexo	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Preferencia Sexual						
Heterosexuales	110	95.6	114	91.9	224	92.74
Bisexuales	4	3.5	6	4.8	10	4.20
Homosexuales	1	0.9	4	3.3	5	2.06
No respondieron	1	0.9	5	3.6	6	2.10
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

#### 4.3 Conocimientos sobre el VIH/SIDA y el condón

A continuación se presentan las respuestas proporcionadas a una serie de preguntas sobre los siguientes temas 1) Conocimientos sobre VIH/SIDA, 2) Formas de Transmisión; 3) Evolución del VIH y 4) El condón y su uso:

##### 4.3.1 Conocimientos sobre VIH/SIDA

Para conocer si los estudiantes sabían que es el VIH/SIDA, se les pidió: **Explica que es el SIDA**; las respuestas por sexo y por carrera, se presentan en la Tabla 2, en ella se puede observar que en general, la población no presenta conocimientos completos sobre el tema, esto es, solamente un poco más de un cuarto de la población (27.2%) dieron respuestas globales y completas sobre lo que es el VIH/SIDA, de éstos, las mujeres (biólogas y actuarías) representan



más alto porcentaje (18.4%), que los hombres (8.8%. biólogos y actuarios). Por otra parte se destaca que una tercera parte de la población presenta conocimientos incompletos y otro sector, un poco más de un tercio no saben o no respondieron a la pregunta. Al hacer un análisis más detallado de los datos sobre la población que No sabe/No respondieron, se observa que la población tanto de hombres como de mujeres biólogos (as), representan un porcentaje mayor que el de la población de hombres y mujeres actuarios (as).

Al aplicar Chi Cuadrada por sexo ( $X^2 = .03$ ) y por carrera ( $X^2 = .0001$ ), por separado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Por sexo, más mujeres que hombres presentan conocimientos completos y por carrera, los actuarios presentan más conocimientos completos que los biólogos. No se encontró significancia en la interacción sexo, carrera.

**TABLA 2**

**Distribución de las respuestas a Explica que es el SIDA, por sexo y carrera**

CARRERA	Biología				Actuaría				Total	
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres			
SEXO	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA</b>										
<b>Completo</b>	9	18	26	5.2	35	7	66	13.2	136	27.2
<b>Incompletos</b>	40	8	62	12.4	27	5.4	38	7.6	167	33.4
<b>No saben/No respuesta</b>	64	12.8	58	11.6	28	5.6	47	9.4	197	39.4
<b>Total</b>	113	22.6	146	29.2	90	18	151	30.2	500	100

#### 4.3.1.1 Formas de Transmisión

Para conocer si los estudiantes saben de las formas documentadas de transmisión del VIH/SIDA, se les pidió que mencionaran las principales que ellos conocieran. Las respuestas, que se presentan en la Tabla 3, indican que un importante porcentaje de estudiantes (95.6%) saben que se transmite por vía sexual y por uso de sangre y equipo contaminado (95%).

**TABLA 3**

**Distribución de las respuestas a Formas de Transmisión del VIH/ SIDA,  
por sexo y carrera**

CARRERA	Biología				Actuaría				Total	
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres			
SEXO										
FORMAS DE TRANSMISIÓN	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexual	109	21.8	142	28.4	85	17	142	28.4	478	95.6
Sangre y/o equipo contaminado	103	20.6	140	28	88	17.6	144	28.8	475	95
Perinatal	20	4.0	22	4.4	41	8.2	37	7.4	120	24

#### 4.3.1.2 Evolución del VIH

Un conocimiento importante sobre la evolución del VIH/SIDA se refiere a si existe un período asintomático en el cual es posible no presentar los síntomas, pero que sin embargo, es un período durante el cual puede infectar a otras personas— y si existe una cura para la enfermedad. Para conocer que tanto la población estudiada sabe acerca de estos temas, se les pidió que respondieran a tres preguntas; las preguntas y respuestas, se detallan a continuación.

En la Tabla 4, se pueden observar que en general, los estudiantes conocen que existe un período asintomático (88.8%); que durante dicho período es posible contagiar a otros (93.6%) y que aún no existe cura para la enfermedad (79.8%). Sin embargo, es necesario destacar que aproximadamente un 11% responden que no o que no saben que existe un período asintomático; un 6% aún no se entera que un asintomático lo puede contagiar y un 18.2% no sabe que el VIH/SIDA es una enfermedad incurable.

**Tabla 4**  
**Distribución de las respuestas a la Evolución del VIH/ SIDA,**  
**por sexo y carrera**

CARRERA		Biología				Actuaria				Total	
SEXO		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres			
PREGUNTAS Y RESPUESTAS		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Existe un período asintomático?	Si	98	19.6	124	24.8	86	17.2	136	27.2	444	88.8
	No	2	0.4	10	2	2	0.4	4	0.8	18	3.6
	No se	12	2.4	11	2.2	2	0.4	10	2	35	7.0
¿Un Asintomático puede contagiar a otros?	Si	103	20.6	139	27.8	85	17	141	28.2	468	93.6
	No	3	0.6	4	0.8	2	0.4	1	0.2	10	2.0
	No se	7	1.4	3	0.6	2	0.4	8	1.6	20	4.0
¿Crees que una persona con VIH/SIDA puede curarse?	Si	10	2.0	5	1	6	1.2	6	1.2	27	5.4
	No	83	16.6	122	24.4	68	13.6	126	25.2	399	79.8
	No se	19	3.8	15	3	15	3	15	3	64	12.8

#### 4.3.1.3 El condón y su uso

Dado que el condón es el único método recomendado por la Organización Panamericana para la Salud para prevenir el contagio del VIH/SIDA — en aquellos individuos para los cuales la opción de contacto sexual no es la abstinencia o el sexo seguro—, se incluyeron en la presente investigación dos reactivos para saber si los estudiantes conocían el condón y su uso correcto: 1) ¿Has oído hablar del condón o preservativo? y 2) Explica como se usa

A la pregunta si conocen el condón, se encontró que del total de la población 99.2% (496) respondieron afirmativamente.

En cuanto a su uso, en la Tabla 5, se muestra la distribución por sexo y carrera. En ella se destaca que: un 61% de la población no saben usar correctamente el condón, de los cuales, el 21.76% corresponde a hombres y un 39.2% a mujeres, por otra parte 35% corresponde a estudiantes de Biología y 26% a estudiantes de Actuaria

**TABLA 5**  
**Distribución de las respuestas a “Explica como se usa el condón”,**  
**por sexo y carrera**

CARRERA		Biología				Actuaría				Total	
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres			
SEXO		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Explica como se usa el condón	Sabe	47	9.4	38	7.66	48	9.67	64	12.9	197	39.7
	No Sabe	66	13.3	108	21.7	42	8.46	87	17.5	303	61

#### 4.4 Análisis Psicométricos de las Escalas

- 1) Creencias hacia el uso del condón
- 2) Actitudes hacia el uso del condón con la pareja sexual regular
- 3) Actitudes hacia el uso del condón con la pareja sexual ocasional
- 4) Actitudes hacia la petición de uso del condón con la pareja sexual regular
- 5) Actitudes hacia la petición de uso del condón con la pareja sexual ocasional
- 6) Norma Subjetiva, uso del condón para pareja regular
- 7) Norma Subjetiva, uso del condón para pareja ocasional
- 8) Norma Subjetiva, petición de uso del condón para pareja regular
- 9) Norma Subjetiva, petición de uso del condón para pareja ocasional
- 10) Motivación para complacer., pareja regular
- 11) Motivación para complacer, pareja ocasional

Todas las escalas fueron sometidas a los siguientes análisis para la discriminación de reactivos.

- 1) Análisis de Frecuencias, mediante el cual se eliminaron reactivos que cargaran más del 40% de las respuestas en una opción

- 2) A partir del puntaje total de cada una de las escalas, se obtuvieron los cuartiles, posteriormente, se aplicaron t(Student) para grupos independientes (grupos alto y bajo en el puntaje total de cada una de las escalas), procedimiento

mediante el cual se eliminaron los reactivos que no discriminaron entre ambos grupos

3) Se aplicó un análisis de correlación entre los reactivos de las escalas, para decidir el tipo de análisis factorial a aplicar. Dado que las correlaciones entre los reactivos de todas las escalas fueron medianas y bajas, se optó por el Análisis Factorial de Componentes Principales, de rotación varimax.

4) A partir de los resultados obtenidos del análisis factorial, se eligieron aquellos factores que presentaran un valor propio (eigen value)  $\geq 1$  y que los reactivos que formaran cada factor presentaran pesos factoriales  $\geq .40$

5) Se obtuvo la confiabilidad de cada factor (que contuviera tres o más reactivos) mediante un Alfa de Cronbach. Los factores con sólo dos reactivos, se dejaron como indicadores cuando la correlación entre ambos fuera mediana; en caso de presentar correlaciones bajas, se dejaron como reactivos independientes.

Para los análisis psicométricos de cada una de las escalas, se consideraron a todos los sujetos que respondieron las preguntas independientemente de si en ese momento tenían pareja sexual regular u ocasional.

A continuación se presentarán los resultados por cada una de las Escalas

### **1) Creencias hacia el uso del condón**

Tanto el análisis de frecuencias como la aplicación de la prueba t(Student) indicaron que todos los reactivos discriminaron. El Análisis Factorial arrojó un factor llamado "Prevención" (con tres reactivos), con pesos mayores a .68 y un Alfa de Cronbach =.74 y tres reactivos independientes, la varianza explicada es de 55.6%.

En la Tabla 6 se puede observar la organización de los reactivos, en el factor Prevención se agruparon los que se relacionan con la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y embarazo, la media ( $\bar{X} = 4.35$ ) que obtuvo este factor indica que la población presenta creencias muy favorables a la utilización del condón. En el reactivo 4, la media ( $\bar{X} = 2.28$ ) indica creencias poco favorables a la utilización del condón al relacionarlo con la erección masculina, en el reactivo 5 ( $\bar{X} = 3$ ) la postura es neutra, en cambio en el reactivo

6 ( $\bar{X}=4.7$ ) se muestra que existe un completo desacuerdo en la afirmación de que usar el condón es pecado, ya que la puntuación de la escala está organizada de acuerdo a lo siguiente: a mayor puntaje creencias más positivas hacia el uso del condón, esto es, en la oración "Usar el condón es pecado", la media nos indica "Desacuerdo".

**TABLA 6**

**Análisis Factorial de Escala de creencias hacia el uso del condón..(n=490)**

Factor: Prevención		Pesos Factoriales	
$\bar{X} = 4.35$ Alfa= .74 rango=1-5			
1. Usar condón reduce las posibilidad de contagiarse de ETS		.85	
2. Usar condón es efectivo en la prevención del embarazo		.68	
3. Usar condón protege contra el VIH-SIDA		.83	
Reactivos		M	DS
4. Usar el condón favorece la erección		2.28	1.13
5. Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual		3	1.29
6 Usar el condón es pecado		4.7	.81

*Los resultados obtenidos en las medias indican que a mayor puntaje existen creencias más positivas hacia el uso del condón*

## **2) Actitudes hacia el uso del condón con la pareja sexual regular**

El análisis de frecuencias y la aplicación t(Student) indicaron que todos los reactivos discriminaron. El Análisis Factorial arrojó dos dos factores y un indicador con 2 reactivos y que explican el 66.9% de la varianza :

El primer factor denominado "Hedonista", está integrado por 5 reactivos con pesos mayores a .73 y un Alfa de Cronbach =.88.

El segundo factor llamado "Racional", consta de tres reactivos con pesos mayores a .71 y un Alfa Cronbach =.72

**TABLA 7**  
**Análisis Factorial de la Escala de Actitudes hacia el uso del condón con la pareja regular (n=323)**

<b>Factor: Hedonista</b>			<b>Pesos Factoriales</b>	
$\bar{X} = 3.05$	Alfa = .88	rango=1-5		
1. Usar condón con la pareja sexual regular es agradable			.82	
2. Usar condón con la pareja sexual regular es placentero			.87	
3. Usar condón con la pareja sexual regular es cómodo			.84	
4. Usar condón con la pareja sexual regular es natural			.73	
5. Usar condón con la pareja sexual regular es excitante			.77	
<b>Factor: Racional</b>				
$\bar{X} = 4.75$	Alfa = .72			
6. Usar condón con la pareja sexual regular es inteligente			.81	
7. Usar condón con la pareja sexual regular es bueno			.83	
8. Usar condón con la pareja sexual regular es benéfico			.71	
<b>Reactivos:</b>			$\bar{X}$	DS
9. Usar condón con la pareja sexual regular es barato			3.06	1.15
10. Usar condón con la pareja sexual regular es fácil			3.69	1.13

*Mayores puntajes indican actitudes más positivas o favorables hacia el uso del condón*

Como se observa en la Tabla 7, el Factor Hedonista agrupa cinco reactivos relacionados con sensaciones físicas, la media que obtuvo este factor ( $\bar{X}=3.05$ ) nos indica que la mayoría de los estudiantes encuestados tienen una actitud neutra con respecto a lo hedónico del uso del condón, esto es, consideran que el condón no interfiere en la obtención de estas sensaciones. En cambio, el Factor Racional formado por tres reactivos, obtuvo una media de 4.75 que nos indica actitudes sumamente positivas hacia el uso del condón desde el punto de vista racional (bueno, inteligente, benéfico). En el reactivo 9 se observa que la actitud de los encuestados es neutra ( $\bar{X}=3.06$ ) y en el reactivo 10, se muestra una ligera aceptación de que el uso del condón es fácil ( $\bar{X}=3.69$ )

### 3) Actitudes hacia el uso del condón con la pareja sexual ocasional

Al igual que con la pareja sexual regular, el Análisis Factorial arrojó dos factores y dos reactivos que explican el 66.4 % de la varianza.

