

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



0228396

**PATRONES SEXUALES Y LOCUS DE CONTROL EN HSH
CON DIFERENTE SEROESTATUS AL VIH/SIDA**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:**

MARIANA ASTUDILLO NOGUEDA

DIRECTORA DE TESIS: GABINA VILLAGRAN VAZQUEZ

SINODALES:

**DRA. GRACIELA RODRIGUEZ ORTEGA
DRA. MAGDALENA VARELA MACEDO
LIC. DAVID RAUNEL REYES DOMINGUEZ
LIC. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO**

MEXICO, D.F. FEBRERO, 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM

A Gabina por su constante apoyo, sus oportunas observaciones y por darme su confianza.

A la Dra. Rodríguez por sus enseñanzas.

A Karina por su interés y sus comentarios.

A la Dra. Varela y al Lic. Reyes.

Al programa PROBETEL.

A todos los que hicieron posible este trabajo.

DEDICATORIAS

A mis padres Graciano y Cecilia
por ser mi ejemplo y darme esta oportunidad.
Gracias por todo su apoyo y cariño.

A mi hermano Pepe por compartir tantas experiencias conmigo.

A toda mi familia, en especial a los Trani y Olachea.

A Jimena por esas interminables pláticas.

A mis amigos por acompañarme durante todo este tiempo.
Chabela y Gaby gracias por estar ahí.

A todas aquellas personas que comparten conmigo este momento.

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. VIH/SIDA	4
Etiología del VIH/SIDA	4
Epidemiología del VIH/SIDA	12
Capítulo 2. Factores Sociodemográficos de Riesgo	19
Capítulo 3. HSH y Conducta Sexual ante el VIH/SIDA	23
Capítulo 4. Factores Psicosociales relacionados con la Salud y transmisión de VIH	30
Locus de Control	36
Capítulo 5. Planteamiento del Problema	45
Capítulo 6. Definición de Variables	47
Capítulo 7. Método	50
Tipo de Estudio	50
Diseño	50
Sujetos	50
Escenario	50
Instrumentos	51
Procedimiento	51
Análisis Estadísticos	52
Capítulo 8. Resultados	53
Descripción de la muestra	53
Análisis psicométrico de la Escala de Locus de Control	63
Correlaciones entre la Escala de Locus de Control	67
Comparación de las Escalas de Locus por Seroestatus al VIH/SIDA	72
Relación entre Locus de Control, Edad y Patrón Sexual	74
Capítulo 9. Discusión y Conclusiones	79
Referencias	89
Anexos	96

RESUMEN

El objetivo general del estudio fue analizar el locus de control en relación con las variables sociodemográficas y el patrón sexual de Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH), con diferente seroestatus al VIH, lo cual puede facilitar conductas preventivas o de riesgo ante el VIH/SIDA. Se trabajó con 100 HSH, con un promedio de edad de 32 años, divididos en cuatro grupos (seronegativos, seropositivos asintomáticos, seropositivos con CRS y seropositivos en condiciones de SIDA). La mayoría tiene una preferencia sexual homosexual, el promedio de parejas sexuales en la vida es de 63, el tipo de coito más practicado es el anal. Únicamente el 33% de la población utiliza el condón siempre, (tanto con la pareja regular como con la ocasional). Se tomó como base el instrumento de locus de control de La Rosa (1986) para construir 3 escalas de control ante la salud, sexo seguro y sexo protegido. En términos generales, los HSH se perciben poco fatalistas en la escala de Salud, consideran que su salud no depende de causas externas. Por el contrario, cuando se trata de conductas sexuales específicas, (sexo protegido y sexo seguro), creen que están determinadas por el exterior, lo cual los lleva a prácticas sexuales de riesgo, ya que no están convencidos de sus propias capacidades y esfuerzos personales para controlarlos. Respecto al seroestatus, el grupo con SIDA tiene un control más interno que los seronegativos, en el uso del condón y sexo seguro. Por preferencia sexual, los bisexuales son más externos que los homosexuales. Los resultados arrojan datos útiles para crear una prevención eficaz ante la infección de VIH.

INTRODUCCIÓN

La infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, causante del SIDA, presenta proporciones pandémicas, ha afectado a millones de personas y amenaza con seguir avanzando.

El SIDA se ha convertido en una seria amenaza para la humanidad, al igual que otras epidemias, devasta individuos, familias, comunidades y sociedades. Los estudios epidemiológicos han demostrado que la población afectada va en aumento, entramos al siglo XXI con 34.3 millones de personas infectadas en el mundo. Actualmente, en México se reportan más de 44 000 casos de VIH/SIDA, lo cual nos coloca en la 69ª posición a nivel mundial.

Los mecanismos de transmisión del VIH/SIDA han sido claramente definidos a lo largo de todos estos años, sin embargo la transmisión sexual sigue representando hoy día el mayor número de casos en este tipo de padecimiento; de ahí la importancia de conocer los patrones de conducta sexual que manifiesta una población con prácticas de alto riesgo, como son los Hombres que tienen relaciones sexuales con otros Hombres.

La preocupación principal en salud pública apunta hacia la prevención, de ahí el interés en estudiar algunas características de personalidad que se asocian con la emisión de conductas preventivas o de riesgo ante el VIH. En este caso se estudia el locus de control ante la salud, el sexo seguro y el uso del condón; ya que en diversos trabajos se ha encontrado una asociación importante entre la personalidad y las conductas preventivas o de riesgo ante el VIH/SIDA (Díaz-Loving, 1994; Villagrán, 1993).

El impacto social, las repercusiones en la salud de la humanidad, su letalidad y la imposibilidad de curarlo, hace que la investigación en relación con la dinámica de transmisión del VIH/SIDA sea crucial (Díaz-Loving y Rivera , 1999).

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

El capítulo 1 aborda la etiología y epidemiología del VIH/SIDA, la naturaleza del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), su mecanismo de acción y las formas de transmisión. En cuanto a la epidemia se describe el proceso de transmisión del VIH y se da a conocer la situación epidemiológica del SIDA a nivel mundial y por supuesto en México; se informa sobre el estado que, actualmente, aguardan los grupos sociales; se revisan las tendencias y proyecciones de los casos de SIDA.

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

En el capítulo 3 se habla de los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y sus comportamiento sexual en relación con la transmisión del VIH/SIDA. Se aborda el tema desde diferentes aspectos, desde lo biológico hasta lo social, haciendo énfasis en la sexualidad, ya que es una de las principales vías de transmisión de VIH; y los HSH son una población con prácticas sexuales de alto riesgo.

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

En el capítulo 5 se plantea el problema, la justificación y los objetivos del estudio.

El capítulo 6 describe las variables y el capítulo 7 se refiere al método que se llevó a cabo para el estudio especificando el diseño, el tipo de estudio, el escenario en el que se realizó la investigación; se describe la muestra con la que se trabajó, los instrumentos aplicados y el procedimiento que se siguió.

En el capítulo 8 se presenta el análisis de los resultado obtenidos y, por último, en el capítulo 9 se hace una discusión sobre lo encontrado en el estudio.

1. VIH/SIDA: ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

Etiología

A principios de los 80's apareció en el panorama sanitario mundial el SIDA (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida), causado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Sus siglas significan:

SÍNDROME – Es un conjunto de signos y síntomas que se presentan en el ser humano.

INMUNE – El término significa "a salvo" o "protegido". Cuando se habla de inmunidad se hace referencia a estar a salvo de algo o protegido contra ello.

DEFICIENCIA – Quiere decir "falta" o "insuficiencia", que se vincula con la palabra inmune, una persona con SIDA es "inmuno-deficiente", esto quiere decir que su sistema inmunológico no funciona adecuadamente para proteger a la persona contra infecciones y enfermedades.

ADQUIRIDA – Se refiere al hecho de que el SIDA es algo que se obtienen en el transcurso de la vida (De Vita, 1990; en Delgado y Solís, 2000).

El SIDA – síndrome patológico que se desarrolla muchos años después de la infección por el VIH y que acaba causando la muerte – es un problema grave de salud pública por la rapidez con que se disemina el virus que lo causa, ya que incapacita físicamente a las personas afectadas, lo cual repercute en un enorme costo para mantener la salud.

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, conocidos desde hace tiempo como patógenos animales. Sin embargo, su relación con los humanos no se demostró, sino hasta los años ochenta cuando el Dr. Gallo del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos y el Dr. Montagnier del Instituto Pasteur de París descubren en 1983 el primer retrovirus humano agente causal del SIDA; en Mayo de 1986 se crea el Comité Internacional para la Taxonomía del virus y recomienda que el virus responsable del SIDA sea denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1).

Posteriormente, un segundo virus causante del VIH (VIH-2) se descubrió en 1986 en el Oeste de África. Las diferencias entre el VIH-1 y el VIH-2 son principalmente moleculares, con pequeñas diferencias en su sintomatología clínica. Se cree que el VIH-2 esta evolutivamente relacionado al VIH-1, dado que ambos comparten tanto características moleculares como patógenas (Gallo y Montagnier, 1988; en Kalichman, 1998). Se ha observado que el VIH-2 es menos agresivo que el VIH-1, ya que progresa de manera más lenta que la infección del VIH-1. Cabe señalar que el VIH-2 se encuentra básicamente restringido al oeste de África, con pocos casos confirmados en otras partes del mundo y en los cuales se pudo seguir el origen de la infección hasta el oeste de África (Pieniazek, Peralta, Ferreira, Krebs, Owen, Sion et al., 1991; Neuman, O'Shaughnessy, Lepine, D'Souza, Major, McLaughlin et al., 1989; en Valadez-González y Soler- Claudin, 1995).

El VIH es un retrovirus clasificado dentro de la familia de los lentivirus porque produce un estado de coexistencia pacífica con la célula, se caracteriza por producir infecciones lentas, es decir, la aparición de los síntomas esta separada del momento de la infección por meses e incluso años, produce un deterioro cuantitativo y progresivo del sistema inmunológico. La acción de algún factor estimulador (cofactor), despierta de su latencia, se multiplica y destruye a las células parasitadas, provocando el desarrollo tardío de la enfermedad. A esta familia de retrovirus pertenecen las dos variedades de VIH, responsables de provocar el SIDA en el humano (Soler y Gudiño, 1995).

El Sistema inmunológico, genéticamente determinado para la sobrevivencia de la especie, es de primordial importancia para mantener la vitalidad del individuo, es una red conformada por células especializadas y órganos que, cuando funciona de manera adecuada ataca diversas clases de infecciones producidas por bacterias, hongos, parásitos y virus, su alteración o debilitamiento significa una catástrofe que va a tener como consecuencia la invasión inmediata de miles de microorganismos con la consecuente destrucción orgánica (Cahn y Goodkin, 1992; en Delgado y Solis, 2000).

Desde que una persona tiene contacto con el VIH hasta que se presenta la sintomatología asociada se dice que el sujeto es seropositivo al VIH y desde ese momento es un sujeto con posibilidades de infectar a otros. Las etapas de la infección son:

INFECCIÓN AGUDA: Entre 2 y 4 semanas después de la exposición al VIH se produce un cuadro agudo caracterizado por fiebre, ganglios inflamados, malestar y decaimiento; estos eventos son de corta duración y desaparecen. Este cuadro coincide con el momento en que se hacen detectables en las pruebas de laboratorio los anticuerpos contra el virus (seroconversión). En la mayoría de los casos este cuadro pasa inadvertido y puede confundirse con un estado gripal. En la mayoría de los pacientes la seroconversión se produce entre la segunda y la octava semana de la exposición y sólo una pequeña parte lo hacen con expresión clínica. Algunos pacientes desarrollan niveles detectables de anticuerpos en etapas más tardías (hasta 6 o más meses después).

INFECCIÓN ASINTOMÁTICA: A partir de este momento el individuo permanece libre de síntomas y signos clínicos, pero es portador del virus, y tiene la capacidad de transmitirlo a otras personas. En esta etapa el paciente presenta como única "diferencia" una prueba de laboratorio positiva para anticuerpos VIH, siendo su estado clínico igual al de una persona no infectada.

COMPLEJO RELACIONADO AL SIDA: Al progresar la inmunodeficiencia, algunos pacientes comienzan con manifestaciones no específicas; es decir que pueden responder a causas ajenas al VIH, y verse también en personas no infectadas, tales como: inflamación de los ganglios linfáticos, sudoración nocturna, fiebre, diarrea persistente, pérdida de peso y candidiasis bucal, entre otros, a este conjunto de síntomas se le denomina Complejo Relacionado al SIDA (CRS), ya que suele presentarse con diversos niveles de gravedad y de manera intermitente.

FASE TERMINAL O SIDA: El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida producida por el VIH ocasiona manifestaciones clínicas diversas. No es raro que un mismo individuo presente dos o más problemas clínicos en forma simultánea. Entre estas manifestaciones se encuentran las siguientes:

- a. Enfermedad constitucional (Síndrome de desgaste): caracterizada por pérdida de peso involuntaria, mayor al 10% de peso corporal, en menos de un mes, diarrea crónica o debilidad crónica o fiebre en ausencia de otras enfermedades concurrentes que pudieran explicar estas manifestaciones.

- b. Complejo SIDA-Demenia o Síndromes neurológicos: hallazgos clínicos de disfunción cognoscitiva o motora incapacitante, que sea progresiva, en ausencia de otras condiciones o enfermedades concurrentes que pudieran explicar estos hallazgos.
- c. Problemas físicos: falta o aumento en la sensibilidad de alguna parte del cuerpo, movimientos involuntarios, convulsiones o incapacidad de movimiento, neuropatías (dolor y sensibilidad motores).
- d. De conducta: cambios repentinos de carácter sin razón aparente, pérdida de la memoria, entre otras. Estos trastornos pueden ser resultado del daño directo del VIH en el cerebro, o por otras infecciones o tumores.
- e. Neoplasias Secundarias (cáncer): El paciente puede presentar con cierta frecuencia uno de los dos tipos de cáncer, ya sea Sarcoma de Kaposi (cáncer en vasos sanguíneos), que afecta principalmente la piel y mucosas como la boca, y el Linfoma, que es un cáncer del tejido linfático (ganglios o cadenas de ganglios, bazo, etc.)
- f. Infecciones oportunistas graves o de difícil tratamiento y recurrentes: el tipo de infecciones que padecen los pacientes con SIDA es muy variado. Las infecciones más frecuentes identificadas en los pacientes que son notificados en México, son candidiasis 21.6%, neumonía por P. Carinni 18.6%, tuberculosis 8.9%, herpes simple 7.1%, herpes zoster 6.5% y criptosporidiasis 6.3% (SIDA. Información Básica para Personal de Salud, 1990; en Rossi, 1993).

En contra de las previsiones, cuando se identificó por primera vez el SIDA, la epidemia ha adoptado distintas formas en diferentes partes del mundo. En algunas zonas, el VIH se ha propagado rápidamente entre los varones y mujeres de toda la población. En otras, se ha atrincherado en ciertas subpoblaciones cuyo comportamiento sexual o de consumo de drogas intravenosas acarrea un riesgo particularmente elevado de contraer o transmitir el virus, en concreto, los sexoservidores y sus clientes, los varones que tiene relaciones sexuales con varones y los consumidores de drogas intravenosas (ONUSIDA/OMS, 1999).

En un principio, esta enfermedad afectaba al parecer casi exclusivamente a varones homosexuales, por lo que las mujeres y los heterosexuales se sintieron inmunes al SIDA.

Hoy esa idea todavía permanece en algunas personas, no asimilan el hecho de que no importa el grupo al que pertenezca, sino las prácticas que se lleven a cabo.

El SIDA es esencialmente una enfermedad conductual; ya que se difunde a través de comportamientos bien definidos (Bayés, 1992): penetración sexual sin protección, compartir instrumentos de inyección no esterilizados, uso de sangre y hemoderivados contaminados y como consecuencia de las anteriores de madre a hijo.

La transmisión sexual se da al intercambiar semen, líquido preeyaculatorio, secreciones vaginales o sangre, con una persona infectada durante las relaciones sexuales.

Vía Sanguínea a través de sangre y hemoderivados. La transfusión sanguínea es el mecanismo más frecuente dentro de este grupo, también por compartir instrumentos de inyección infectados.

La perinatal puede ocurrir durante el embarazo, a través de la placenta, durante el parto o en el post-parto por medio de la leche materna.

Actualmente, además de conocer los modos de transmisión contamos con métodos para determinar si una persona es portadora o está infectada, se basan en la detección de anticuerpos contra el VIH en la sangre. Lo cual nos indica si posee o no el virus. Estos anticuerpos son proteínas que nuestro cuerpo produce para eliminar cualquier microorganismo o agente extraño que pudiera perjudicarlo.

Las pruebas serológicas se clasifican en pruebas de escrutinio (pruebas presuntivas) y pruebas suplementarias (o pruebas confirmatorias), las más utilizadas son:

ELISA (ENZYME LINKED IMMUNOSORBENT ASSAY), es la primera prueba que se utiliza para el diagnóstico de la infección por VIH; es altamente sensible. Un resultado negativo puede significar la inexistencia del virus o su existencia en el período de ventana (tiempo en que aún no se producen anticuerpos contra el virus y que puede durar de una semana a seis meses). Un resultado positivo significa la presencia de anticuerpos. En este caso la prueba se repite, y si ésta es también positiva, se procede a otro tipo de exámenes llamados confirmatorios.

WESTERN BLOT: Esta es una prueba confirmatoria más precisa y específica que la ELISA. Tiene una alta sensibilidad y especificidad (cercana al 100%). Es un estudio costoso y técnicamente difícil. En el caso de un resultado indeterminado, es decir, que no se precise si es positivo o negativo, se deberá repetir la prueba en un período de uno a tres meses.

Es importante reiterar que estas pruebas no dan un diagnóstico de SIDA, ya que éste sólo puede formularse a través de una intervención clínica y no sólo con la prueba de laboratorio. Sin embargo, la prueba provee de la información necesaria para comenzar el tratamiento de la infección a tiempo (terapia antiviral), y prevenir enfermedades oportunistas.

El conocimiento científico sobre esta mortal enfermedad ha avanzado sorprendentemente, sin embargo, a la fecha no hay vacuna para prevenir la infección, ni se ha encontrado una cura definitiva, existen algunas alternativas terapéuticas, pero todavía no han logrado erradicar el virus del organismo.

En los últimos años, se han descrito importantes hallazgos en cuatro áreas clínicas: infección por VIH, marcadores virológicos de pronóstico y eficacia terapéutica; tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas y terapia antiviral.

Se ha puesto mayor atención en el manejo de la infección primaria por VIH, debido a que el tratamiento antirretroviral tiene en corto tiempo un efecto favorable sobre el curso posterior de la infección y evita en la medida de lo posible, el daño inmunológico. Esta perspectiva aún se debate, debido a los efectos secundarios de los antirretrovirales, el desarrollo de la resistencia viral y el elevado costo que tendría el mantenimiento de la terapia por tiempo prolongado.

Por otro lado, se han desarrollado métodos para medir la replicación viral con gran precisión. La medición de la carga viral permite discriminar en forma muy precisa la velocidad de progresión de la infección, esta medición también se ha utilizado como medida de eficacia del tratamiento antiviral. Estudios han demostrado que la modificación en la carga viral que ocurre con este tratamiento se asocia con un cambio en el

pronóstico, y por lo tanto la carga viral se puede usar como un marcador de eficacia del tratamiento antiviral (Izazola, 1996).

En cuanto a infecciones oportunistas, se ha avanzado en la evaluación de nuevos esquemas de profilaxis contra diferentes infecciones oportunistas, con especial énfasis en el análisis costo-eficacia. Las tendencias en profilaxis de infecciones oportunistas permiten el uso de medicamentos útiles para varias infecciones.