El factor Hedonista mostró pesos mayores a .73 y un Alfa de Cronbach =.88 y una media de 3.2, así mismo, el reactivo 9 obtuvo una  $X = 3.16$ , en ambos casos se observan actitudes hedonista y económicas neutras hacia el uso del condón. En cuanto a la "Facilidad de usar el condón" (reactivo 10), es ligeramente positiva ( $X = 3.79$ ). El factor Racional, con pesos mayores a .71 en sus reactivos, un Alfa de Cronbach =.72 y con una media de 4.63, indica una actitud racional muy positiva hacia el uso del condón (Tabla 8).

**TABLA 8**  
**Análisis Factorial de la Escala de Actitudes hacia el uso del condón con la pareja ocasional. (n=295)**

<b>Factor: Hedonista</b>			<b>Pesos Factoriales</b>	
$\bar{X} = 3.2$	Alfa= .85	rango = 1-5		
1. Usar condón con mi pareja sexual ocasional es o sería agradable			.73	
2. Usar condón con mi pareja sexual ocasional es o sería placentero			.84	
3. Usar condón con mi pareja sexual ocasional es o sería cómodo			.80	
4. Usar condón con mi pareja sexual ocasional es o sería natural			.69	
5. Usar condón con mi pareja sexual ocasional es o sería excitante			.83	
<b>Factor: Racional</b>				
$\bar{X} = 4.6$	Alfa= .76	rango = 1-5		
6. Usar condón con mi pareja sexual ocasional es o sería inteligente			.84	
7. Usar condón con mi pareja sexual ocasional es o sería bueno			.84	
8. Usar condón con mi pareja sexual ocasional es o sería benéfico			.75	
<b>Reactivos</b>			<b>X</b>	<b>DS</b>
9. Usar condón con mi pareja ocasional es o sería barato			3.16	1.16
10. Usar condón con mi pareja ocasional es o sería fácil			3.79	1.21

*Mayores puntajes indican actitudes más positivas o favorables hacia el uso del condón.*



#### 4) Actitudes hacia la petición de uso del condón con la pareja sexual regular

Los resultados del Análisis de Frecuencias y de la aplicación de la  $t$ (Student), indicaron que todos los reactivos discriminaron. El Análisis Factorial de esta escala arrojó así mismo dos factores y dos reactivos que explican el 65% de la varianza. El primer factor Hedonista mostró pesos factoriales mayores a .59, un Alfa de Cronbach =.84 y una  $X=3.14$ ; la media indica una actitud neutra. El factor Racional, muestra pesos mayores a .69, un Alfa Cronbach =.77 y una  $X=4.51$ , lo cual indica una actitud racional positiva hacia el uso del condón (Tabla 9).

**TABLA 9**  
**Análisis Factorial de la Escala de Actitudes hacia la petición de uso del condón con la pareja regular. (n=303)**

<b>Factor: Hedonista</b>			Pesos Factoriales	
X =3.14	Alfa= .84	rango=1-5		
1. Pedir el uso del condón con la pareja sexual regular es agradable			.59	
2. Pedir el uso del condón con la pareja sexual regular es placentero			.86	
3. Pedir el uso del condón con la pareja sexual regular es cómodo			.83	
4. Pedir el uso del condón con la pareja sexual regular es natural			.70	
5. Pedir el uso del condón con la pareja sexual regular es excitante			.79	
<b>Factor: Racional</b>				
X = 4.51	Alfa =.77	rango = 1-5		
6. Pedir el uso del condón con la pareja sexual regular es inteligente			.86	
7. Pedir el uso del condón con la pareja sexual regular es bueno			.89	
8. Pedir el uso del condón con la pareja sexual regular es benéfico			.69	
<b>Reactivos</b>			X	DS
9. Pedir el uso del condón con la pareja sexual regular es barato			3.11	1.05
10. Pedir el uso del condón con la pareja sexual regular es fácil			3.75	1.11

*Mayores puntajes indican actitudes más positivas o favorables hacia el uso del condón*

### 5) Actitudes hacia la petición de uso del condón con la pareja sexual ocasional

En esta escala, el factor **Hedonista**, mostró pesos factoriales en cada reactivo mayores a .68, un Alfa de Cronbach =.83 y una  $X=3.26$ ; un puntaje similar se obtuvo en el reactivo "Usar condón .....es barato" (reactivo 9), el cual obtuvo una  $X= 3.15$ , es decir esto se traduce en una actitud neutra. El factor Racional con pesos factoriales mayores a .67 en sus reactivos, Alfa Cronbach =.75 y  $X=4.67$ ; la media indica que los reactivos que integran este factor presentan una franca aceptación entre la población encuestada (Tabla 10).

**TABLA 10**

**Análisis Factorial de la Escala de Actitudes hacia la petición de uso del condón con la pareja sexual ocasional. (n=292)**

<b>Factor: Hedonista</b>			Pesos Factoriales	
$X =3.26$	Alfa= .83	rango=1-5		
1.Pedir el uso del condón con la pareja sexual ocasional es agradable			.68	
2.Pedir el uso del condón con la pareja sexual ocasional es placentero			.83	
3.Pedir el uso del condón con la pareja sexual ocasional es cómodo			.81	
4.Pedir el uso del condón con la pareja sexual ocasional es natural			.68	
5.Pedir el uso del condón con la pareja sexual ocasional es excitante			.82	
<b>Factor: Racional</b>				
$X =4.67$	Alfa=.75	rango=1-5		
6.Pedir el uso del condón con la pareja sexual ocasional es inteligente			.87	
7.Pedir el uso del condón con la pareja sexual ocasional es bueno			.89	
8.Pedir el uso del condón con la pareja sexual ocasional es benéfico			.67	
<b>Reactivos</b>			X	DS
9.Pedir el uso del condón con la pareja sexual ocasional es barato			3.15	1.12
10.Pedir el uso del condón con la pareja sexual ocasional es fácil			3.85	1.09

*Mayores puntajes indican actitudes más positivas o favorables hacia el uso del condón.*

### 6) Norma Subjetiva uso de condón con la pareja regular

El Análisis Factorial arrojó un factor al que se le llamará “Aprobación Social”; los tres reactivos que la componen, obtuvieron pesos factoriales > .58 y un Alfa de Cronbach = .71 y una media de 4.04. La varianza explicada es de 64%. La media obtenida en este factor indica que existe un acuerdo bastante favorable con la aprobación social, hacia el uso del condón con la pareja regular (Tabla 11).

TABLA 11

**Análisis Factorial de la Escala Norma Subjetiva hacia el uso del condón con la pareja regular. (n=486)**

<b>Factor: Aprobación Social</b> X = 4.04                      Alfa= .71                      rango 1-5	<b>Pesos Factoriales</b>
1. Mis padres piensan que debería usar condón con mi pareja regular	.58
2. Mis amigos piensan que debería usar condón con mi pareja regular	.64
3. Mi pareja regular piensa que deberíamos usar condón	.69

*Mayores puntajes indican mayor aceptación de la norma subjetiva.*

### 7) Norma Subjetiva uso de condón con la pareja ocasional

Esta escala se organizó también como un factor de “Aprobación Social”, constituido por los tres reactivos con pesos factoriales > .55 y un Alfa de Cronbach =.67, una varianza explicada de 61% y una media de  $x=4.17$ ; el promedio indica aceptación de la norma hacia el uso del condón con la pareja ocasional (Tabla 12).

TABLA 12

**Análisis Factorial de la Escala Norma Subjetiva hacia el uso del condón con la pareja ocasional. (n=427)**

<b>Factor: Aprobación Social</b> X = 4.17                      Alfa = .67                      rango= 1-5	<b>Pesos Factoriales</b>
1. Mis padres piensan que debería usar condón con mis parejas ocasionales	.55
2. Mis amigos piensan que debería usar condón con mis parejas ocasionales	.69
3. Mi parejas ocasionales piensan que deberíamos usar condón	.58

*Mayores puntajes indican mayor aceptación de la norma subjetiva*

### 8) Norma Subjetiva petición de uso de condón con la pareja regular

Encontramos aquí el factor "Aprobación Social", con tres reactivos con pesos factoriales >.43 y un Alfa de Cronbach =.60; la varianza explicada es del 56%. La media encontrada ( $X = 3.84$ ) nos indica que la población está cercanamente al acuerdo con la norma sobre la petición de uso de condón con la pareja regular (Tabla 13).

**TABLA 13**  
**Análisis Factorial de la Escala Norma subjetiva de petición de uso del condón con la pareja regular. (n=442)**

<b>Factor Aprobación Social</b>			<b>Pesos Factoriales</b>
$X = 3.84$	Alfa= .60	rango= 1-5	
1	Mis padres piensan que debería pedirle a mi pareja regular que usemos condón		.61
2.	Mis amigos piensan que debería pedirle a mi pareja regular que usemos condón		.65
3.	Mi pareja regular piensa que debería pedirle que usemos el condón		.43

*Mayores puntajes indican mayor aceptación de la norma subjetiva*

### 9) Norma Subjetiva petición de uso de condón con la pareja ocasional:

El Análisis Factorial de esta escala arrojó un factor "Aprobación Social", con pesos factoriales superiores a .42 (en sus tres reactivos), un Alfa de .63 y una  $X = 3.95$ . La varianza explicada es de 58%. En este caso la media también se puede interpretar como un acuerdo de los entrevistados con la norma (Tabla 14).

**TABLA 14**  
**Análisis Factorial de la Escala Norma subjetiva de la petición de uso del condón con la pareja ocasional. (n=421)**

<b>Factor: Aprobación Social</b>			<b>Pesos Factoriales</b>
$X = 3.95$	Alfa= .63	rango = 1-5	
1.	Mis padres piensan que debería pedirle a mi pareja ocasional que usemos condón		.63
2.	Mis amigos piensan que debería pedirle a mi pareja ocasional que usemos condón		.68
3.	Mi pareja ocasional piensa que debería pedirle que usemos el condón		.42

*Mayores puntajes indican mayor aceptación de la norma subjetiva*

### 10) Motivación para complacer, pareja regular

El análisis factorial arrojó un factor denominado “**Complacencia**”, el cual está constituido por tres reactivos, con pesos factoriales  $> .72$  y un Alfa  $= .83$  y un reactivo independiente. La varianza explicada es de 75%. La  $X=2.50$ , obtenida en el factor, muestra una tendencia a no complacer a los personajes importantes de su núcleo. Sin embargo, el reactivo 4 que se refiere a complacer a la pareja regular si ésta le pide usar condón, obtuvo una  $X=4.24$ , que implica casi una aceptación total (Tabla 15).

**TABLA 15**  
**Análisis Factorial de la Escala Motivación para complacer a la pareja regular. (462)**

Factor: Complacencia			Pesos Factoriales	
$X = 2.50$	Alfa=.83	rango= 1-5		
1. En general hago lo que mis padres piensan que debo hacer			.75	
2. En general hago lo que mis amigos piensan que debo hacer			.78	
3. En general hago lo que mi pareja regular piensa que debo hacer			.72	
Reactivos			X	DS
4. Yo usaría condón si mi pareja regular me lo pidiera			4.24	1.16

*Mayores puntajes indican mayor motivación para complacer a las personas de su núcleo social.*

### 11) Motivación para complacer, pareja ocasional

Al igual que con la pareja regular, el análisis factorial arrojó un factor que se le llamará “**Complacencia**”, el cual está integrado por tres reactivos, con pesos factoriales  $> .84$  y un Alfa  $= .83$ . La varianza explicada es de 75% y con una  $X=2.39$ , este último dato, nos muestra una tendencia a no complacer a padres, amigos y pareja sexual ocasional. El reactivo 4: “Yo usaría el condón si mis parejas ocasionales me lo pidieran”, obtuvo una media (4.24) cercana al acuerdo total (Tabla 16).

**TABLA 16**

**Análisis Factorial de la Escala Motivación para complacer a la pareja ocasional. (n=434)**

<b>Factor: Complacencia</b>	<b>Pesos Factoriales</b>	
x = 2.39      Alfa=.83      rango 1-5		
1. En general hago lo que mis padres piensan que debo hacer	.84	
2. En general hago lo que mis amigos piensan que debo hacer	.90	
3. En general hago lo que mi pareja ocasional piensa que debo hacer	.84	
<b>Reactivo</b>	X	DS
4. Yo usaría condón si mis parejas ocasionales me lo pidieran	4.24	1.19

*Mayores puntajes indican mayor motivación para complacer a las personas de su núcleo social*

**4.5 Modelo de la Acción Razonada**

Para probar el Modelo de la Acción Razonada como predictor del uso y petición de uso del condón en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la UNAM, se construyeron ocho modelos (Cuadro 1). Se corrieron una serie de Análisis de Regresión Múltiple por pasos (Stepwise) para cada uno de los modelos.