Los criterios y conceptos en el uso de antivirales contra el VIH han ido cambiando, y tal cambio se acompaña de un mejor conocimiento de su utilización basado en la patogénesis de la enfermedad, el conocimiento del ciclo de replicación del virus, y de nuevas técnicas para determinar la eficacia del tratamiento antiviral así como la aparición de la resistencia.

Además de esto, el concepto de tratamiento se ha modificado, ya que ahora, se piensa que es mejor iniciar un tratamiento lo más rápido posible y hacerlo con los medicamentos más activos, en lugar de esperar a que el paciente presente síntomas.

Existen muchos fármacos que inhiben la replicación viral; hasta hace poco tiempo los más conocidos eran los didoxinucleótidos, los medicamentos de este tipo disponibles para uso médico son: Zidovudina (AZT), Didanosido (ddI), Zalcitobina (ddC), Estaduvina (d4T), Lamivudina (3TC), todos inhibidores de transcriptasa inversa.

Han aparecido en el mercado medicamentos denominados Inhibidores de proteasa, que también atacan la replicación viral por bloqueo enzimático, los más usuales son: Indinavir, Ritonavir, Saquinavir y Nelfinavir.

En los primeros años de trabajo con antivirales, se utilizaba sólo un fármaco, sin embargo, la prescripción de un solo fármaco para el tratamiento de la enfermedad por VIH ha demostrado ser poco eficaz a largo plazo, debido a la capacidad del virus para crear resistencia a la mayoría de los medicamentos, es por esto que se optó por un cambio en el tratamiento y se empezó a trabajar con una terapia combinada de más de dos fármacos para evitar, en lo posible, y durante el mayor tiempo, la progresión de la enfermedad.

De acuerdo a los resultados de diversos estudios clínicos, es evidente que existen muchas alternativas para utilizar los antirretrovirales. Lo importante es conocer en cada caso, las opciones con que se cuenta, y que médico y paciente evalúen en forma conjunta la conveniencia o inconveniencia de seguir determinado esquema terapéutico con el fin de individualizar el tratamiento tomando en cuenta tanto resultados de laboratorio como el estado clínico del paciente.

Debido a los avances en el tratamiento de la infección por VIH, el SIDA se considera una enfermedad crónica controlable, al prevenir el desarrollo de infecciones oportunistas.

Vemos que se ha avanzado en el tratamiento del VIH/SIDA, sin embargo dichos tratamientos sólo han beneficiado a un pequeño número de personas, dado su alto costo, por lo que la sociedad recurre a las ciencias sociales en general y a las ciencias conductuales en especial, para tratar de detener la epidemia, que en este contexto se refiere a evitar nuevos contagios del VIH.

La magnitud de la propagación del VIH en grupos con comportamientos de alto riesgo y en poblaciones más amplias depende de si los miembros de esos grupos tienen relaciones sexuales con personas que no comparten su comportamiento de alto riesgo y del posible uso de preservativos en tales relaciones. Para que una epidemia de VIH se propague en la población general de un país, también debe haber un nivel significativo de promiscuidad sexual entre los adultos (ONUSIDA/OMS, 1999).

Epidemiología

A menos de dos décadas de su aparición, el SIDA se ha extendido a casi todos los países. En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta casos de SIDA en todas las regiones, afirmando que, el fenómeno reviste características pandémicas (Bronfman, Amuchástigui, Martina, Minelo, Rivas y Rodríguez, 1995).

Los primeros casos de la enfermedad probablemente ocurrieron hace algunas décadas, parece que existieron casos esporádicos en el centro de África y la proporción aumentó en los años setentas, pero eran casos aislados en donde no se encontraba ninguna relación con otros padecimientos y menos aun se sospechaba que se trataba de una nueva enfermedad (González, 1998).

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

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

La epidemia del SIDA transmitida sexualmente tiene una dinámica diferente a la del SIDA producida por transfusiones o la del SIDA perinatal; aunque están interrelacionadas se trata de epidemias que inclusive tienen periodos de incubación y momentos diferentes;

mientras la transmisión sexual tiene un periodo de incubación de 8 a 10 años, el SIDA por transfusión sanguínea tiene un periodo que puede ser de 2 a 5 años y la transmisión perinatal tiene un promedio de incubación de solamente unos meses. Desde el punto de vista de transmisión son tres epidemias con momentos diferentes (Valdespino, García, Del Río, Cruz, Loo y López, 1995, en González, op.cit).

En México, los primeros casos fueron diagnosticados en 1983 en extranjeros residente en el país y corresponden a hombres homosexuales. En 1985 se inicia en los bancos de sangre, la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud e la infección. En mayo de 1986 se publicó la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre, ese mes se cerró con 134 casos de SIDA. Para diciembre, ya eran 226 casos. El consejo de Salubridad General establece entonces que el SIDA es una enfermedad objeto de vigilancia epidemiológica y que debía ser notificada en forma inmediata y obligatoria. En mayo de 1987, los casos sumaban 487 (Rossi, 1993).

A pesar de los avances dentro de la prevención y la reducción de la infección en ciertas poblaciones y regiones, de manera global, la pandemia continua aumentando; y ha afectado desproporcionalmente a países en desarrollo: 93% (26 millones) de casos de VIH/SIDA, han ocurrido en países subdesarrollados (Family Health International, Francois-Xavier Bagnoud Center for Health an Human Rights of the Harvard School of Public Health, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1996; en Pick, 1999). Según estimaciones del Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA) entramos al siglo XXI con 34,3 millones de personas viviendo con VIH en todo el mundo. Asimismo se estima que 15,7 millones son mujeres y 1,3 corresponde a menores de 15 años (ONUSIDA, 2000).

A lo largo del año, simplemente, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA, infectó a unos 5.6 millones de personas (ONUSIDA/OMS, 1999).

Cada día se agregan 16 000 personas en todo el mundo y de éstas la mitad son jóvenes de entre 15 y 24 años de edad (Kummetz, 2000).

Durante el año también se produjeron 2.6 millones de defunciones por VIH/SIDA, un total mundial más elevado que en cualquier otro año desde el inicio de la epidemia, a pesar de que la terapia antirretrovírica permitió diferir el SIDA y los fallecimientos por SIDA en los países más ricos (ONUSIDA, 2000).

Más del 95% de los infectados se hallan en países en desarrollo. La mayoría no puede afrontar los costos de los últimos tratamientos (antirretrovíricos) y morirá prematuramente (Kummetz, 2000).

A finales de 1999, la epidemia había dejado tras de sí un total acumulativo de 11.2 millones de huérfanos por SIDA, definidos como aquellos niños que han perdido a su madre antes de alcanzar los 15 años de edad. Muchos de esos huérfanos de madre también han perdido a su padre (ONUSIDA/OMS, 1999).

En México, actualmente, se reportan más de 45 000 casos diagnosticados de SIDA oficialmente, pero se estima que existen alrededor de 67 700. Según ONUSIDA, por cada caso de SIDA deben considerarse de 3 a 4 casos de VIH sin haber desarrollado el SIDA; según esto, en nuestro país hay además 270 798 casos de VIH (Amigos contra el SIDA, 2000). Ocupamos el tercer lugar en el continente Americano, con un poco menos que Estados Unidos y Brasil, la posición 69ª respecto a la tasa de incidencia acumulada a nivel mundial, el lugar 29 en Latinoamérica y en el Caribe, y el 11º lugar para toda América (Magis, Bravo, Anaya y Uribe, 1998).

La mayoría de los casos (86.5%) se deben a la transmisión por vía sexual, y un 62.5% manifiestan prácticas homosexuales y/o bisexuales. La mayor incidencia de casos de SIDA por edad es en el grupo que va de los 15 a los 44 años. La razón hombre/mujer es diferente según los grupos de edad. Para los grupos más afectados esta razón varía entre 5 y 8 hombres por cada mujer infectada. La epidemia en México presenta un patrón cada vez más heterosexual, así pasa de ser una epidemia exclusiva de hombres homosexuales y mujeres transfundidas a ser también, un padecimiento de transmisión heterosexual (SSA/CONASIDA, 1998).

El VIH sigue planteando un reto en los países industrializados. Hay pruebas de que en algunos países occidentales se está debilitando el comportamiento sexual seguro entre

los varones gay, quizás a causa de la mayor complacencia ahora que se dispone de una terapia capaz de prolongar la vida. Si éste es el caso, la complacencia supone un grave error. La enfermedad sigue siendo mortal, informaciones procedentes de Norteamérica y Europa sugieren que ha empezado a disminuir el número de fallecimientos como resultado de la terapia antirretrovírica (ONUSIDA/OMS, 1999).

Al igual que en los países industrializados, la provisión de tratamiento está complicando las tareas de vigilancia del VIH y el SIDA en América Latina. Es posible que en algunos países la prevalencia esté aumentando ligeramente como consecuencia del tratamiento de prolongación de la vida, pero es difícil estar seguro de las tendencias a lo largo del tiempo porque en muchos países los sistemas de vigilancia del VIH son deficientes y las tasas de infección suelen ser bajas fuera de los grupos con comportamientos de máximo riesgo (D + C y ONUSIDA, 2000).

En América central el acceso a la terapia antirretrovírica es limitado, por lo cual, las necesidades de prevención siguen siendo máximas en la zona, teniendo en cuenta que los datos indican un incremento continuado de las infecciones (ONUSIDA/OMS, 1999).

Considerando esta información, la ONUSIDA/OMS estima que unos 1,7 millones de personas en América Latina y el Caribe entran al siglo XXI con la infección por el VIH (de ellas, casi 30 000 son niños) (D + C y ONUSIDA, 2000).

En la actualidad, México no cuenta con los medios para evitar los efectos del VIH, de ayudar al organismo a que lo elimine o de evitar sus complicaciones, por lo tanto la única arma que tenemos para defendernos de este mal, es la prevención.

Probablemente, los esfuerzos masivos a nivel nacional e internacional aún pueden contribuir a acabar con el silencio vergonzoso que sigue rodeando al VIH en muchos países; a derribar los mitos y conceptos erróneos que se traducen en prácticas sexuales peligrosas; a promover iniciativas de prevención, como el uso de preservativos, que pueden reducir la transmisión sexual, a crear las condiciones para que los niños pequeños tengan los conocimientos y el apoyo tanto psicológico como económico que necesitan para crecer sin el VIH, y a dedicar dinero para proporcionar asistencia a las personas infectadas por el VIH y apoyar a sus familias (ONUSIDA/OMS, 1999).

De los tres mecanismos de transmisión del VIH, el sexual es sin lugar a dudas el que se asocia a un mayor número de casos y desgraciadamente el que mayores problemas preventivos plantea, ya que "para prevenirlos se necesita modificar hábitos, costumbres y actitudes profundamente arraigadas que se relacionan con lo más íntimo del ser humano, su sexualidad" (Rico; en Rossi, 1993).

Detener la transmisión del VIH en teoría, es muy sencillo. Se conoce desde el descubrimiento del virus y desde los primeros tests de anticuerpos cómo prevenir la infección. Hay tres vías de transmisión del virus: por relaciones sexuales con penetración, cuando se produce un intercambio de fluidos (semen, flujo vaginal), por sangre y hemoderivados contaminados con VIH, y por último, por transmisión de una madre infectada al hijo – antes, durante y después del parto (lactancia). Las formas de transmisión son muy claras. Análogamente, resulta posible evitar la transmisión del VIH. Los tests de VIH permiten detectar si la sangre del donante está contaminada, o no. El uso correcto de preservativos reduce casi en un 100% el riesgo de transmisión, aun teniendo relaciones sexuales con una persona infectada. Si se evita la infección por sangre contaminada o por vía sexual, no puede haber una transmisión de madre a hijo. Todo esto se sabía ya cuando comenzó la epidemia mundial en 1986 y 1987. Muchos expertos creían que con ello se había dado el paso decisivo en la lucha contra el SIDA, y que lo "único" que quedaba por hacer era implementar esos conocimientos. Ya que hasta la fecha no hay vacuna y todavía no hay esperanza de conseguirla; las "armas" eran – y son – la información/comunicación y los preservativos (Vogel, 2000).

A la fecha han habido algunos éxitos, y muchos nuevos problemas:

Por vía sanguínea se puede evitar la infección utilizando en las transfusiones sangre que haya sido previamente analizada y este libre de virus (**Sangre Segura**). Actualmente existen leyes que obligan a los bancos de sangre, laboratorios y hospitales a analizar toda la sangre que se utiliza en las transfusiones, por lo que es necesario exigir que se cumpla esta disposición y que sólo se utilice sangre segura.

Como el virus también puede transmitirse por compartir jeringas y agujas sin esterilizar, que hayan estado en contacto con la sangre de un portador del VIH o de alguien que esté

enfermo de SIDA, se recomienda utilizar jeringas y agujas desechables nuevas o esterilizadas (SSA/CONASIDA, 2000).

La transmisión madre-hijo: es un producto secundario de la transmisión sexual. Ha habido importantes éxitos médicos: la administración de cidovudina (AZT) y la renuncia a la leche materna pueden reducir significativamente el riesgo de transmisión (Vogel, 2000).

En México, actualmente se administra este medicamento a la madres durante el embarazo, reduce en forma importante la posibilidad de que el bebé nazca infectado (SSA/CONASIDA, 2000). El acceso a éste no es fácil, debido a su alto costo. Además, aun si el AZT se administrara gratuitamente, persistiría una situación fatal: se salvaría al niño, pero la madre moriría.

La transmisión del VIH por el uso de drogas por vía intravenosa sigue siendo un problema central en muchos países (Vogel, 2000). Aunque es escasa en México, muestra una tendencia discreta hacia el ascenso.

Respecto a la transmisión sexual, el coito anal, en que existe el peligro de que se produzcan lesiones cutáneas, encierra un mayor riesgo de infección que el coito vaginal o sexo bucogenital. En los 15 años de trabajo de prevención en el área del VIH/SIDA se han desarrollado una serie de medidas de prevención y programas que contribuyen a reducir o eliminar ampliamente el riesgo de transmisión sexual (Vogel, op.cit.).

La forma más sencilla y absoluta de evitar la transmisión del VIH y de cualquier enfermedad de transmisión sexual es evitar las relaciones sexuales. Como la abstinencia es poco probable en población joven, se recomienda tener relaciones sexuales con una sola pareja que no esté infectada y que a su vez sólo tenga relaciones con esta pareja (**fidelidad mutua**), o evitar el intercambio de fluidos corporales mediante prácticas de sexo sin penetración (**Sexo Seguro**), o usar una barrera que impida ese intercambio, como el condón masculino de látex o el femenino de poliuretano, que empleados regular y correctamente, evitan la infección. A la práctica con condón se le conoce como **Sexo Protegido** (SSA/CONASIDA, 2000).

La epidemia en México mantiene un patrón dominante de transmisión sexual, 91.7% en hombres y 58.2% en mujeres (Magis et al., 1998). Por lo cual, un factor para la prevención y el control del VIH/SIDA es modificar las prácticas sexuales riesgosas (Bernal y Hernández, 1997), debido a esto, la presente investigación se enfoca al sexo seguro, sexo protegido y al control para tener salud.

Al momento no se tiene una respuesta clara o única sobre si se puede controlar la epidemia del VIH. Sólo hay fragmentos de respuesta, en su mayoría paradójicos. Sabemos mucho, pero lo que somos capaces de explicar es poca cosa; en muchos sentidos, el enigma del VIH ha sido desentrañado. Ha habido progresos importantes en la descripción de virus, sus subtipos y de la forma en que actúa, que han tenido como resultado éxitos considerables de la farmacoterapia. Las actividades para desarrollar medicamentos cada vez mejores continuarán (Vogel, 2000).

Pero no se sabe aún si la inmensa capacidad de mutación del virus admitirá o no la posibilidad de una vacuna preventiva o terapéutica. Los estudios de campo que se realicen en las próximas décadas brindarán información concluyente sobre el tema (Vogel, op.cit.).

Es claro que, a la fecha, lo único que tenemos para evitar la diseminación de la enfermedad, es motivar a las personas a que cambien sus comportamientos de riesgo por los de prevención.

Aunque los padecimientos de origen infeccioso pueden ser atacados utilizando vacunas, medicamentos, antibióticos y otras medidas de sanidad, éstos no son suficientes para enfrentar las enfermedades crónicas, ya que su génesis está fundamentalmente relacionada con el estilo de vida el cual se refiere a los comportamientos del individuo que pueden prevenir o facilitar las enfermedades (Barrera, 1998).

Por lo tanto, la intervención psicológica para enfrentar esta enfermedad debe seguir tres principales líneas: evitar la difusión de la enfermedad, maximizar la calidad de vida de los afectados y disminuir la vulnerabilidad de los pacientes infectados (Arranz y Carrillo, 1994).

2. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE RIESGO

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

Los marcadores y factores de riesgo del VIH/SIDA son indicadores que permiten explicar y predecir la transmisión del SIDA. Es importante señalar que no existen reglas universales para su determinación, sino que es necesario llevar a cabo estudios en cada ámbito de acción. Los marcadores de riesgo del SIDA dependen de variables sociodemográficas como son: el sexo, la edad, el estado civil, la ocupación, la residencia entre otros; éstos son de utilidad para definir programas educativos. Los factores de riesgo dependen sobre todo del comportamiento sexual, que incluyen factores como: el número de parejas, la velocidad de cambio de parejas, relaciones con parejas casuales, las técnicas sexuales (Valdespino, García y Cruz, 1993), edad de inicio de la vida sexual, la movilidad poblacional (Bernal y Hernández, 1997), entre otros. También dependen del comportamiento para la atención de la salud que incluye tanto medidas preventivas como el uso del condón, detección, diagnóstico y tratamiento de los padecimientos específicos. Adicionalmente dependen de otros aspectos de la conducta como son las adicciones o el uso de anticonceptivos. El conocimiento de los factores de riesgo permite establecer objetivos, estrategias y contenidos más eficaces de los programas de control del SIDA (Valdespino et al., 1993).

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

Existe una multiplicidad y variedad de factores socioeconómicos, culturales y biológicos que influyen en la transmisión de las infecciones de transmisión sexual (ITS). El más

importante es el comportamiento sexual que ha variado ampliamente a través del tiempo (WHO, 1991; Holmes et al., 1990, Rosenberg et. al., 1992 y De Schy et al. 1993; en Bernal y Hernández, 1997). Este ha sido reconocido como el factor de riesgo más importante de las ITS.

Morlet (en Villagrán, 1993), informa que las prácticas homosexuales y el número de parejas se relaciona con la adquisición del VIH en grupos de sujetos con orientación homosexual. De hecho el patrón de homo-bisexualidad ha sido mencionado como un factor de riesgo documentado epidemiológicamente, Valdespino, García e Izazola (1989), informan que el patrón bisexual masculino de transmisión de VIH registrado en México y en otros países de América Latina es mayor que el reportado para otros países del mundo.

Tanto los hombres homosexuales como bisexuales son los grupos más afectados con el VIH, razón por la cual han manifestado cambios en su conducta sexual; varios estudios hechos con hombres homosexuales en los centros urbanos donde se ha detectado la epidemia han demostrado cambios significativos en el comportamiento individual, lo mismo que porcentajes muy bajos en la incidencia de la infección (Ekstrand y Coates, 1990; citado en González, 1998). Sin embargo, aunque los resultados son optimistas no son uniformes, varios grupos de hombres homosexuales activos se encuentran todavía expuestos a altos riesgos de infección que son completamente inaceptables. En los Estados Unidos los hombres homosexuales activos incluyen hombres que se encuentran fuera de los epicentros de la epidemia, hombres homosexuales jóvenes, y hombres dentro de la población negra e hispana. Al mismo tiempo, la transmisión heterosexual del VIH, aumenta de manera significativa en los Estados Unidos y América Latina (Turner, Miller y Moses, 1990).