El Primer Paso para todos los modelos fue el siguiente: como V.D's: Frecuencia de uso del condón con las parejas sexuales regular y ocasional y como V.I's.: intenciones de petición y uso del condón; Actitudes hacia la petición y uso del condón, con las parejas sexuales regular y ocasional (Factores: Hedonista y Racional y dos reactivos independientes); Norma Subjetiva para parejas sexuales regular y ocasional, tanto de petición como de uso; Creencias (Factores: Prevención y tres reactivos independientes), Motivación para complacer: parejas sexuales regular y ocasional (Factor: Complacencia); Autopercepción de riesgo y Carrera.

CUADRO 1

Modelos a desarrollar con la Teoría de la Acción Razonada

Tipo de Pareja		Regular		Ocasional	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Conducta:	Uso del Condón	1 (n=96)	2 (n=53)	3 (n=25)	4 (n=36)
	Petición de uso del condón	5 (n=96)	6 (n=53)	7 (n=25)	8 (n=36)

En los pasos siguientes de los Análisis de Regresión Múltiple (Stepwise), se considerarán como V.D.'s los mejores predictores, obtenidos en cada paso.

**1. Modelo para el Uso del condón con la pareja regular en mujeres**

**Primer Paso.** El análisis indicó que los mejores predictores del uso del condón en las mujeres, en orden de importancia son: 1) Intención de uso de condón ( $R_m=.42$ ,  $R^2=.17$ ,  $R^2_{aj}=.16$ ); 2) La actitud hacia el uso del condón (fácil-difícil) ( $R_m=.076$ ,  $R^2=.24$ ,  $R^2_{aj}=.22$ ) y 3). La Norma Subjetiva acerca del uso de condón (Factor Aprobación Social) ( $R_m=.06$ ,  $R^2=.30$ ,  $R^2_{aj}=.27$ ) (Tabla 17).

TABLA 17

**Análisis de Regresión Múltiple para la predicción del uso de condón con la pareja regular en mujeres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Intención. ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja regular usen condón?	.314	.125	.278	2.51	.0143
Actitudes. Usar condón es fácil-difícil	.304	.123	.249	2.45	.0165
Norma subjetiva. Factor Aprobación Social Mis padres, amigos y pareja sexual, piensan que deberíamos usar condón	.436	.183	.263	2.37	.0202
(Constante)	-.837	.780		-1.07	.2868

**Segundo Paso.** Dado que como mejor predictor del uso del condón fue la Intención, entonces ésta se tomará como V.D., y como variables predictoras

de la Intención se introdujeron las mismas variables y reactivos de la sección anterior.

Los resultados del Análisis de Regresión Múltiple (ARM), indican que los mejores predictores de la intención de usar el condón con la pareja sexual regular, en orden de importancia, son: 1) la Norma Subjetiva ( $R_m=.41$ ,  $R^2=.17$ ,  $R^2_{aj}=.16$ ) y 2) Actitudes (Factor Hedonista) ( $R_m=.08$ ,  $R^2=.24$ ,  $R^2_{aj}=.22$ ) (Tabla 18).

**TABLA 18**  
**ARM para la predicción de la intención del uso**  
**de condón con la pareja regular en mujeres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Norma Subjetiva. Factor Aprobación Social	.499	.158	.340	3.15	.0023
Actitudes. Factor Hedonista	.399	.151	.284	2.64	.0100
(Constante)	.183	.672		.272	.7861

Dado que el presente trabajo sólo se limita a las variables que indica el Modelo de la Acción Razonada, para la Variable Norma Subjetiva no se obtendrán predictores.

**Tercer Paso.** Habiendo obtenido los predictores de la intención, nos abocamos a obtener los predictores de las Actitudes (Factor Hedonista) hacia el uso del condón; teniendo como variables predictoras: carrera, creencias (Factor Prevención y tres reactivos independientes); Actitudes (Factor Racional y dos reactivos independientes); Motivación para Complacer (Factor Complacencia) y Norma Subjetiva (Factor Aprobación Social).

Los resultados obtenidos que aparecen en la Tabla 19, muestran que los mejores predictores de las de las Actitudes (Factor Hedonista) son: 1) La Norma subjetiva (Factor Aprobación Social) ( $R_m=.27$ ,  $R^2=.07$ ,  $R^2_{aj}=.06$ ) y 2) La creencia de que usar el condón no reduce la sensibilidad ( $R_m= .10$ ,  $R^2= .13$ ,  $R^2_{aj}=.11$ )



**TABLA 19**  
**ARM para la predicción de las actitudes**  
**hacia el uso del condón con la pareja regular, en mujeres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
<b>Norma Subjetiva.</b> Factor Aprobación Social	.267	.116	.255	2.29	.0248
<b>Creencias.</b> Usar condón reduce la sensibilidad	.169	.074	.251	2.25	.0271
<b>(Constante)</b>	1.302	.507		2.56	.0120

### **Correlaciones**

Como puede observarse, de acuerdo a los resultados, los mejores predictores de la **conducta de uso de condón** en las mujeres, con la pareja regular son: Intención de uso, las Actitudes (Fácil-Difícil y el Factor Hedonista), la Norma Subjetiva y la Creencia sobre la no reducción de la sensibilidad.

Las correlaciones que se presentan en la Tabla 20, nos indican que:

1) Mientras mayor sea la Intención de usar el condón, más positivas sean las Actitudes que consideran al condón fácil de usar y haya mayor acuerdo con la Aprobación Social o Norma Subjetiva, mayores son las probabilidades de que la conducta — **frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular** — se lleve a cabo.

2) En el caso de los mejores predictores de la **Intención**, se encuentran: que a mayor Actitud Hedonista (que su uso es agradable, placentero, cómodo, natural y excitante) y a mayor acuerdo con la Aprobación Social (Norma Subjetiva), es decir, mientras más de acuerdo estén con lo que sus padres, amigos y pareja sexual regular manifiesten, mayor será la intención de usar el condón.

3) Por último, las correlación de las **Actitudes Hedonistas** con sus mejores predictores es la siguiente: mientras más acuerdo con la Aprobación Social (Norma Subjetiva) exista y mientras más creencias de que el condón no reduce la sensibilidad, las Actitudes hacia el uso del condón serán más positivas.

**TABLA 20**

**Correlaciones entre las variables que participaron en el modelo:  
Uso de condón con pareja regular en mujeres**

VARIABLES	Intención de uso	Act. Fácil-Difícil	Norma Subjetiva	Act. Factor Hedonista	Creencias: Reduce la Sensibilidad
	r	r	r	r	r
1. Frecuencia. uso del condón	.3562**	.3389**	.4218**		
2. Intención de uso			.4522*	.3315*	
3. Actitudes. Factor Hedonista			.2930*		.2789*

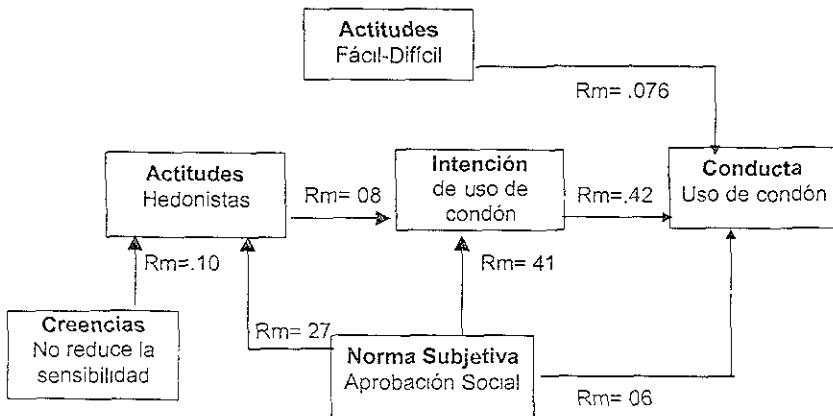
\*\*  $P < .001$

\*  $P < .01$

El modelo queda de la siguiente manera:

**ESQUEMA 1**

**Modelo explicativo de los mejores predictores del uso de condón con pareja sexual regular en mujeres**



## 2. Modelo para el Uso del condón con la pareja regular en hombres

**Primer Paso.** El análisis indicó que los mejores predictores del **Uso del condón**, en orden de importancia son: 1) Actitudes (Factor Hedonista) ( $R_m=.52$ ,  $R^2=.27$ ,  $R^2_{aj}=.25$ ) y 2) La intención de usar el condón en el futuro ( $R_m=.08$ ,  $R^2=.37$ ,  $R^2_{aj}=.33$ ) (Tabla 21).

**TABLA 21**  
**ARM para la predicción del uso de condón**  
**con la pareja regular en hombres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Actitudes. Factor Hedonista	.566	.209	.380	2.70	.0101
Intención. ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja regular usen condón?	.395	.164	.338	2.40	.0210
(Constante)	.128	.651		.197	.844

**Segundo Paso.** Los mejores predictores de la **Actitud Hedonista** hacia el uso del condón con la pareja sexual regular, en hombres que se observan en la Tabla 22, apuntan a: 1) La creencia de que usar el condón no reduce la sensibilidad ( $R_m=.36$ ,  $R^2=.13$ ,  $R^2_{aj}=.10$ ) y 2) la Norma Subjetiva (Factor Aprobación Social) ( $R_m=.14$ ,  $R^2=.25$ ,  $R^2_{aj}=.21$ ).

**TABLA 22**  
**ARM para la predicción de las actitudes hacia el**  
**uso del condón con la pareja regular**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Creencias. Usar condón reduce la sensibilidad	.272	.089	.423	3.04	.0041
Norma subjetiva. Factor Aprobación Social	.450	.175	.356	2.56	.014
(Constante)	.526	.771		.683	.498

**Tercer Paso.** En seguida se corrió un Análisis de Regresión Múltiple (ARM) para obtener los principales predictores de la **Intención del uso del**

condón con la pareja sexual regular, variable que fue señalada como segundo mejor predictor de la Frecuencia de uso del Condón con la pareja sexual regular.

Los resultados que se muestran en la Tabla 23 señalan como mejores predictores de la intención, en orden de importancia: 1) Actitudes: Factor Hedonista ( $R_m = .42$ ,  $R^2 = .17$ ,  $R^2_{aj} = .15$ ) y 2) Carrera ( $R_m = .09$ ,  $R^2 = .26$ ,  $R^2_{aj} = .22$ ).

**TABLA 23**  
**ARM para la predicción de la intención uso de**  
**condón con la pareja regular en hombres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Actitudes. Factor Hedonista	551	.173	.432	3.18	.0028
Carrera	-.352	.152	-.290	-2.14	.0385
(Constante)	1.85	.530		3.49	.0012

### **Correlaciones**

Como puede observarse, de acuerdo a los resultados, los mejores predictores de la **conducta de uso de condón** en hombres, con la pareja regular, en orden de importancia, son: Actitudes (Factor Hedonista), Intención de uso.

Las correlaciones que se muestran en la Tabla 24, nos indican lo siguiente:

1) Mientras más favorables sean las Actitudes Hedonistas y mayor sea la Intención de uso del condón, es más probable que los individuos **utilicen el condón**. Se destaca que la Norma Subjetiva, aunque no aparece como uno de los predictores de la conducta estudiada, sí presenta una correlación débil, que sin embargo es significativa.

2) En el caso de los mejores predictores de las **Actitudes Hedonistas**, se encontró lo siguiente: que a mayores creencias positivas — el uso del condón no reduce la sensibilidad —, más positivas serán las Actitudes Hedonistas. Por otra parte, se debe destacar que a pesar de que la Norma Subjetiva fue señalada en los Análisis de Regresión como uno de los principales predictores de las Actitudes, la correlación entre ambas se presenta como no significativa

3) Por último, la relación de la **Intención** con sus predictores, en especial para los estudiantes de actuaría es: a mayores Actitudes Hedonistas, mayor será la intención de usar el condón. También se destaca que aunque la Norma Subjetiva, no aparece como uno de los predictores de la conducta estudiada, sí presenta una correlación débil, que sin embargo es significativa.