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

combinación de ciertos factores de riesgo, incluidos el nivel sócioeconómico y el acceso a los servicios de salud (SSA/CONASIDA, 1993).

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

Es interesante señalar que el nivel educativo de las personas con SIDA recientemente diagnosticado ha variado desde que se dispone de tratamiento. En 1995, la proporción de personas recién diagnosticadas de SIDA que habían completado la enseñanza primaria era aproximadamente la misma que la proporción de las que habían completado la enseñanza secundaria. En 1998, sólo un tercio de las personas con SIDA recientemente diagnosticado había finalizado la enseñanza secundaria. Un motivo podría ser que la progresión de VIH a SIDA se está retrasando en las personas con mayor nivel educativo, que tienen mayores probabilidades de conocer los beneficios del tratamiento, valorar correctamente su riesgo de infección y solicitar la realización de pruebas y la administración temprana de tratamiento (D + C y ONUSIDA, 2000).

Hasta el momento no hay datos que demuestren una diferencia en el tiempo de supervivencia entre los varones y las mujeres infectados por el VIH a una edad determinada. Sin embargo, algunos estudios en países industrializados antes de la introducción de la terapia antirretrovírica demostraron que la duración de la supervivencia de las personas seropositivas difiere según su edad en el momento de la infección inicial. Cuanto más viejo se es en el momento de contraer el VIH, más corto es el intervalo entre la infección y el fallecimiento (ONUSIDA/OMS, 1999).

Revisar los datos obtenidos a través de los estudios epidemiológicos es esencial para obtener información acerca del tipo de poblaciones con las cuales es importante trabajar y qué tipos de variables estudiar; en México, alrededor del 90% de los casos de VIH se dan por transmisión vía sexual y la población afectada principalmente continua siendo la homo-bisexual, aunque en creciente medida son los grupos con prácticas homosexuales,

por lo que se considera importante estudiar a los HSH y patrones conductuales de riesgo ante la infección de VIH/SIDA, específicamente sus prácticas sexuales.

Bayés (1989) propone una estrategia para hacer frente al SIDA, es la prevención mediante la educación, pero para llegar a este punto y desarrollar políticas educativas, es necesario conocer a fondo cuáles son los factores que mantienen las conductas de riesgo, en poblaciones específicas.

3. HSH Y CONDUCTA SEXUAL ANTE EL SIDA

HSH

El sexo se puede abordar desde diversas perspectivas. Así, se hace referencia *al sexo genético* (constitución cromosómica sexual XX o YY), *al sexo gonadal* (ovario o testículo), *al sexo psicológico* o *preferencia sexual* (heterosexual o homosexual) o *al sexo social* o *de género* (rol femenino o rol masculino) (Lacadena, 1997).

Por otro lado, sabemos que la conducta sexual, como otros muchos caracteres del comportamiento, es el resultado de la interacción de factores de tipo genético, biológico, vivencial y sociocultural (Ardila, 1998).

Existe una diferencia entre la identidad sexual y el comportamiento sexual. Muchos hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres (HSH) no se consideran homosexuales. En algunas sociedades, estos hombres establecen su propia identidad sexual de acuerdo al papel que desempeñan durante el acto sexual anal: si son penetradores o penetrados. En esas sociedades, muchos hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres se consideran completamente heterosexuales, basándose en que únicamente juegan el papel de penetradores durante dichos actos (ONUSIDA, 1997).

Un elevado porcentaje de los HSH en todo el mundo están casados o también tienen relaciones sexuales con mujeres. Esa observación incumbe en particular a las sociedades donde la comunidad y la familia instan al matrimonio con insistencia, por ejemplo, en muchas comunidades de América Latina, del Oriente Medio, de la región mediterránea, de África y del subcontinente Indio. Eso contribuye a que gran parte de las relaciones sexuales entre hombres se mantengan ocultas (ONUSIDA, 1998).

Los HSH han alcanzado ya un mayor nivel de conciencia; esto ocurre sustancialmente en los países industrializados, aunque hasta en esos países muchos hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres no se consideran homosexuales ni bisexuales. En algunas partes del mundo en vías de desarrollo el número de hombres con identidad *gay* declarados también ha crecido –a menudo a través de incentivos locales- especialmente en algunos países asiáticos y latinoamericanos (ONUSIDA, 1997). Esto es importante

mencionarlo ya que el uso del condón y la práctica de sexo seguro se observan con menor frecuencia entre hombres homosexuales activos que no se identifican a sí mismos como gays o bisexuales (Kalichman, 1998).

La homosexualidad puede enfocarse desde varios puntos de vista, para los estudiosos del VIH/SIDA, la homosexualidad representa exclusivamente a un grupo de seres humanos que son considerados por sus prácticas sexuales población de alto riesgo en la transmisión del VIH y que son sujetos de estudio, en la medida que representan un importante número de personas infectadas.

Desde el punto de vista psicológico, la homosexualidad es interpretada también desde varios enfoques; algunos la consideran una preferencia sexual de decisión consciente, *una orientación sexual irregular* carente de etiología psicodinámica, puede ser de origen hereditario, de una naturaleza aún no descubierta, donde no existe trastorno psiquiátrico que produzca homosexualidad y los únicos conflictos inherentes a esta condición, en caso de que haya conflicto, son debidos a las actitudes de la sociedad y a las incapacidades del homosexual para aceptar su "destino" en la vida y su homosexualidad de tipo exclusivo constituye simplemente una variación normal de la conducta sexual (Rossi, 1993).

Al menos el 5-10% de los casos de VIH en todo el mundo se deben a la transmisión sexual entre varones, aunque esta cifra varía mucho de unos lugares a otros. En América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y la mayor parte de Europa occidental, el ONUSIDA (1998) cree que la cifra se aproxima más bien al 70%.

En la mayoría de los países desarrollados y algunos países en desarrollo, como Indonesia, Filipinas y México, los primeros casos detectados de VIH y SIDA se dieron entre HSH. Después, en varios de esos países, la proporción de casos entre HSH disminuyó, a la vez que aumentó proporcionalmente el porcentaje entre hombres y mujeres heterosexuales (ONUSIDA, 1997).

Dentro de las prácticas sexuales, el coito anal es frecuente en las relaciones sexuales entre hombres. Si el participante penetrador está infectado con el VIH y no se utiliza condón, el participante receptor está muy expuesto a contraer el VIH. El riesgo para este

último, si practica el sexo anal desprotegido, es varias veces más alto que la siguiente categoría de más riesgo, esto es, la mujer que practica la cópula vaginal sin protección con un hombre infectado con el VIH. Esto se debe a que el revestimiento epitelial del recto es muy fino y se puede desgarrar fácilmente, hasta la lesión más pequeña basta para permitir un acceso más fácil al virus. Aún sin lesiones, se cree que la inmunidad natural de las células del revestimiento rectal protege menos contra una infección del VIH que, digamos, la de la vagina. También el participante penetrador está expuesto a una infección del VIH por la cópula anal desprotegida, aunque en menor grado (ONUSIDA, op.cit.).

La proporción de las relaciones sexuales con penetración anal sin protección es sumamente importante en lo que respecta a la prevención del SIDA porque, entre todos los actos sexuales posibles entre dos hombres, el VIH solamente puede transmitirse fácilmente a través del coito anal (ONUSIDA, 1998).

La presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) no tratadas –tales como la sífilis, gonorrea, etc. - pueden aumentar considerablemente el riesgo de una transmisión del VIH. A menudo las ITS ubicadas en el ano y el recto son asintomáticas (ONUSIDA, 1997).

El sexo bucogenital también es común entre los HSH. Mientras que existe un riesgo teórico de transmisión del VIH en ese contacto (sin condón), el riesgo suele considerarse reducido (ONUSIDA, op.cit.).

Por otra parte, parece que, en las relaciones sexuales, las mujeres son mucho más vulnerables que los hombres (Al-Nozha, Ramia, Al-Frayh y Arif, 1990, en González, 1998), lo cual puede ser debido, entre otras cosas, a que: a) en las personas infectadas se detecta más cantidad de virus en el semen que en las secreciones vaginales; b) algunas circunstancias pueden incrementar la vulnerabilidad de la mujer: píldoras anticonceptivas orales susceptibles de producir ectopía de cerviz y pequeñas hemorragias durante el coito (Nájera, 1990; en González, op.cit.); uso de dispositivos intrauterinos (DIU), los cuales son facilitadores de infecciones (Masters, Jonson y Kolodny, 1995; en González, op.cit.); c) realización del acto sexual durante el periodo menstrual (Piot, Laga, Ryder, 1990; en González, op.cit.); d) mientras que, después del coito, las secreciones

vaginales pueden hacerse desaparecer del pene con rapidez mediante hábitos de higiene rutinarios, es más difícil asegurar la misma eficacia con respecto al semen eyaculado en la vagina, con lo que el tiempo que el virus puede permanecer activo en el organismo es, probablemente mayor en la mujer que en el hombre (Bayés, 1992).

Respecto a la durabilidad de la pareja, dentro de población homosexual, es sobradamente conocida la inestabilidad que, generalmente, presenta. El problema se muestra íntimamente conectado con toda la temática de la *promiscuidad*. A él, sin embargo, habría que añadir que la ausencia de sanción legal, la inexistencia de los hijos y las, generalmente, mayores diferencias sociales y culturales en la pareja homosexual constituyen factores que, sin duda, generan un difícil equilibrio para este tipo de relación. Si la pareja heterosexual cuenta con el apoyo y, a veces, hasta con la presión de todo el cuerpo social para asegurar su mantenimiento, es evidente que no sucede del mismo modo con la pareja homosexual (Dominguez, 1997).

Las relaciones sexuales entre hombres existen en la mayor parte de las sociedades, aunque su proporción varía ciertamente de un lugar a otro, por razones culturales, entre otras. No obstante, las autoridades de muchos lugares niegan frecuentemente su existencia, por las enseñanzas religiosas o los tabúes culturales, o porque como individuos se sienten incómodos al abordar esa cuestión (ONUSIDA, 1998).

Los actos sexuales entre hombres a menudo han sido condenados por dirigentes cívicos y religiosos, y tipificados como delito por la legislación. En algunos países, las condenas para los acusados de actos sexuales entre hombres se hallan entre las más severas. En todas partes, incluso donde ese comportamiento no es ilegal, las autoridades (la policía o los militares, p.e.) suelen perseguir de forma no oficial a los hombres que se sabe o se sospecha que tienen relaciones sexuales con otros hombres, o bien se les discrimina o estigmatiza (ONUSIDA, op.cit.).

Los programas de prevención destinados a los hombres que mantienen relaciones con hombres tropiezan con algunos de los siguientes obstáculos: negación de que existen contactos sexuales ente hombres; estigmatización o criminalización de los HSH; información epidemiológica insuficiente o poco fiable sobre la transmisión del VIH en las relaciones sexuales entre varones; dificultad para llegar a muchos de los hombres que

mantienen este tipo de relaciones, falta de atención en los programas nacionales sobre el SIDA a la cuestión de los HSH (ONUSIDA, 1997).

Por esas razones, en muchas partes del mundo la mayoría de las relaciones sexuales entre hombres se mantienen ocultas o secretas. La combinación de estos factores hace difícil realizar una evaluación de la proporción que alcanzan tales relaciones, y de los diversos tipos de actos sexuales que se practican; lo cual, a su vez dificulta llegar a ellos en las actividades de prevención.

Comportamiento sexual y su relación con la transmisión del VIH/SIDA.

La historia del hombre se ha caracterizado por la búsqueda de su bienestar individual y social con ejercicio libre y pleno de sus necesidades e intereses en un contexto biológico, psicológico y social. Uno de estos intereses es el ejercicio pleno de la sexualidad lo que se refleja en las diferentes culturas a través de experiencias muy variadas, con el objeto de alcanzar el máximo placer sexual. Es por esto que también desde la antigüedad, las infecciones de transmisión sexual han sido un problema de salud pública, por la mortalidad y graves complicaciones que han afectado, no sólo al individuo y su familia, sino a poblaciones completas (Bernal y Hernández, 1997).

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

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

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

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

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

Debido a esto es importante conocer algunos aspectos del comportamiento sexual de HSH ya que los datos obtenidos sobre el patrón sexual de esta población indican que realizan conductas de alto riesgo, además de que forman un porcentaje importante del problema. El contacto sexual entre hombres es más común de lo que se cree, vemos que en muchas sociedades se trata de negar su existencia, lo cual dificulta inclusive más el problema.

Cabe señalar que no todas las prácticas sexuales conllevan el mismo riesgo de infección. Cuanto más riesgosas sean, mayor será la posibilidad de contraer la infección. De acuerdo con la facilidad con que se produce la infección pueden clasificarse en prácticas sexuales sin riesgo, poco riesgosas, y peligrosas. Entre las prácticas sexuales sin riesgo se incluyen las caricias, los besos secos, la masturbación si la piel está sana, y el sexo

oral con condón. En el grupo de las poco riesgosas están el coito vaginal con condón, los besos húmedos o linguales y el coito anal con condón. Las prácticas riesgosas abarcan el sexo oral sin protección y la masturbación en los casos en que la piel está lesionada e implican el posible contacto de las secreciones genitales infectadas con la piel o las mucosas de las personas receptoras. Las prácticas peligrosas incluyen el coito vaginal y anal sin condón, este último entraña un riesgo mayor (OMS, 1989).

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

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

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

4. FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA SALUD Y CON LA TRANSMISIÓN DE VIH/SIDA

Partiendo de que el VIH/SIDA ocupa una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud a nivel mundial, es necesario hacer hincapié en los aspectos o razones por las que las personas en general no cuidan su salud, un aspecto que se plantea en el campo de la salud es el conocer por qué la gente no sólo no hace lo que es bueno para ella sino que persiste en conductas que sabe son nocivas para su salud.

Dentro de las explicaciones que se han dado, existe acuerdo con el carácter placentero inmediato de las conductas menos saludables y las consecuencias negativas no inmediatas (Serafino, 1990). En estas condiciones la evidencia recogida por el análisis experimental del comportamiento nos muestra, que el individuo, normalmente escogerá la estimulación placentera, cierta e inmediata a pesar de las terribles consecuencias aversivas que, a largo plazo, su acción le puede reportar a no ser que se le haya adiestrado a posponer sus satisfacciones pasando de un programa de consumo continuo a un programa de consumo intermitente (Salinas, 2000).

Serafino (1990) retoma a Thoresen, quien estipula que "el problema radica en que la gente necesita que se le enseñe a ser más cuidadosa y más responsable de su propia salud y bienestar, especialmente cuando lo que el medio social promueve es la irresponsabilidad o las conductas no saludables".

Dentro de varias investigaciones, un aspecto que se ha analizado como motivante para realizar medidas preventivas son las creencias que las personas se forman respecto a su salud. Ante lo cual se han desarrollado diferentes teorías que intentan dar explicación a este proceso. Lau (1982; en Salinas, 2000) en un estudio realizado encontró que las creencias en el auto control sobre la salud, se relacionan positivamente a tempranos hábitos de salud, involucrando auto cuidado y cuidado médico profesional y negativamente relacionados con experiencias familiares de enfermedad.

En la misma línea, Wallston (en Marteau, 1989) realizó un estudio en el cual identificó la creencia de que la salud personal puede ser controlada independientemente de que sea por la misma persona o por otras, aunado a un valor sobre la salud aumenta la

probabilidad de que se realicen conductas de promoción a la salud, en contraste con aquellas personas que consideran que la salud no es controlable y además tienen un bajo valor respecto a su salud.

Otra de las teorías que hablan de las creencias y atribuciones es la Teoría de la Acción Razonada establecida por Fishbein y Ajzen, en 1975 (en Salinas, 2000). Esta teoría parte de que los seres humanos son habitualmente racionales y hacen uso sistemático de la información de la que disponen, supone que las personas consideran las implicaciones de sus acciones antes de decidir llevar a cabo o no una conducta dada.

Otra teoría que intenta explicar y predecir conductas en el ámbito de la salud es el modelo de Creencias de Salud desarrollada por Becker en 1974, el cual pretende explicar y predecir las conductas de salud preventivas (Marteau, 1989).

Por otra parte la Teoría de la Acción Social, propuesta por Ewart en 1991 (citado en Salinas, 2000), intenta también explicar los comportamientos saludables. Este modelo concibe al individuo como un sistema auto-regulador que intenta alcanzar objetivos específicos, y como un sistema de retroalimentación compuesto por un conjunto de etapas o elementos dispuestos serialmente.

Entre estas encontramos la teoría del Aprendizaje Social, en la cual Rotter (1966) postula que el potencial para que una conducta se presente en una situación psicológica específica, está dada por la expectativa de que la conducta realizada tendrá un efecto particular en el resultado. La formulación más conocida es el locus de control.

Transmisión de VIH/SIDA

Es conocido, por las investigaciones epidemiológicas realizadas en México por el Consejo Nacional para la prevención y el control del SIDA (CONASIDA) que la actividad sexual destaca como la principal vía de transmisión del VIH, para lo cual se aconseja potenciar aquellas acciones que conduzcan a la disminución de conductas de riesgo vinculadas a la transmisión del VIH, para prevenir la creciente expansión del SIDA. Para lograr esta meta, es inminente desarrollar investigación psico-social que especifique los factores que influyen en la presencia y ausencia de las conductas relacionadas con la infección del VIH

y con el enfrentamiento ante la sintomatología del SIDA (Díaz –Loving, Rivera y Villagrán-Vázquez, 1999).

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

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

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

Muchos de estos principios como el Modelo de la Reducción de Riesgo del SIDA de Catania, Kegeles y Coates (1990, en González, 1998), han tomado en cuenta a diversos factores como el que los sujetos se perciban en riesgo de contraer la infección de VIH/SIDA, tomar una decisión firme para operar cambios en su conducta considerando los beneficios que se obtendrían a cambio del sacrificio y ejecutar la acción.

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

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

Organización Mundial de la Salud (OMS), en la segunda mitad de los años ochenta, lanza, como uno de sus principales objetivos a todos los países en el mundo, la propuesta de que se proporcione a la población en general, información sobre las principales formas de transmisión y prevención de la tan mortal enfermedad (Villagrán – Vázquez y Díaz-Loving, 1999).

Las autoridades sanitarias proponen crear programas educativos que indiquen a la población cuáles son las conductas de riesgo y cuáles son las formas de prevención y transmisión de la enfermedad (Díaz – Loving y Villagrán-Vázquez, 1999).

Sería lógico pensar que un mayor grado de conocimientos acerca del SIDA, llevaría a los sujetos a poner en práctica las conductas preventivas o a evitar aquellas que los pusieran en riesgo. Sin embargo, algunos grupos o individuos, a pesar de tener conocimientos con respecto a las formas de transmisión y prevención, persisten en la realización de conductas riesgosas; tal como lo informan Díaz-Loving y Villagrán-Vázquez, 1999. Quadand y Shattls (1987, en González, 1998), quienes al trabajar terapia para grupos homosexuales, encontraron que a pesar de la información suficiente sobre el VIH, los sujetos en estudio seguían teniendo encuentros sexuales casuales sin protección.

La literatura sobre las prácticas sexuales vinculadas al VIH, muestra la complejidad y elusividad de lograr que las personas (incluso seropositivas) inicien y mantengan conductas preventivas. Entre variables consideradas tradicionalmente como intervinientes en los comportamientos conducentes a la infección de VIH y de las prácticas preventivas se incluyen conocimientos sobre SIDA, su transmisión y formas de evitarlo, las actitudes hacia el SIDA y las conductas de prevención, los grupos que realizan prácticas de riesgo de contagio por VIH, las conductas preventivas tales como uso de condón o la monogamia (Díaz-Loving, 1999).