TABLA 24

Correlaciones entre las variables que participaron en el modelo:  
Uso de condón con pareja regular en hombres

VARIABLES	Intención de uso	Act. Factor Hedonista	Norma Subjetiva	Carrera	Creencias: Reduce la Sensibilidad
	r	r	r	r	r
1. Frecuencia. uso del condón	.556**	.559**	.290*		
2. Actitudes. Factor Hedonista					.331*
3. Intención de uso		.440*	.367*	-.312*	

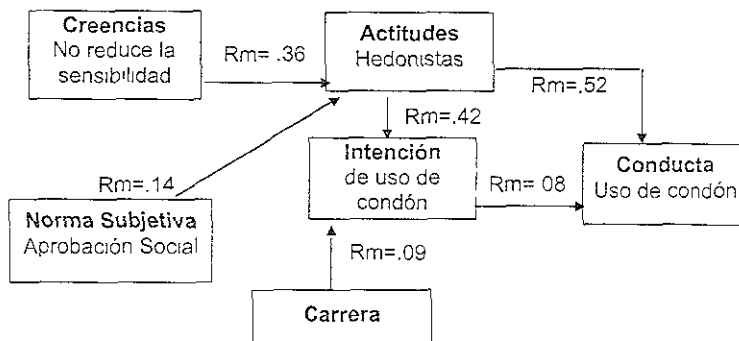
\*\*P < .001

\*P < .01

El modelo queda de la siguiente manera:

ESQUEMA 2

Modelo explicativo de los mejores predictores del uso de condón con pareja sexual regular en hombres



### 3. Modelo para el Uso del condón con la pareja ocasional en mujeres

**Primer Paso.** Los resultados del análisis, que se muestran en la Tabla 25, indican un sólo predictor del **Uso del condón** en las mujeres con la pareja ocasional: Las actitudes (Factor Hedonista) ( $R_m=.50$ ,  $R^2=.25$ ,  $R^2_{aj}=.20$ ).

**TABLA 25**  
**ARM para la predicción del uso de condón**  
**con la pareja ocasional**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Actitudes. Factor Hedonista	.848	.345	.501	2.45	.0244
(Constante)	.582	1.16		500	.623

**Segundo Paso.** Los resultados en este segundo análisis, que se muestran en la Tabla 26, indican que los mejores predictores de las **Actitudes** (Factor Hedonista) son: Creencias —El uso del condón no reduce la sensibilidad— ( $R_m=.54$ ,  $R^2=.30$ ,  $R^2_{aj}=.263$ ) y la Actitud Caro-Barato ( $R_m=.13$ ,  $R^2=.45$ ,  $R^2_{aj}=.39$ ).

**Tabla 26**  
**ARM para la predicción de las actitudes**  
**hacia el uso del condón con la pareja ocasional**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Creencias: Reduce la sensibilidad	.354	.111	.553	3.18	.005
Actitudes: Caro-Barato	.321	.140	.396	2.28	.034
(Constante)	1.17	.574		2.04	.056

Adicionalmente se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple para la **Intención** del uso del condón con la pareja sexual ocasional, los resultados que se muestran en la Tabla 27 indican que: los mejores predictores de esta intención son: 1) Actitudes (Factor Racional) ( $R_m=.57$ ,  $R^2=.32$ ,  $R^2_{aj}=.29$ ) y 2) Creencias —usar el condón reduce la sensibilidad— ( $R_m=.68$ ,  $R^2=.47$ ,  $R^2_{aj}=.41$ )

**TABLA 27**  
**ARM para la predicción de la intención uso del**  
**condón con la pareja regular en mujeres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Actitudes. Factor racional	.542	.177	.52	3.05	.0068
Creencias: Usar condón reduce la sensibilidad	.172	.078	.380	2.20	.0407
(Constante)	1.66	.846		1.97	.0644

**Correlaciones**

Como puede observarse, de acuerdo a los resultados, el mejor predictor de la **conducta de uso de condón** en mujeres, con la pareja ocasional, es: la Actitud (Factor Hedonista).

Por otra parte, en la Tabla 28 se muestran los resultados de las correlaciones significativas; en ella se destaca que mientras más actitudes favorables (Factor Hedonista) se presenten, mayor será la probabilidad de **usar el condón** con la pareja sexual ocasional; así mismo, al aumentar la actitud de que el condón no es un artículo caro y a mayores creencias sobre la no reducción de la sensibilidad al usarlo, aumentan las **Actitudes Hedonistas**; estas mismas creencias sobre la no reducción de la sensibilidad junto con el Factor Hedonista influirán en la **Intención** de uso.

**TABLA 28**  
**Correlaciones entre las variables que participaron en el modelo:**  
**Uso de condón con pareja ocasional mujeres**

VARIABLES	Actitud: Factor Hedonista	Creencias: No Reduce la Sensibilidad
	r	r
1. Frecuencia. uso del condón	.521*	
2. Actitudes. Factor Hedonista		.548*
3. Intención de uso		.407*

\*\*p < .001

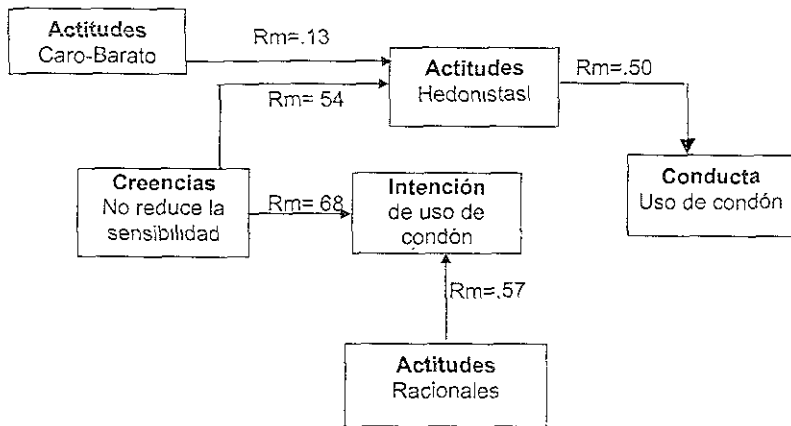
\*p < .01

Debe notarse que la Intención de uso del condón con la pareja sexual ocasional, aunque correlacionó significativamente, no apareció como variable predictora dentro de los análisis.

El modelo queda de la siguiente manera.

### ESQUEMA 3

#### Modelo explicativo de los mejores predictores del uso de condón con pareja sexual ocasional en mujeres



#### 4. Modelo para el Uso del condón con la pareja ocasional en hombres

**Primer Paso.** Los resultados del primer análisis, que se presentan en la Tabla 29, indican que los mejores predictores de la frecuencia de **Uso del condón**, con la pareja sexual ocasional, en orden de importancia son: 1) La intención ( $R_m=.44$ ,  $R^2=.19$ ,  $R^2_{aj}=.17$ ) y 2) Las Creencias: Factor Prevención ( $R_m=.13$ ,  $R^2=.33$ ,  $R^2_{aj}=.29$ ).



Tabla 29

ARM para la predicción del uso de condón  
con la pareja ocasional en hombres

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Intención. ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja regular usen condón?	.876	.260	.508	3.36	.002
Creencias. Factor Prevención	-.839	.336	-.376	-2.49	.018
(Constante)	3.40	1.69		2.017	.052

Al correr la regresión múltiple para obtener los principales predictores de la **Intención del uso del condón** con la pareja sexual ocasional no se encontraron variables que pudieran considerarse como predictoras

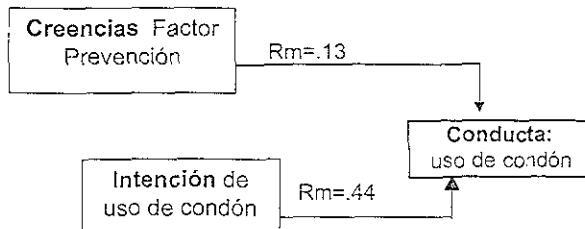
**Correlaciones**

El resultado de la correlación, indica que: 1) A mayor intención de usar el condón, con la pareja sexual ocasional, en hombres, mayor será la probabilidad de utilizarlo ( $r = .442, p=.007$ ).

El modelo queda de la siguiente manera:

**ESQUEMA 4**

Modelo explicativo de los mejores predictores del uso de condón con pareja sexual ocasional en hombres



## 5. Modelo para la Petición de uso del condón con la pareja regular en mujeres

**Primer paso.** En la Tabla 30 se presentan los resultados de análisis de regresión, en ella se muestra que los mejores predictores de la **Petición del uso** del condón en las mujeres son: 1) Actitudes (Factor Racional) ( $R_m=.46$ ,  $R^2=.21$ ,  $R^2_{aj}=.20$ ); 2) La Intención de petición de uso de condón ( $R_m=.08$ ,  $R^2=.29$ ,  $R^2_{aj}=.27$ ) y 3) Actitudes (Fácil-Difícil) ( $R_m=.03$ ,  $R^2=.33$ ,  $R^2_{aj}=.30$ ).

**TABLA 30**  
**ARM para la predicción de la petición**  
**del uso de condón con la pareja regular en mujeres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Actitudes: Factor Racional	.641	.228	.305	2.81	.006
Intención de petición de uso	.328	.118	.297	2.77	.007
Actitudes: Fácil-Difícil	.277	.135	.207	2.04	.044
(Constante)	-2.03	.981		-2.06	.042

**Segundo paso.** Los resultados de este segundo paso, que se muestran en la Tabla 31, nos indican que los mejores predictores de las **Actitudes (Factor Racional)** son: 1) Norma Subjetiva (Aprobación Social) ( $R_m=.50$ ,  $R^2=.25$ ,  $R^2_{aj}=.24$ ); 2) Motivación para complacer ( $R_m=.05$ ,  $R^2=.32$ ,  $R^2_{aj}=.30$ ) y 3) Actitudes (Factor Hedonista) ( $R_m=.04$ ,  $R^2=.36$ ,  $R^2_{aj}=.34$ ).

**TABLA 31**  
**ARM para la predicción de las Actitudes (Factor Racional),**  
**pareja regular en mujeres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Norma Subjetiva: Aprobación Social	.386	.084	.493	4.55	.001
Motivación para complacer	-.185	.069	-.268	-2.65	.009
Actitudes: Factor Hedonista	.191	.082	.241	2.30	.024
(Constante)	2.80	.333		8.40	.001

**Tercer Paso.** Los mejores predictores de la **Intención de petición** de uso del condón con la pareja sexual regular, en mujeres, en orden de importancia, son: 1) la Norma Subjetiva (Aprobación Social) ( $R_m = .45$ ,  $R^2 = .20$ ,  $R^2_{aj} = .19$ ) y 2) Carrera ( $R_m = .06$ ,  $R^2 = .26$ ,  $R^2_{aj} = .24$ ). (Tabla 32).

**TABLA 32**  
**ARM para la predicción de la intención uso de condón con la pareja regular en mujeres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Norma Subjetiva: Aprobación Social	.654	.153	.439	4.25	.0001
Carrera	-.320	.139	-.238	-2.30	.0244
(Constante)	.856	.598		1.43	.157

**Cuarto Paso.** En relación con la Actitud Fácil-Difícil, el ARM, indica que no existe ninguna variable predictora de ésta.

**Quinto Paso.** En la Tabla 33, se muestran los resultados del ARM para la Actitud Hedonista; su mejor predictor es: Creencia: usar el condón no reduce la sensibilidad ( $R_m = .24$ ,  $R^2 = .06$ ,  $R^2_{aj} = .04$ ).

**TABLA 33**  
**ARM para la predicción de las Actitudes (Factor Hedonista) con la pareja regular en mujeres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Creencias: Usar condón no reduce la sensibilidad	.153	.068	.247	2.22	.029
(Constante)	2.69	.219		12.31	.001

### **Correlaciones**

Las correlaciones, que se pueden observar en la Tabla 34, indican lo siguiente:

1) Mientras más prevalezca la Actitud (Factor Racional) de que pedir el uso del condón es algo bueno, inteligente y benéfico, mayor sea la intención de

pedir su uso y más fácil se considere su uso, mayores son las posibilidades de que se **use el condón**, con la pareja sexual regular en mujeres..

2) Al aumentar el acuerdo con la Norma Subjetiva (Aprobación Social), la Motivación para Complacer y las Actitudes Hedonistas, aumentará también el Factor Racional de las **Actitudes**.

3) En los estudiantes de la Carrera de Actuaría, mientras mayor **Intención** de petición de uso del condón, mayor acuerdo con la Norma Subjetiva, es decir, con lo que sus padres, amigos y pareja sexual manifiesten (Factor Aprobación Social).

4) A mayor creencia de que el uso del condón no reduce la sensibilidad, mayores serán las **Actitudes Hedónicas**.