Los resultados obtenidos de los programas que utilizan estos constructos desalientan las intervenciones unidimensionales o simplistas. Por ejemplo, se ha mostrado que "los conocimientos son necesarios pero no suficientes para producir los cambios conductuales deseados" (Díaz –Loving, op.cit.).

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

El impacto de las campañas de prevención realizadas por el Sector Salud y otras organizaciones civiles se evidencia en los datos reportados en varias investigaciones, las cuales señalan un incremento significativo en los conocimientos sobre SIDA en estudiantes tanto de bachillerato, como universitarios. Sin embargo, el incremento en conocimientos no ha ido acompañado por un aumento en la percepción de riesgo ni un incremento en conductas preventivas.

Al no encontrarse la interrelación deseada entre conocimientos y conducta, se han añadido nuevas variables a las investigaciones para ayudar a predecir la probabilidad de ocurrencia de las conductas preventivas deseadas. Entre las variables psicosociales utilizadas en estudios recientes para predecir y explicar conductas de riesgo y prevención vinculadas a la sexualidad y el SIDA, se encuentran constructos de personalidad como el control interno, así como también dimensiones de valores humanos tales como la moderación, la sabiduría, el hedonismo, etcétera. Díaz- Loving (1994) reporta que las personas que presentan un mayor control interno en el área de salud física, muestran conductas preventivas con mayor frecuencia que aquéllas que consideran que su salud depende de la suerte.

En otra línea de investigación se ha demostrado que a pesar de los conocimientos de las prácticas de sexo seguro para reducir el riesgo de contagio del VIH; la mayoría de la gente no adopta las creencias de que ellos mismos pueden ejercer control en las conductas preventivas durante sus relaciones sexuales (Siegel, Mesagno, Chen y Christ, 1989), aumentando en ello la probabilidad de contagio. Díaz Loving y Rivera (1992), muestran que no existe una relación significativa entre autopercepción de riesgo, conducta sexual de riesgo y conocimientos; aunque es interesante notar que sí existe una relación entre conocimientos sobre SIDA y la percepción de riesgo que los entrevistados tienen de que otras personas con patrones particulares de conducta se infecten (Díaz – Loving et al., 1999).

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

Una serie de hallazgos interesantes aparecen al analizar otras variables relacionadas con las conductas que aumentan la probabilidad de infección por VIH, tales como el número de parejas sexuales, la utilización y evaluación del condón, la percepción de riesgo, el temor a la infección y la costumbre de mezclar el alcohol con las relaciones sexuales (Díaz –Loving, 1999).

Estudios realizados en hombres homo-bisexuales han permitido identificar varios factores psicológicos que se relacionan con el riesgo sexual. Factores psicosociales asociados a un bajo riesgo incluyen altos niveles de auto-eficacia, un locus de control interno, actitudes positivas hacia el uso del condón, una buena percepción de riesgo, buen apoyo social, normas establecidas sobre sexo seguro por parte de otros y menor depresión. Mayor edad, un resultado Seropositivo al VIH, y un pasado uso de condón se ha asociado a menos relaciones sexuales sin protección; mientras que un pasado con parejas sexuales múltiples y/o anónimas, alto número de parejas sexuales y un consumo de

drogas antes de tener relaciones sexuales se han asociado con relaciones sexuales sin protección (Morrill, Ickovics, Golubchikov, Beren y Rodin, 1996).

El consumo de alcohol y drogas ha sido relacionado a las conductas de riesgo de infección del VIH (Mayne, Acree, Chesney y Folkman, 1998) con mayor frecuencia en hombres homosexuales y/o bisexuales con alto riesgo, que en hombres con prácticas de bajo riesgo (Kalichman, Tannenbaum y Nachimson, 1998).

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

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

Los datos sobre la frecuencia del uso del condón son difíciles de obtener y comparar de un estudio a otro, pero se sabe que es uno de los métodos anticonceptivos menos utilizados en planificación familiar a nivel mundial (Del Río y Uribe, 1993).

White y Johnson, (1988; en Díaz-Loving, 1999), en lo referente a la toma de riesgo y planeación del futuro señalan que el tener un mayor número de relaciones sexuales con más parejas y con un menor uso del condón, refleja un perfil alto en la toma de riesgos, desinhibiciones e impulsividad, a este respecto Díaz-Loving y Rivera (1992), señalan que es posible postular que una persona realiza conductas riesgosas por valorarlas y considerarlas excitantes, interesantes, originales, sin prever las consecuencias futuras que pudieran implicar. Asimismo los sujetos en estados de ansiedad y depresión son más susceptibles de realizar conductas de riesgo, debido a que durante estas etapas es más importante reducir las tensiones estresantes realizando una actividad contrarrestante

como la del uso de drogas o la de tener relaciones sexuales, aun cuando no se hallan tomado las precauciones necesarias para reducir la posibilidad de contagio de VIH.

Como se puede ver, la personalidad es uno de los factores de gran relevancia para comprender las conductas preventivas ante la Salud, razón por la cual se incluye en el presente trabajo el estudio del Locus de Control.

Locus de control en relación con el VIH/SIDA

Como se mencionó anteriormente, existen varios factores psicosociales asociados con la infección de VIH, en esta investigación se estudiará el constructo Locus de Control en relación con el sexo seguro, sexo protegido y el control para tener salud.

El VIH/SIDA es un fenómeno que se ha presentado a nivel mundial y ha desencadenado una serie de reacciones afectivas, cognoscitivas y conductuales que, de acuerdo a investigaciones realizadas, en buena medida es compartida dentro de determinados grupos poblacionales, ya sea que se hable de grupos relacionados por edad, sexo, conducta sexual, ocupación y muy probablemente de acuerdo con determinados perfiles de personalidad. De ahí, la importancia de la personalidad y su relación con el VIH/SIDA (González, 1998).

Hasta el momento, el estudio de las características de personalidad en relación con el SIDA se ha centrado principalmente en la descripción y caracterización de poblaciones que ya han desarrollado síntomas del síndrome, incluso, en estos estudios se concibe la trayectoria de efectos desde la perspectiva del impacto de la enfermedad sobre las formas de enfrentamiento de los sujetos infectados y, por tanto, de los cambios de personalidad y valores esperados en ellos, así como las formas de intervención terapéuticas según las características de la persona infectada (Díaz –Loving, 1999).

Desde una perspectiva distinta, empiezan a aparecer con mayor consistencia en el campo, estudios en los que el interés radica en asociar ciertos rasgos de personalidad con la tendencia a realizar conductas que conlleven alto riesgo de contagio, o en su contraparte, los rasgos y características que inducen a las personas a realizar prácticas y comportamientos que reducen su posibilidad de ser contagiados. El tipo de rasgos

incluidos en estos estudios puede ser aglutinado en dos campos genéricos: por una parte aquellas características que tienen que ver con el concepto de control (Rotter, 1966) y con el de competencia (Bandura, 1977, en Díaz – Loving, op.cit.) y de los derivados de ambos. Entre algunos rasgos de personalidad incluidos en estos estudios está el locus de control.

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

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

Rotter (op cit.), considera el constructo de locus de control unidimensional dentro de un continuo, donde los polos representarían respectivamente, la máxima internalidad y la máxima externalidad. Indica que cuando más interna es una persona menos externa será y recíprocamente, cuando más externa menos interna será. Claramente para individuos con control interno, el comportamiento es forzado por el Yo del sujeto, mientras que en los del control externo, el comportamiento es forzado por las condiciones del medio ambiente.

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

acerca de su habilidad; particularmente toma muy en cuenta sus fracasos, y se resiste hasta a los esfuerzos más sutiles para influenciarlo en alguna dirección determinada.

Phares y Lamiell (en Díaz- Guerrero, 1996), indican que se ha venido demostrando que no siempre el tener calificaciones altas en el control interno se relaciona con aspectos positivos del comportamiento, ya que en algunos estudios se ha encontrado, por ejemplo, que los sujetos con calificaciones altas en el control interno tienden a hacer más trampas si se trata de demostrar su habilidad, que los de control externo. Así, las condiciones de la actividad y de las metas por lograr parecen tener una influencia sobre esta dimensión. Sin embargo, en general, se sigue encontrando que la internalidad se presenta con mejores índices de adaptación, satisfacción e involucración en las actividades, que la externalidad.

Se ha encontrado que cuando las decisiones involucran opciones positivas hay una mayor tendencia a calificaciones de control interno activo, que cuando las opciones son negativas. Esto ha relacionado el campo de la internalidad-externalidad con la incapacidad aprendida, se ha demostrado que cuando, sin importar qué se haga, la conducta es reforzada negativamente, los individuos aprenderán a ser incapaces de resolver cualquier cosa. Hiroto y Seligman (1975; en González, 1998) argumentan que la incapacidad aprendida es un rasgo provocado. Notan que tanto la no solución de un problema, como el no poder escapar de un castigo, parecen provocar expectativas de que el responder es totalmente independiente del reforzamiento. Esta teoría y la escala de locus de control han permitido comprender mejor ciertas variables que intervienen en las maneras más eficientes del aprendizaje.