**TABLA 34**

**Correlaciones entre las variables que participaron en el modelo de Petición de uso del condón con la pareja regular en mujeres**

Variables	1	2	3	4	5	6
	r	r	r	r	r	r
1. Frecuencia de uso del condón						
2. Actitudes: Factor Racional	.426**	x				
3. Actitudes Factor Hedonista	.220*	.403**	x			
4. Intención de Petición de Uso	.418**	.427**	.338**	x		
5. Actitudes: Fácil-Difícil	.309**	.217*			x	
6. Norma Subjetiva: Aprobación Social	.332**	.488**	.374**	.430**		x
7. Motivación para complacer						.242*
8. Creencias: No reduce la sensibilidad			.252*	.260*		

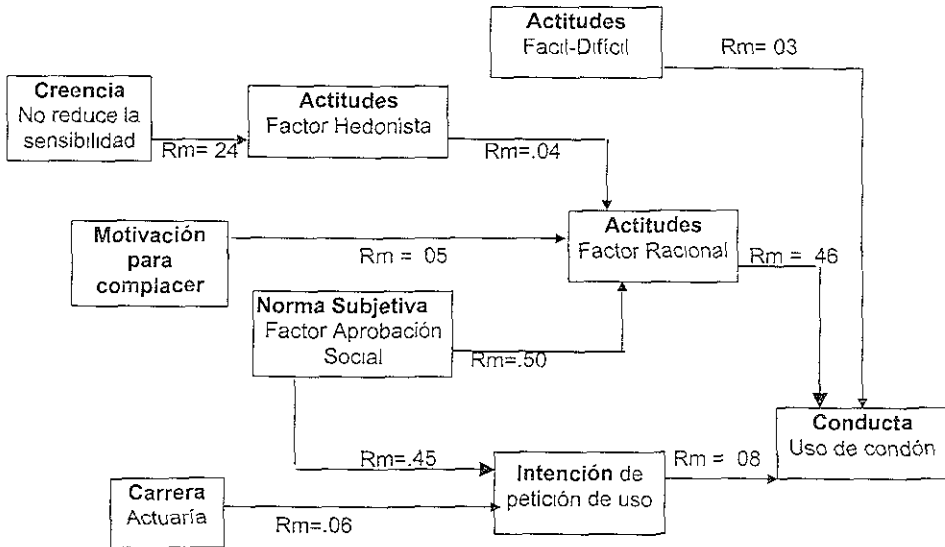
\*\*  $p < .001$

\*  $p < .01$

El modelo quedó de la siguiente manera:

### Esquema 5

Modelo explicativo de los mejores predictores de la Petición de uso de condón con pareja sexual regular en mujeres.



### 6. Modelo para la Petición de uso del condón con la pareja regular en hombres

**Primer paso.** El análisis, que se muestra en la Tabla 35, indica que los mejores predictores de la **Petición de uso del condón**, en orden de importancia son 1) La Intención ( $R_m=.58$ ,  $R^2= .34$ ;  $R^2_{aj}=.33$ ) y 2) La Motivación para Complacer (Factor Complacencia) ( $R_m=.15$ ,  $R^2=.40$ ,  $R^2_{aj}=.37$ ).

**TABLA 35**  
**ARM para la predicción de Petición de uso**  
**de condón con la pareja regular en hombres.**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Intención. ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja regular usen condón?	.620	.115	.652	5.36	.0001
Motivación para complacer . Factor complacencia	-.330	.161	-.249	-2.05	.0465
(Constante)	2.09	.522		4.00	.0002

**Segundo paso.** El ARM indicó, como se muestra en la Tabla 36, que el único predictor de la intención de pedir el uso del condón con la pareja sexual regular son las Actitudes (Factor Racional) ( $R_m = .57$ ,  $R^2 = .33$ ,  $R^2_{aj} = .31$ ).

**TABLA 36**  
**ARM para la predicción de la intención de Petición de uso de condón**  
**con la pareja regular en hombres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Actitudes. Factor Racional	1.005	.212	.575	4.72	.0001
(Constante)	-1.23	.951		-1.29	.2023

**Tercer paso.** Los mejores predictores de la Actitud (Factor Racional), que se muestran en la Tabla 37, son: 1) Autopercepción de riesgo ( $R_m = .60$ ,  $R^2 = .36$ ,  $R^2_{aj} = .34$ ) y la Norma Subjetiva (Aprobación Social) ( $R_m = .06$ ,  $R^2 = .44$ ,  $R^2_{aj} = .41$ ).

**TABLA 37**

**ARM para la predicción de la Actitud (Factor Racional) con la pareja regular en hombres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Autopercepción de Riesgo	-.358	.071	-.562	-4.93	.000
Norma Subjetiva: Aprobación Social	.322	.129	.282	2.48	.016
(Constante)	4.03	.552		7.29	.000

**Correlaciones**

Como puede observarse en la Tabla 38, los resultados indican que:

1) A mayores puntajes de: Intención de pedir el uso del condón, Actitud (Factor Racional) hacia la petición de uso y mayor puntuación en el acuerdo con la Norma Subjetiva (Aprobación Social), mayores probabilidades existen de que pidan el uso del condón y

2) Mientras mayor sea su Actitud (Factor Racional) y mayor sea el acuerdo con la Norma Subjetiva (Aceptación Social), mayor será la Intención de Petición de uso.

3) Cuanto menor sea la Autopercepción de Riesgo de contraer el VIH/SIDA, mayor será el puntaje obtenido en la Actitud Racional y a mayor acuerdo con la Norma Subjetiva, mayor será la Actitud Racional.

**TABLA 38**

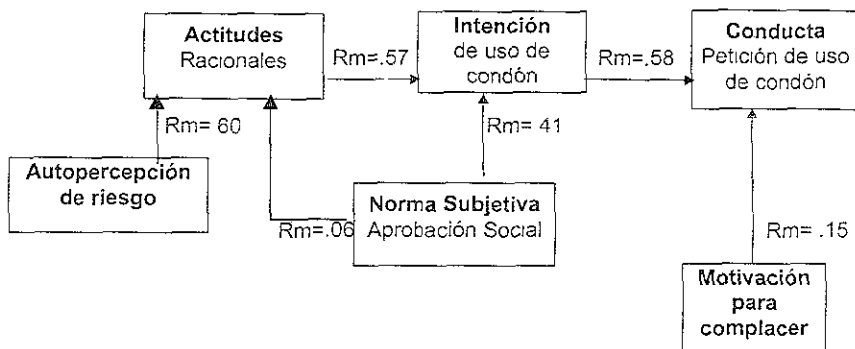
**Correlaciones entre las variables que participaron en el modelo:  
Petición de Uso de condón con pareja regular en hombres**

VARIABLES	Intención de uso	Act. Factor Racional	Norma Subjetiva	Auto-percepción de riesgo
	r	r	r	r
1. Frecuencia. uso del condón	.578**	.347*	.290*	
2. Intención de Petición de uso		.528**	.290*	
3. Actitudes (Factor Racional)			.339*	-.570**

El modelo queda de la siguiente manera:

### ESQUEMA 6

Modelo explicativo de los mejores predictores de la Petición de uso de condón con pareja sexual regular en hombres.



## 7. Modelo para la Petición de uso del condón con la pareja ocasional en mujeres

**Primer paso.** El predictor de la **Petición de uso** del condón con la pareja ocasional en mujeres es: Actitudes (Factor Hedonista) ( $R_m=.55$ ,  $R^2=.30$ ,  $R^2_{aj}=.25$ ) (Tabla 39).

TABLA 39

ARM para la predicción de la Petición de uso de condón con la pareja ocasional

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Actitudes: Factor Hedonista	.921	.361	.550	2.55	.022
(Constante)	.055	1.26		.044	965

**Segundo paso** En esta sección, se presentan los resultado del ARM para la Actitud Hedonista, los datos, que se muestran en la Tabla 40, señalan



como mejor predictor a la Creencia de que usar el condón no reduce la sensibilidad ( $R_m=.58$ ,  $R^2=.34$ ,  $R^2_{aj}=.30$ ).

**TABLA 40**  
**ARM para la predicción Actitud (Factor Hedonista) de la Petición de uso de condón con la pareja ocasional en mujeres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Creencias Usar condón no reduce la sensibilidad	.361	.124	.587	2.90	.010
(Constante)	2.35	.389		6.04	.000

**Tercer paso.** Adicionalmente se obtuvieron los mejores predictores de la **Intención** de la Petición de uso del condón con la pareja ocasional en mujeres, los resultados que se muestran en la Tabla 41, en orden de importancia, son: 1) Actitud (Factor Racional) ( $R_m=.77$ ,  $R^2=.60$ ,  $R^2_{aj}=.57$ ) y 2) la Norma Subjetiva (Aprobación Social) ( $R_m=.07$ ,  $R^2=.71$ ,  $R^2_{aj}=.67$ ).

**TABLA 41**  
**ARM para la predicción de la Intención de la Petición de uso de condón con la pareja ocasional en mujeres**

Predictores	B	EEB	Beta	T	Sig. T
Actitud: Factor Racional	.884	.216	.618	4.07	.0010
Norma Subjetiva: Aprobación Social.	.357	.145	.372	2.46	.0264
(Constante)	-1.06	.960		-1.10	.2845

### Correlaciones

En la Tabla 42, se presentan las correlaciones de los factores que fueron obtenidos como mejores predictores, en ella se puede ver lo siguiente:

1) A mayor Actitud Racional, mayores creencias de que no se reduce la sensibilidad con el uso del condón y mayor aceptación a la Norma Subjetiva, mayor será la Intención de Petición de uso del condón.

2) A mayor Actitud Hedonista hacia la Petición de uso del condón, mayor Frecuencia de su uso.

3) A mayor Creencia de que el uso del condón no reduce la sensibilidad, mayores Actitudes Hedonistas y mayor aprobación con la Norma Subjetiva (Aprobación Social).

**TABLA 42**

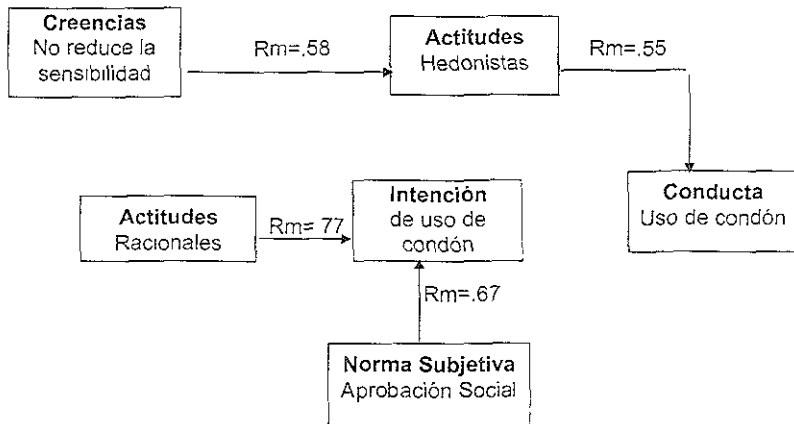
**Correlaciones entre las variables que participaron en el modelo:  
Petición de uso de condón con pareja ocasional en mujeres**

VARIABLES	Intención de petición de uso	Act. Factor Hedonista	Creencia no reduce sensibilidad
	r	r	r
1. Frecuencia uso del condón		.551*	
2. Actitudes: Factor Hedonista			.586*
3. Actitudes: Factor Racional)	.727**		
4. Creencias: el uso del condón reduce la sensibilidad	.483*		
5. Norma Subjetiva: Aprobación Social	.677**		.482*

El modelo quedó de la siguiente manera:

## ESQUEMA 7

### Modelo explicativo de los mejores predictores de Petición de uso de condón con pareja sexual ocasional en mujeres



### 8. Modelo para la Petición de uso del condón con la pareja ocasional en hombres

No se encontraron predictores de la conducta: Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional, ni predictores para la Intención de Petición de uso.

#### Correlaciones

A continuación se presentan en la Tabla 43 las correlaciones más importantes encontradas entre las variables que se incluyeron en el modelo:

1) A mayor Creencia Preventiva, mayor Creencia de que usar el condón no es pecado y mayor acuerdo con la Norma Subjetiva.

2) A mayor Creencia de que usar el condón no es pecado, mayor Actitud Hedonista hacia la Petición de uso del condón

3). A mayor acuerdo con la Norma Subjetiva (Aprobación Social), mayor Actitud Racional hacia la Petición de uso del condón.

4) A mayor Creencia de que el uso del condón no reduce la sensibilidad y a mayores Actitudes Hedonistas y de que el costo del condón es económico, tendremos mayores Actitudes de que su uso es fácil.

5) A mayores Creencias de que el uso del condón no reduce la sensibilidad, mayores Actitudes de que el condón es económico.

**TABLA 43**

**Correlaciones entre las variables que participaron en el modelo:  
Petición de Uso de condón con pareja ocasional en hombres**

Variables	Creencias	Actitudes			
	Prevención	Hedonista	Racional	Fácil-Difícil	Caro-Barato
	r	r	r	r	r
1 Norma Subjetiva: Aprobación Social	.396*		.517**		
Creencias: Usar condón no es pecado	.384*	.384*			
2 Creencias: Reduce la sensibilidad				.440**	.478**
3. Actitudes: Factor Hedonista				.694**	
4 Actitudes: Caro-Barato				.567**	

### Percepción de riesgo

En general, se observa que la población se percibe con poco riesgo ( $X=2.4$ ); por sexo, las mujeres, se perciben con menor riesgo que los hombres ( $X=2.35$  y  $X=2.49$ , respectivamente).

Para conocer si el sexo, la vida sexual y la carrera tienen influencia en la autopercepción de riesgo de desarrollar VIH/SIDA, se corrió un ANOVA de tres vías. Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas en la interacción carrera y vida sexual ( $F_{3, 479} = 4.203$ ,  $p = .04$ ). Al aplicar una prueba post-hoc (Sheffé), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas,

sin embargo, se observan las siguientes tendencias: los Actuarios(as) que no han tenido vida sexual, se sienten en menor riesgo ( $X=2.19$ ) que los Biólogos(as) que no han tenido relaciones sexuales ( $X=2.57$ )., por otra parte, aquellos que han tenido vida sexual, tanto Biólogos(as) como Actuarios(as), obtuvieron promedios muy similares ( $X=2.42$  y  $X=2.49$  respectivamente).

Asimismo, para conocer si el uso del condón tiene influencia en la percepción de riesgo, se formaron 3 grupos por frecuencia de uso del condón con la pareja regular (1=nunca, 2=A veces y 3=Siempre) y se corrió un análisis One way. Los resultados indican que la frecuencia de uso del condón con la pareja sexual regular, no tiene ninguna influencia en la percepción de riesgo.

## CAPÍTULO 5

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio se intenta aportar información sobre la relación que existe entre una conducta específica como es el uso del condón y una conducta probable como lo es la intención de uso del condón (en hombres y mujeres) con algunas variables psicosociales que se han considerado como relevantes para la predicción de las primeras

La finalidad de estudiar este tipo de variables psicosociales, apunta a la necesidad de trabajar en la prevención de infecciones transmitidas sexualmente (ITS), donde se incluye el VIH/SIDA, tanto de nuevos contagios como de reinfecciones. México, es un país en vías de desarrollo, el cual no cuenta con una cobertura que permita atender al creciente número de enfermos y los costos de atención por paciente rebasan la capacidad económica del sistema nacional de salud. Esta situación hace urgente trabajar sobre las cuestiones preventivas.

**Conocimientos sobre el VIH/SIDA.** Para promover programas de intervención se requiere en primer lugar saber si la población cuenta con los conocimientos suficientes sobre sus formas de transmisión y prevención. En este sentido, una parte importante de la población reconoce que el VIH se transmite por vía sexual y por uso de sangre y hemoderivados contaminados, esto significa que el primer paso recomendado por la OMS para prevenir la enfermedad (obtención de conocimientos), al menos en esta población, se puede considerar satisfactorio. Datos similares se han venido encontrando, tales como los de Villagrán (1993) y Alfaro (1995). Sin embargo, aún existen en nuestro país sectores poco informados, por lo que se recomendaría trabajar con ellos, para lo cual es necesario considerar el sexo y el nivel socioeconómico, como ejes principales, a fin de conocer los motivos por los que no se ha tenido acceso a la información.

Los resultados de la investigación señalan que un alto porcentaje de la población reconoce la existencia de un período asintomático, durante el cual es posible el contagio, además de reconocer que no existe cura para tan letal enfermedad; este tipo de resultados también ha sido reportada en otras investigaciones (Villagrán, 1993; Alfaro, 1995; González, 1998), no así, en una

población obrera (Alcantar, Rodríguez, y Ugalde, 1999), en donde la desinformación es mayor. Es posible que la información proporcionada por los medios de comunicación formales e informales no hayan tenido el impacto deseado. Es necesario reconocer que aunque sea poca la población que aún carece del conocimiento sobre la asintomaticidad de la enfermedad, se debe insistir en la popularización del conocimiento sobre la historia biológica del padecimiento; sin embargo, aunque la población reconozca que existe un período asintomático, esto no garantiza que no se involucren en conductas de riesgo.

**Patrón Sexual.** Otro tema que ocupa el presente trabajo es conocer las prácticas sexuales de riesgo; así, la población estudiada, presenta patrones sexuales que revelan que los hombres se inician a edad más temprana y tienen más parejas sexuales en la vida que las mujeres. Este patrón sexual coincide con los datos reportados en décadas pasadas por Pick (1988), Villagrán (1993), Alfaro (1995) y González (1998).

Al parecer este tipo de patrones están sustentados por la cultura, en estudios sobre masculinidad (Lundgren, R., 2000), se ha encontrado que las mujeres esperan que sus parejas sexuales tengan mayor experiencia que ellas mismas; esta misma creencia se ve expresada por los varones. Esto significa que se alienta más a los hombres a tener actividad sexual que a las mujeres. Si bien es una práctica dada culturalmente, la cual sería difícil de modificar (que no imposible), lo que se recomendaría sería promover las prácticas preventivas, tales como sexo seguro o protegido, la abstinencia y la relación mutuamente monógama con parejas no infectadas.

Ahora bien, se sabe que la información es necesaria pero no suficiente para promover cambios conductuales (Bayés, 1989), lo cual nos lleva al estudio de otros factores psicosociales como los que se utilizaron en el presente estudio.

La creencia popular señala que una de las causas de la adquisición del VIH es la "infidelidad", este concepto tiene interpretaciones tan amplias que sería difícil intervenir, sin embargo, la epidemiología ha señalado conductas muy específicas, que son las causantes directas e inmediatas de la adquisición de VIH, tal como lo es el acto sexual, específicamente el contacto entre mucosas (penetración vaginal o anal sin protección). A este respecto, Bayés (op. Cit.) dice, que es muy probable que la gente continúe teniendo relaciones sexuales sin

protección porque el efecto inmediato obtenido es placentero, es decir, existe una asociación directa e inmediata entre la conducta y el placer, mientras que no se asocia directamente con las infecciones transmitidas sexualmente (como el VIH) ya que los efectos en el organismo aparecen después de semanas, meses o incluso años.

La forma de transmisión de la que ahora nos ocupamos es la sexual y el único método reconocido y recomendado hasta ahora para evitar el contagio, cuando la elección de práctica sexual es la penetración (sea oral, vaginal o anal), es el uso del condón y, dado que ésta conducta depende de múltiples factores que serían imposibles de tratar en este trabajo, se intentó estudiar algunos de los que se ha probado tienen influencia en ella, dentro del Modelo de la Teoría de la Acción Razonada, tales como la intención de uso y la intención de petición de uso del condón, actitudes hacia el uso del condón (conducta meta), creencias sobre su uso, norma subjetiva y motivación para complacer, añadiendo al modelo una variable más que se refiere a la percepción de riesgo de adquirir la enfermedad, considerando que se ha documentado también que el uso del condón varía dependiendo del sexo (hombre, mujer) y del tipo de pareja con el que se pretenda usar (regular y ocasional).

El estudio analiza el uso y la petición de uso del condón de manera igual en hombres y mujeres, sin embargo, hay que tener presente que en nuestro país estas conductas tienen diferente significado para cada sexo. Por una parte, es el hombre quien usa el condón y no la mujer, pues los condones femeninos no sólo son caros, sino que además son muy difíciles de adquirir, lo que pone automáticamente a la mujer en una posición desventajosa, por lo que para la mujer la petición de uso del condón se convierte en una meta a lograr antes de llegar a la conducta: uso del condón; mientras que para el hombre "pedir el uso del condón" puede ser en algunos casos una verdadera imposición, por lo que es conveniente no perder esta perspectiva al interpretar los resultados.

A partir del estudio de los resultados obtenidos en esta investigación concluimos que las hipótesis planteadas al iniciar este trabajo a partir del Modelo de la Teoría de la Acción Razonada, no se cumplen en todos los casos.

La hipótesis 1 que plantea que el *mejor predictor* del uso y petición de uso del condón serán las *intenciones*, sólo se cumple plenamente en 3 de los 8 modelos estudiados



- a) Uso de condón en mujeres con pareja regular,
- b) Uso de condón en hombres con pareja ocasional,
- c) Petición de uso de condón en hombres con pareja regular.

Y se cumple parcialmente en 2 modelos donde aparece como predictor en segundo lugar y que son:

- a) Uso de condón en hombres con pareja regular,
- b) Petición de uso en mujeres con pareja regular.

En cuanto a la Hipótesis 2, que afirma que el mejor **predictor de la intención** de uso y de petición de uso de condón con la pareja regular será el acuerdo con **la norma subjetiva**, se cumplió plenamente en las mujeres, tanto en el uso como en la petición, mientras que estuvo totalmente ausente en los hombres, siendo las actitudes el predictor.

La Hipótesis 3, que plantea que en el caso de las parejas ocasionales, el mejor **predictor de la Intención** serán las **Actitudes**, tanto en uso como en petición de uso de condón, no se cumplió en ningún caso.

En este sentido, lo que en la presente investigación se destaca en cuanto a mujeres, es que el mejor predictor tanto de uso como de petición de uso del condón con la **pareja ocasional** es la **actitud hedonista** y atrás de ésta, sustentándola se encuentran las creencias sobre cómo el condón puede afectar la sensibilidad durante la relación sexual. Estos resultados no coinciden con los reportados por Fishbein (1990) quien afirma que el mejor predictor de la petición de uso del condón es la intención y sustentándola las actitudes; la diferencia con el presente estudio es que en éste, los mejores predictores de petición de uso son las actitudes, esto es, aquí, sólo en el primer modelo la intención es el mejor predictor. Sin embargo, es importante considerar que en ambos grupos de mujeres estudiantes se encuentran detalles compartidos que implican al modelo. **Las actitudes** y como determinantes de éstas aparecen las creencias, en uno (Fishbein, 1990) referidas a los beneficios de salud que implica el acto de pedir el uso del condón durante la relación sexual (protección contra infecciones transmitidas sexualmente, entre ellas el VIH/SIDA y la prevención del embarazo) y en el otro las creencias sobre la pérdida de sensibilidad durante el coito

Lo anterior hace pensar que las mujeres presentan posturas más individualista que colectivistas cuando se trata de una relación *no formalizada*.

Estos hallazgos apuntan a la necesidad de crear programas de intervención en donde se erotice el uso del condón, de tal forma que se disminuyan las creencias sobre la reducción de la sensibilidad al utilizarlo, con lo cual, se hará más probable la actitud hedonista, lo cual llevará al aumento de la probabilidad de su uso. Al parecer la relación con la pareja ocasional está muy vinculada al placer. La información anteriormente expuesta, debe ser tratada con precaución y no debe generalizarse a otros sectores, ya que el número de mujeres que participaron en el estudio es reducido.

Continuando con mujeres, este patrón no se encuentra al tratarse de *parejas regulares*, ya que los mejores predictores resultaron ser la *intención* y el *factor racional* y sustentándolos se encontró, en ambos predictores la *norma subjetiva*, lo que coincide plenamente con Díaz-Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos (1994) quienes afirman en su discusión que la norma subjetiva aumenta su influencia cuando se trata de parejas regulares y que las actitudes se vuelven centrales al tratarse de parejas ocasionales. También, en el estudio realizado con mujeres obreras y estudiantes (Alcantar, Rodríguez y Ugalde, 1999), se observó en la población con pareja regular que la norma subjetiva fue el mejor predictor de las intenciones de pedir el uso del condón. Por su parte Rivera Aragón (1995), concluye que existen más probabilidades de que los adolescentes utilicen el condón cuando existe más presión social hacia ello. Esto indica que para aumentar la probabilidad del uso se debe hacer trabajo con los personajes importantes: padres, amigos y pareja. Al parecer, los hallazgos indican que al tratarse de la pareja regular, la petición de uso del condón no se vincula con el placer, si no más bien con lo racional, lo cual puede llevar a pensar que se asocia con la planificación familiar, más que con el evitar las infecciones transmitidas sexualmente y que para pedir su uso es necesario la existencia de una evaluación que pase por la racionalidad.

Por otra parte, al analizar los cuatro modelos hasta ahora discutidos, se encuentra que solamente uno, aquel que se probó para el uso del condón con la pareja regular, coincide con el Modelo de la Teoría de la Acción Razonada, en cuanto a considerar la intención de uso como el mejor predictor. En los tres restantes, el peso descansa en las actitudes, ya sean hedonistas o racionales,

por lo que prestar atención en aumentar las creencias que influyen en las actitudes, aumentará la probabilidad de la aparición de la conducta deseada, que en este caso particular se refiere al uso y petición de uso del condón.

Al analizar a la población masculina estudiada, se destaca que existen diferencias en cuanto a la petición y al uso con la **pareja regular**; esto es, no es lo mismo tener **la intención de pedirlo** que utilizarlo, ya que esto último requiere de **actitudes hedonistas** (tal como aparece en la conducta femenina solamente exhibida con la pareja sexual ocasional, tanto en la petición como en el uso) y el pedirlo requiere de **la intención**, la cual se sostiene **con actitudes racionales**, esta situación es similar al patrón encontrado con la pareja regular en la petición de uso de las mujeres, esto es, tanto hombres como mujeres requieren de una justificación que tiene que pasar por lo racional más que por lo emotivo para pedirle a sus respectivas parejas la utilización del condón.

El último modelo probado para hombres, es el del uso del condón con la **pareja ocasional**, aquí se encontró que la **intención** fue el mejor predictor; este modelo y el utilizado para la petición de uso del condón con la pareja regular, coinciden con la teoría propuesta, sin embargo, al menos en esta investigación, no se encuentra factor alguno con el cual pueda esta trabajarse a fin de aumentar la intención de uso, ya que no se encontró ninguno de los factores incluidos en el análisis como mejor predictor de ésta.

Estos resultados coinciden parcialmente con los hallados por Diaz-Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos (1994) en donde el mejor predictor en hombres tanto con la pareja regular y la ocasional en cuanto al uso y petición de uso son las intenciones.

La afirmación de la Teoría de que será la intención el mejor predictor de la conducta, sólo se cumple para los hombres, en el uso del condón con la pareja ocasional y en la petición de uso con la pareja regular y no se cumple en uso con la pareja regular ni petición de uso con la pareja ocasional; en cuanto a esto último, se recomienda realizar un estudio exploratorio, en donde se utilice una metodología cualitativa, que ponga al descubierto factores que influyan en estos casos.

Para la mejor comprensión de los mejores predictores obtenidos en los ocho modelos estudiados, incluimos a continuación el siguiente cuadro:

<b>MODELO</b>	<b>PREDICTOR CONDUCTA.</b>	<b>PREDICTOR INTENCION</b>
1- Mujer, uso, pareja regular.	Intención	Norma Subjetiva
3- Mujer, uso, pareja ocasional.	Actitudes Hedonistas	Creencias
5- Mujer, petición, pareja regular	Actitudes Racionales	Norma Subjetiva
7- Mujer, petición, pareja ocasional	Actitudes Hedonistas	Creencias
2- Hombre, uso, pareja regular.	Actitudes Hedonistas	Actitudes Hedonistas
4- Hombre, uso, pareja ocasional.	Intención	No hay
6- Hombre, petición, pareja regular	Intención	Actitudes Racionales
8-Hombre, petición, pareja ocasional	No hay	No hay

En cuanto a la percepción de riesgo, no fue considerada de importancia para predecir el uso del condón, ni la petición de uso, para ningún tipo de pareja, ni por sexo; sin embargo, se puede observar que independientemente del sexo, carrera o vida sexual todos(as) se perciben con bajo riesgo de adquirir VIH/SIDA.

En este sentido se recomienda explorar los mecanismos que llevan a los individuos con riesgo potencial a no percibirse en riesgo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Allport G. Attitudes. En: Fishbein, M. (1967). **Readings in attitude theory and measurement**. Nueva York: John Willey and Sons, Inc.
- Alfaro Martínez, L. B. (1992). Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria. *La Psicología Social en México V. 4*. pp. 95-101
- Alfaro Martínez, L. B. (1995). **El Modelo de Acción Razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio del VIH**. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alfaro Martínez, L. B., Rivera Aragón, S., Díaz-Loving, R. (1991). Actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, V 4., N° 2*, pp. 151-165.
- Alfaro Martínez L., Díaz Loving, R.(1994). Factores psicosociales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos. *La Psicología Social en México. Vol. 4*, pp. 636-641.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). **Understanding attitudes and predicting social behavior**. Prentice-Hall, Inc.
- Bayés, R. (1989). La prevención del SIDA. *Cuadernos de salud, V. 2*, pp. 45-55.
- Bayés, R. (1992). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 24*, N° 1-2, pp. 35-56.
- Castro Pérez (1988) Aspectos psicosociales del SIDA. *Salud Pública de México. (30) 4*, pp. 629-634.
- Caldwell, J. y Caldwell, P. (1996) Epidemia africana de SIDA. *En: Investigación y Ciencia, mayo, 1996*.
- Cuello, J. y Echebarría, I. (1994). **El sistema inmunitario y el SIDA**. Barcelona. Fundación La Caixa.
- Cuello, J. y Echebarría, I. (1997). **El sistema inmunitario y el SIDA, Actualización de contenidos**. Barcelona. Fundación La Caixa.
- Díaz-Loving R. (1994). Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA. En: Piña J. (comp.): **SIDA y salud en México**. Perspectiva

- psicológica de un problema de salud mundial. Universidad de Sonora. México pp. 93-109.
- Díaz-Loving, R. y Rivera Aragón, S. (1992). Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. *Investigación Psicológica Vol. 2 N° 1*, pp. 27-38.
- Díaz-Loving, R. y Rivera Aragón, S. (1995). Prevención de contagio de VIH. Aplicación de la Teoría de la Acción Razonada a la predicción del uso del condón. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 13*, pp. 71-87.
- Díaz-Loving, R., Rivera Aragón, S. y Andrade Palos, P. (1994). La Teoría de la Acción Razonada en la predicción de uso y petición de uso de condon. *La Psicología Social en México, Vol. 4*, 608-615.
- Díaz-Loving, R., Pick de Weiss, S. Andrade Palos, S. (1988). Obediencia, asertividad y planeación al futuro como precursores del comportamiento sexual y anticonceptivo del adolescente. *La Psicología Social en México, Vol. 2*, pp. 336-341.
- Díaz-Loving, R., (1998) Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA. En prensa.
- Diccionario de las Ciencias de la Educación* (1983). México Ed. Nuevas Técnicas Educativas.
- Fishbein, M. (1967). Readings in Attitude Theory and Measurement. John Wiley & Sons, Inc. pp. 389-390.
- Fishbein, M., Salazar, J. M., Rodríguez, P., Middlestadt, S., Himmelfarb, T. (1988). Predicción del uso de cinturones de seguridad en estudiantes venezolanos. Una aplicación de la teoría de la acción.razonada. *Revista. de Psicología Social y Personalidad, Vol. 4, N° 2*, pp. 19-41.
- Fishbein, M. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. *Revista. de Psicología Social y Personalidad, Vol. 6 No. 1-2*, pp. 1-16.
- Flores Galaz, M. y Díaz-Loving, R. (1992). Actitudes hacia la salud, enfermedad y SIDA. *La Psicología. Social en México. Vol. 4*, pp. 83-134.
- Flores Galaz, M. y Díaz Loving, R. (1995). Locus de control, asertividad y comunicación en la prevención. del SIDA. *La Psicología Social en México. Vol. V*, pp. 622-627.

- Gallo, R. y Montagnier, L. (1989). El SIDA hoy. En: **Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA**, pp. 8-17. Barcelona: Prensa Científica.
- Gómez Dantes, H. (1997). SIDA y ETS. Qué se ha hecho y qué se debe hacer. **IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina**. Cocoyoc, Morelos, México. 2-6 de junio de 1997.
- Gómez Vergara, M. A y Muñoz Sánchez, M. S.(1993). **Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condón: Percepción de riesgo**. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Haseltine, W. y Wong-Staal, F. (1989) Biología molecular del virus del SIDA. En: **Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA**, pp. 20-21. Barcelona: Prensa Científica.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1997). **Metodología de la Investigación**. México: McGraw-Hill.
- Izazola, J. A., Valdespino, J. L., Juárez, L. G., Mondragón, M. y Sepúlveda, J. (1989). Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el SIDA. Bases para el diseño de programas educativos. En: Sepúlveda-Amor, J. **SIDA, Ciencia y Sociedad**. Biblioteca de la Salud. México: F.C.E..
- Kornblit, A. L. (1997). SIDA y ETS: Qué se ha hecho y qué se debe hacer. **IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina**, Cocoyoc, Morelos, México. 2-6 de junio de 1997.
- López Muñoz, A, Villagrán, G. y Díaz-Loving, R. (1995). Percepción de riesgo, atribución de contagio y aspectos emocionales en relación al SIDA. **La Psicología Social en México. Vol. V**, pp. 594-599.
- Lundgren, Rebeka (2000). **Protocolo de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones jóvenes en América Latina**. OPS.
- Mann, J. M. (1992). El SIDA en los noventas. **Rev. Ciencias N° 33**. Fac. de Ciencias, UNAM.
- Marchetti, R, Rodríguez, G. E., Rodríguez, A. (1996) Los adolescentes y el SIDA: La importancia de la educación para la prevención. **SIDA/ETS; Vol. 2, N° 2**, pp. 61-69.
- Matthews, T. y Bolognesi, D., 1989. Vacunas del SIDA En: **Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA**, pp. 97-105. Barcelona: Prensa Científica.

- Nájera Morrondo, R. (1989). Epidemiología del SIDA en España. En: **Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA**, pp.40-47. Barcelona: Prensa Científica.
- ONUSIDA y OMS, 1996. Informe final. Estado y tendencias de la pandemia mundial del VIH/SIDA. Vancouver, Canadá, 5 y 6 de julio de 1996
- OPS/OMS (1997). Informe trimestral, 10 de marzo.
- Orsi, A. (1988). **Actitudes y conducta. Algo más que psicología social**. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias. **Revista de Psicología Social y Personalidad, Vol. 7 (1)** pp. 61-79.
- Perelló, M., Villagrán Vázquez, G. y Barocio Rocha, S (En prensa). Predictores de uso de condón en mujeres. **En La Psicología Social en México, Vol. VII**.
- Preciado, J. y Montesinos, L. (1992). El SIDA: desafíos para la psicología. **Revista Latinoamericana de Psicología Vol. 24**, N° 1-2, pp. 177-187.
- Ramírez Piñón, L. M. (1993). **Percepción de riesgo de contraer SIDA estudiantes universitarios**. Tesis de licenciatura en Psicología Social (no publicada). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ramos, L., Díaz Loving, R. Saldivar, M. y Martínez, Y. (1992). Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios. **Salud Mental, Vol. 15, N° 4**, pp. 12-20.
- Redfield R., R. y Burke, D. (1989) Infección por VIH: cuadro clínico. En: **Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA**, pp. 67-77. Barcelona: Prensa Científica.
- Rico, B. y Uribe, P. (1933). **¿Qué onda con el SIDA?** ADN Editores, México
- Rivera Aragón, S. y Díaz Loving, R. (1944). Actitudes, normas subjetivas y creencias en relación al uso del condón. **La Psicología Social en México, Vol. 4**, pp. 628-635.
- Reich, B. y Adcock, C. (1980). **Valores, actitudes y cambios de conducta**. CECSA, México.
- Rokeach M. (1974). Naturaleza de las actitudes. En: **Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. Vol. 1**, pp. 15-30, Ed. Aguilar, México.
- Sepúlveda-Amor, J., Bronfman, M., Ruiz Palacios, G., Stanislawski E. y Valdespino, J. L. (1989) **SIDA, Ciencia y Sociedad**. Biblioteca de la Salud. F.C.E., México. SIDA/ETS (1996), Vol. 2, N° 4. Sistema Nacional de Salud.



- Torres Maldonado, K. B. (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 en Psicología Clínica (no publicada). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Torres Maldonado, K., Alfaro Martínez, L., Díaz-Loving, R., Villagrán, G. (1995). La atribución del origen del SIDA, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio de VIH. ***La Psicología Social en México, Vol. 5,*** pp. 616-621.
- Townsen, J.; Mondragón, M.; Izazola, A.; y Valdespino (1989). Prácticas sexuales en estudiantes universitarios. CONASIDA. Boletín Mensual.
- 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. ***Psicología Social en México, Vol. III,*** pp. 305-309.
- Villagrán Vázquez, G. (1993). ***Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso de condón.*** Tesis de maestría, UNAM.
- Villagrán Vázquez, G. y Díaz-Loving, R. (1992a): Conocimiento sobre SIDA. Prácticas sexuales, actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. ***Revista Mexicana de Psicología, Vol. 9 No. 1,*** pp. 35-40.
- Villagrán Vázquez, G. y Díaz-Loving, R.(1992b). Hacia un modelo explicativo del uso del condón en estudiantes universitarios. ***La Psicología Social en México, Vol. 4.*** pp. 89-94.
- Vizconde Pantoja, L. P. (1997). ***Percepción de riesgo de contraer SIDA en mujeres.*** Tesis de licenciatura en Psicología Social (no publicada). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Weber, J. y Weiss, R., (1989) Infección por CIH: Cuadro celular. En: ***Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA,*** pp. 78-85. Barcelona: Prensa Científica.
- Young, et al. (1967). ***Psicología de las actitudes.*** Ed Paidós. Argentina.

Este es un cuestionario creado por la Unidad de Investigaciones Psicosociales de la Facultad de Psicología de la UNAM, a través del cual se pretenden conocer algunos aspectos relacionados con el SIDA y la sexualidad. Las respuestas son absolutamente confidenciales, por lo que agradecemos tu cooperación en este estudio.

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

No. de Cuestionario

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Por favor marca con una "X" el número que corresponde a tu respuesta o en su caso escribe lo que se pide. En algunas preguntas, se especifica si por tu respuesta tienes que saltarte a otra pregunta, si esto no te sucede por favor responde todas las preguntas. Es muy importante tener la información lo más completa posible. Si tienes dudas pregunta. Recuerda que tus respuestas son anónimas y confidenciales, por lo que te pedimos que seas totalmente honesto, no utilices los cuadros de la derecha, son para nuestro uso

### Datos Generales

- 1 Sexo (1) Masculino (2) Femenino  7
- 2 Edad \_\_\_\_\_ (en años)   8-9
- 3 ¿Cuál es tu estado civil?  10-11
- (1) Soltero(a) sin pareja
- (2) Soltero(a) con pareja
- (3) Casado(a) número de años de casado(a) \_\_\_\_\_   12-13
- (4) Divorciado(a) o Separado(a) o viudo(a) sin pareja
- (5) Divorciado(a) o Separado(a) o viudo(a) con pareja
- 4 ¿Que carrera estudias? \_\_\_\_\_  14
- 5 ¿En qué semestre? \_\_\_\_\_   15-16

### Patrón sexual

- 6 ¿Has tenido relaciones sexuales?  17
- (1) Sí (2) No (Responde a las preguntas 9, 10, 14, 15 y de la 28 en adelante)
- 7 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? \_\_\_\_\_ (años)   18-19
- 8 Tus relaciones sexuales han sido  20
- (1) Solo con mujeres
- (2) La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres
- (3) Tanto con hombres como con mujeres
- (4) La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres
- (5) Sólo con hombres
- 9 ¿Has oído hablar del condón o preservativo?  21
- (1) Sí (2) No (pasa a la pregunta 11)
- 10 Explica como se usa \_\_\_\_\_  22
- 11 ¿Actualmente tienes pareja sexual regular?  23
- (1) Sí (2) No (pasa a la pregunta 16)

Por pareja sexual regular nos referimos a la persona (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por más de un año. O también a la persona con la que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un año, pero con quien pretendes seguirlas teniendo. No importa si viven o no juntos.

12. ¿Las relaciones sexuales, con tu pareja regular han sido?  24
- (1) Vaginales
  - (2) Anales
  - (3) Orales
  - (4) Vaginales, anales
  - (5) Vaginales y orales
  - (6) Vaginales, Anales y Orales
  - (7) Orales y Anales
  - (8) Otro, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_
13. ¿En tus relaciones sexuales con tu pareja regular usan el condón?  25
- (3) Siempre
  - (4) La mayoría de las veces
  - (3) Algunas veces
  - (2) Casi nunca
  - (1) Nunca (pasa a la pregunta 30)
14. ¿Que tan probable es que tu y tu pareja sexual regular en el futuro usen siempre el condón?  26
- (1) Nada Probable (0%)
  - (2) Poco Probable (25%)
  - (3) Regularmente probable (50%)
  - (4) Muy Probable (75%)
  - (5) Muchísimas Probabilidades (100%)
15. ¿Qué tan probable es que en el futuro le pidas a tu pareja regular que usen el condón cada vez que tuvieran relaciones sexuales?  27
- (1) Nada Probable (0%)
  - (2) Poco Probable (25%)
  - (3) Regularmente probable (50%)
  - (4) Muy Probable (75%)
  - (5) Muchísimas Probabilidades (100%)

16.- Por favor pon una cruz sobre la rayita que mejor represente tu opinión para cada par de adjetivos.  
Usar el condón en las relaciones sexuales con tu pareja sexual regular es ( o sería)

	Muy	algo	Neutral	algo	muy		
Agradable	_____	_____	_____	_____	_____	Desagradable	<input type="checkbox"/> 28
Caro	_____	_____	_____	_____	_____	Barato	<input type="checkbox"/> 29
Inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	Tonto	<input type="checkbox"/> 30
Bueno	_____	_____	_____	_____	_____	Malo	<input type="checkbox"/> 31
Dañino	_____	_____	_____	_____	_____	Benéfico	<input type="checkbox"/> 32
Placentero	_____	_____	_____	_____	_____	Displacentero	<input type="checkbox"/> 33
Cómodo	_____	_____	_____	_____	_____	Incómodo	<input type="checkbox"/> 34
Difícil	_____	_____	_____	_____	_____	Fácil	<input type="checkbox"/> 35
Natural	_____	_____	_____	_____	_____	Artificial	<input type="checkbox"/> 36
Excitante	_____	_____	_____	_____	_____	Inhibidor	<input type="checkbox"/> 37

17.-

Pedirle a mi pareja sexual regular que usemos el condón en nuestras relaciones sexuales es o sería:

	Muy	algo	Neutral	algo	muy			
Agradable	_____	_____	_____	_____	_____	Desagradable	<input type="text"/>	38
Caro	_____	_____	_____	_____	_____	Barato	<input type="text"/>	39
Inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	Tonto	<input type="text"/>	40
Bueno	_____	_____	_____	_____	_____	Malo	<input type="text"/>	41
Dañino	_____	_____	_____	_____	_____	Benéfico	<input type="text"/>	42
Placentero	_____	_____	_____	_____	_____	Displacentero	<input type="text"/>	43
Cómodo	_____	_____	_____	_____	_____	Incómodo	<input type="text"/>	44
Difícil	_____	_____	_____	_____	_____	Fácil	<input type="text"/>	45
Natural	_____	_____	_____	_____	_____	Artificial	<input type="text"/>	46
Exitante	_____	_____	_____	_____	_____	Inhibidor	<input type="text"/>	47

Coloca una cruz en la línea que más se acerque a tu respuesta :

18.- La mayoría de la gente importante para mí piensa que yo:  48

Debería pedirle a mi pareja Regular que usemos el condón _____	No debería pedirle a mi pareja Regular que usemos el condón _____
--	---

19 - ¿Has tenido relaciones sexuales con otra(s) persona(s) que no son tu actual pareja sexual regular?  49

(1) Sí (2) No (Pasa a la pregunta 28)

20 Las relaciones sexuales, con tu pareja ocasional han sido  50

(1) Vaginales  
(3) Orales  
(4) Vaginales, anales  
(5) Vaginales y orales  
(6) Vaginales, Anales y Orales  
(7) Orales y Anales  
(8) Otras Especifique

21. ¿En tus relaciones sexuales con estas otra(s) persona (s) usaste o usas el condon?  51

(5) Siempre  
(4) La mayoría de las veces  
(3) Algunas veces  
(2) Casi nunca  
(1) Nunca

23 ¿Qué tan probable es que tu y tu pareja sexual ocasional en el futuro usen siempre el condón?  52

(1) Nada Probable (0%)  
(2) Poco Probable (25%)  
(3) Regularmente probable (50%)  
(4) Muy Probable (75%)  
(5) Muchísimas Probabilidades (100%)

24 ¿Qué tan probable es que en el futuro le pidas a tu pareja ocasional que usen el condón cada vez que tengan relaciones sexuales?  53

(1) Nada Probable (0%)  
 (2) Poco Probable (25%)  
 (3) Regularmente probable (50%)  
 (4) Muy Probable (75%)  
 (5) Muchísimas Probabilidades (100%)

25 Usar el condón en las relaciones sexuales con tu pareja sexual ocasional es o sería:

	Muy	algo	Neutral	algo	muy		<input type="text"/>
Agradable	_____	_____	_____	_____	_____	Desagradable	<input type="text"/> 54
Caro	_____	_____	_____	_____	_____	Barato	<input type="text"/> 55
Inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	Tonto	<input type="text"/> 56
Bueno	_____	_____	_____	_____	_____	Malo	<input type="text"/> 57
Dañino	_____	_____	_____	_____	_____	Benéfico	<input type="text"/> 58
Placentero	_____	_____	_____	_____	_____	Displacentero	<input type="text"/> 59
Cómodo	_____	_____	_____	_____	_____	Incómodo	<input type="text"/> 60
Difficil	_____	_____	_____	_____	_____	Fácil	<input type="text"/> 61
Natural	_____	_____	_____	_____	_____	Artificial	<input type="text"/> 62
Excitante	_____	_____	_____	_____	_____	Inhibidor	<input type="text"/> 63

26 - Pedirle a tu pareja sexual ocasional que usen el condón en sus relaciones sexuales es o sería:

	Muy	algo	Neutral	algo	muy		<input type="text"/>
Agradable	_____	_____	_____	_____	_____	Desagradable	<input type="text"/> 64
Caro	_____	_____	_____	_____	_____	Barato	<input type="text"/> 65
Inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	Tonto	<input type="text"/> 66
Bueno	_____	_____	_____	_____	_____	Malo	<input type="text"/> 67
Dañino	_____	_____	_____	_____	_____	Benéfico	<input type="text"/> 68
Placentero	_____	_____	_____	_____	_____	Displacentero	<input type="text"/> 69
Cómodo	_____	_____	_____	_____	_____	Incómodo	<input type="text"/> 70
Difficil	_____	_____	_____	_____	_____	Fácil	<input type="text"/> 71
Natural	_____	_____	_____	_____	_____	Artificial	<input type="text"/> 72
Excitante	_____	_____	_____	_____	_____	Inhibidor	<input type="text"/> 73

27 Coloca una cruz en la línea que más se acerque a tu respuesta :

.- La mayoría de la gente importante para mi piensa que yo..  74

Debería pedirle a mi pareja Ocasional que usemos el condón \_\_\_\_\_

No debería pedirle a mi pareja Ocasional que usemos el condón \_\_\_\_\_

A continuación hay una lista de afirmaciones. Por favor indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas, marcando con una cruz el número que mejor exprese tu opinión. Responde a todas las afirmaciones.

	Totalmente en desacuerdo (5)						
	En desacuerdo(4)						
	Indiferente (3)						
	De acuerdo (2)						
	Totalmente de acuerdo (1)						
28 Usar el condon favorece la erección	1	2	3	4	5		75
29 -Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual	1	2	3	4	5		76
30. Usar el condón es efectivo en la prevención del embarazo	1	2	3	4	5		77
31 Usar el condon reduce la posibilidad de contagiarse de enfermedades sexualmente transmisibles	1	2	3	4	5		78
32 Usar el condon protege del VIH/SIDA	1	2	3	4	5		79
33 Usar el condon es pecado	1	2	3	4	5		80
34 Mis padres piensan que debería usar el condon con mi pareja regular	1	2	3	4	5		81
35 Mis padres piensan que debería usar el condon con mis parejas ocasionales	1	2	3	4	5		82
36 Mis padres piensan que yo debería pedirle a mi pareja regular que usemos condon.	1	2	3	4	5		83
37 Mis padres piensan que yo debería pedirle a mis parejas ocasionales el uso del condón	1	2	3	4	5		84
38 Mis amigos piensan que yo y mi pareja regular deberiamos usar el condon	1	2	3	4	5		85
39 Mis amigos piensan que debería usar el condón con mis parejas ocasionales	1	2	3	4	5		86
40 Mis amigos piensan que yo debería pedirle a mi pareja regular que usemos el condon	1	2	3	4	5		87
41 Mis amigos piensan que yo debería pedirle a mis parejas ocasionales el uso del condon	1	2	3	4	5		88
42 Mi pareja regular piensa que deberiamos usar el condon	1	2	3	4	5		89
43 Mis parejas ocasionales piensan que deberiamos usar el condón	1	2	3	4	5		90
44 Mi pareja regular piensa que yo debería pedir que usemos el condón.	1	2	3	4	5		91
45 Mis parejas ocasionales piensan que yo debería pedir que usemos el condon	1	2	3	4	5		92
46 En general hago lo que mis padres piensan que debo hacer	1	2	3	4	5		93
47 En general hago lo que mis amigos piensan que debo hacer	1	2	3	4	5		94
48 En general hago lo que mi pareja regular piensa que debo hacer	1	2	3	4	5		94
49 En general hago lo que mis parejas ocasionales piensan que debo hacer	1	2	3	4	5		95

Probablemente hayas escuchado hablar del VIH/SIDA, a continuación te hacemos algunas preguntas al respecto.

Explica que es el VIH/SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) \_\_\_\_\_  96

---



---



---

¿Cuáles son las principales formas de contagio del VIH/SIDA?    97-98-99

---



---



---

¿Es posible que una persona contagiada por el virus que causa el SIDA no muestre los síntomas de la enfermedad?  100

(1) Sí (2) No (3) No sé, no estoy seguro

Una persona que no presenta los síntomas de la enfermedad y tiene el virus que causa el SIDA  101

¿Puede contagiar a otra persona?

(1) Sí (2) No (3) No sé, no estoy seguro

Señala con una cruz que tan grande consideras que es el riesgo de contagiarse del virus del SIDA al realizar las siguientes actividades.

Nada Riesgoso (1)  
Medianamente Riesgoso (2)  
Muy Riesgoso (3)

Tocar a alguien que tiene SIDA     102

Usar jeringas no esterilizadas     103

Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA     104

Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA usando condón     105

Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional     106

¿Crees que una persona con VIH/SIDA puede curarse?  107

(1) Sí

(2) No

(3) No se, no estoy seguro

Menciona otras conductas que podrían poner a una persona en riesgo de contagiarse de SIDA  108

---



---



---

¿Que piensas que debe hacer una persona con VIH/SIDA para evitar infectar a otras   109-110

---

Indica con una "X" qué posibilidades hay de que las siguientes personas  
se contagien de SIDA

Muchísimas (5) 100%  
Muchas (4) 75%  
Regulares (3) 50%  
Pocas (2) 25%  
Ninguna (1) 0%

62 Homosexuales con una pareja	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	111
1	2	3	4	5				
63 Homosexuales con más de una pareja	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	112
1	2	3	4	5				
64 Heterosexuales con una pareja.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	113
1	2	3	4	5				
65. Heterosexuales con más de una pareja	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	114
1	2	3	4	5				
66 Bisexuales	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	115
1	2	3	4	5				
67 Tú	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	116
1	2	3	4	5				