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

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

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

- a. **Fatalismo/suerte:** se refiere a creencias en un mundo no ordenado en donde los refuerzos dependen de factores azarosos tales como la suerte o el destino; esta dimensión fue reconocida desde los estudios de Rotter (1966), al respecto Díaz Guerrero (1996), indica que en la cultura mexicana, existen mexicanos con las características de esta dimensión, conformando la personalidad de control externo pasivo, la cual describe a individuos pasivos, pesimistas, fatalistas y obedientes.
- b. **Poderosos del Macro-Cosmos:** se refiere a personas que tienen el control porque tienen poder, están lejanas del individuo, pero sus acciones repercuten en su vida, como los diputados, gobierno y naciones, entre otros.
- c. **Poderosos del Micro-Cosmos:** se refiere a las personas que tienen el poder, pero que están más cercanas al individuo y controlan los refuerzos que les interesan, entre los cuales se encuentra el jefe y el padre.
- d. **Afectividad:** Esta escala describe situaciones en que el individuo consigue sus objetivos a través de las relaciones afectivas con quienes le rodean, ejemplo: si le caigo bien a mi jefe, puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo. Al respecto, Díaz-Guerrero (1986), menciona la importancia de las relaciones interpersonales de los mexicanos y su importancia en la vida diaria.
- e. **Internalidad Instrumental:** se refiere a situaciones en que el individuo controla su vida debido a su trabajo y capacidades. Díaz-Guerrero (1996), hace referencia a las características de esta escala en la personalidad del mexicano con tipo interno activo, él sería el menos frecuente dentro de la cultura mexicana, parece integrar dentro de sí todas las cualidades de la cultura mexicana, ya que puede ser

obediente, afectuoso y complaciente cuando esto sea lo adecuado, pero rebelde si es necesario y son optimistas de su propias capacidades para resolver problemas.

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

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

Las dimensiones del locus de control se han relacionado directamente con la emisión de conductas de salud. En lo que se refiere a la infección de VIH/SIDA, existe una relación importante entre el locus de control y la emisión de conductas preventivas o de riesgo, ya que la prevención de la infección requiere que la gente ejercite control sobre sus conductas y su medio ambiente social (Bandura, 1994).

En diversos estudios se ha encontrado que la presencia de expectativas de control en la que las personas piensan que el riesgo de infección de VIH está determinado por las suerte o el destino, conlleva menor precaución ante la infección de VIH y conductas de sexo seguro (Bandura, 1994; Díaz-Loving, 1999).

Kelly, Lawrence, Brasfield, Lemke, Amidei, Roffman, Hood, Smith, Kilgore y McNeill (1990) encontraron que los hombres homosexuales que reportaban tener coito anal sin protección obtuvieron puntajes más altos en la dimensión Suerte de la escala HLOC (Health locus of control) de Locus de Control; lo que muestra que creen que el infectarse de VIH es cuestión de suerte; y obtuvieron puntajes altos en la dimensión Internalidad, la

cual se refiere a la influencia del control personal/interno para desarrollar o no la infección de VIH.

Como se señaló, dentro del locus de control, se ha encontrado una dimensión denominada fatalismo, la cual se refiere a la creencia de que los eventos del medio ambiente están fuera de control; como tal puede ser importante para entender las formas en las cuales los individuos con VIH/SIDA y sus familias conceptualizan las causas de la enfermedad y reaccionan a ella; por ejemplo, el fatalismo puede conducir a conductas menos preventivas porque lo que me pasa a mí, es voluntad de Dios; y en el caso de los individuos que tienen el VIH/SIDA el fatalismo a su vez, puede estar asociado con estrategias de afrontamiento menos activas para reducir la angustia y depresión (Ceballos, Szapocznik, Blaney, Morgan, et al., 1990) de esta manera queda establecida la importancia del control personal interno tanto para evitar la infección del VIH/SIDA, como para reducir la angustia y depresión de las personas que ya están infectadas.

En la dimensión de control, varios rasgos relacionados a la eficacia o competencia con que las personas resuelven y enfrentan sus problemas cotidianos, se relacionan también con el uso de anticonceptivos, entre los que se menciona el condón. Asimismo, la presencia de expectativas de control en que las personas piensan que el riesgo de contagio de VIH está determinado por la suerte o el destino, conlleva menor precaución y conductas de sexo seguro (Díaz –Loving, 1999).

La literatura sobre SIDA y los predictores de conductas de riesgo han mostrado que el conocimiento, las actitudes y una serie de variables situacionales son necesarias pero no suficientes en la explicación del fenómeno. Es por ello que aunque incipiente, el conocimiento de estructuras de personalidad que se relacionen con conductas de riesgo de cualquier índole, es prometedor desde la perspectiva de prevención primaria de la salud. El identificar estructuras de personalidad que interactúen con información, actitudes y presiones situacionales debe guiar hacia modelos de intervención – en particular en el área de SIDA – más eficaces y eficientes en la batalla por reducir conductas que conlleven peligro de contagio en diversas poblaciones (Díaz –Loving, op.cit.).

En general, se puede ver que el control interno de la salud y la evaluación que otros hacen de uno incrementa las conductas de prevención, como son tener menos parejas y

usar condón con las parejas ocasionales, mientras que las personas con control externo que creen en la suerte, tienen una visión mágica de la vida que implica un menor temor de infectarse y por consiguiente más conductas de riesgo como son el tener más parejas sexuales, no usar el condón con la pareja regular y mezclar sexo con alcohol (Díaz – Loving, op.cit.). Esto se observa en el estudio realizado por Kelly et al. (1990), donde se encontró que los hombres homosexuales que reportaban no tener coito anal sin protección, en relación en esos que sí, consideraban el tener conductas preventivas como norma aceptada dentro de su grupo social; atribuían mayor seguridad a su conducta de prevención y menos a factores externos tales como la suerte y el destino al riesgo de infectarse de VIH/SIDA. Además de mayor conocimiento sobre las prácticas de riesgo, estos hombres tenían menor número de parejas sexuales, el riesgo percibido estaba mucho más de acuerdo con su comportamiento real, y eran mayores que los hombres que practicaban el coito anal sin protección.

Es interesante hacer notar que las personas que se responsabilizan de sus actos (control interno) asumen las consecuencias de sus conductas y por tanto reducen sus riesgos y optimizan sus conductas preventivas. Para este grupo sería suficiente aumentar conocimientos sobre las formas de transmisión, para tener los patrones conductuales deseados. Por el contrario, los que dejan su destino a la suerte, no sólo incurren en conductas riesgosas sino que subestiman el peligro de las mismas. Para este grupo las intervenciones de prevención primaria de la salud, deben empezar por atacar los procesos cognoscitivos involucrados en la toma de decisiones, ya que mientras persistan estos sujetos en separar sus actos de las consecuencias, de nada servirá aumentar sus conocimientos ni tratar de cambiar sus actitudes hacia la infección. Inclusive debido a la situacionalidad de sus conductas, una forma adecuada de incrementar la prevención sería incidiendo directamente en las situaciones (p.e. proveer preservativos gratuitos en los hoteles de paso o incluirlos en el servicio de habitación) o hasta creando relaciones de causa-efecto dentro de un ámbito conocido para ellos, relacionando las conductas de prevención a la suerte (p.e. es de mala suerte tener relaciones sexuales sin usar preservativos) (Díaz –Loving, 1999).

En estudios realizados en población homosexual (Mckusick, Coates, Morin, Pollack y Hoff, 1990) se han encontrado cambios en la conducta sexual de la población homosexual por prácticas sexuales más seguras; señalan que estos cambios están en función del

conocimiento de su estatus de seropositividad, percepción de auto-eficacia, mayores niveles de autoconcepto y la percepción del número de amigos o conocidos que les dan soporte o apoyo social.

Más tarde, Rossi (1993) menciona que existen diferencias en algunos hábitos sexuales en relación a la serología de los sujetos. Aquellos que presentan un resultado positivo tienen un comportamiento sexual más susceptible a la infección y transmisión del VIH/SIDA.

Como se puede ver, la relación entre conductas de prevención y riesgo en el área de contagio de VIH por vía sexual y variables psicológicas es compleja e interactuante; involucra conocimientos, creencias, actitudes, normas y premisas culturales, formas de procesamiento de información y toma de decisiones, características de personalidad y valores de vida (Díaz –Loving, 1999).

La epidemia de VIH/SIDA es el problema de salud pública más complejo en la actualidad, y cuyo impacto se refleja en toda la vida social y económica de nuestro país. La categoría de transmisión sexual en población con preferencia homosexual y bisexual masculina, constituye una forma importante de transmisión en México. Dado que la información por si sola no logra modificar las prácticas sexuales de la población, debemos considerar el estudio de otros factores psicosociales para lograrlo. Por lo cual, la presente investigación estudia el locus de control y su relación con las prácticas sexuales de Hombres que tiene Sexo con Hombres (HSH) con diferente seroestatus al VIH/SIDA.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Enfrentar la pandemia del VIH/SIDA no es tarea fácil, el virus se ha propagado dramáticamente en el mundo, el siglo XX llega a su fin y unos 34.3 millones de varones, mujeres y niños se enfrentan a un futuro dominado por una enfermedad mortal, desconocida hace tan sólo unas décadas. (SSA/CONASIDA, 2000). Existe una preocupación permanente por evitar que continúe su avance; de aquí la importancia de conocer algunos de los factores psicosociales que se asocian a las conductas preventivas o de riesgo.

Justificación

El aumento del número de personas infectadas por el VIH es cada vez más alarmante, el año pasado murieron por primera vez más personas de SIDA que de malaria o tuberculosis. La amplia mayoría de las víctimas se halla en los países en desarrollo (Vogel, 2000).

A la fecha no se ha encontrado un tratamiento que cure el SIDA a pesar de que ya existen medicamentos que prolongan la vida en mejores condiciones físicas, tampoco existe hoy en día una vacuna que lo prevenga; es una enfermedad crónico-degenerativa cuando se ingieren los medicamentos, pero dadas las características del país, en donde no todos tienen acceso a la salud, la infección es definitivamente mortal. La única forma de atacarla es la prevención. El SIDA es una enfermedad conductual, que está íntimamente relacionada a la sexualidad de los individuos y de las poblaciones; tema que se enmarcan dentro del ámbito de las interacciones sociales, área de interés de la psicología social.

Como se mencionó anteriormente, los homosexuales son una población con alto riesgo de adquirir el VIH/SIDA debido a sus prácticas sexuales - principal causa de transmisión en México -, por lo que una alternativa de prevención puede surgir al estudiar el locus de control de conductas muy específicas como son el sexo seguro, sexo protegido y el control para tener salud; ya que esta muy relacionado con la emisión de conductas preventivas o de riesgo ante el VIH/SIDA.

Pregunta de investigación

¿Cuáles es la relación entre las prácticas sexuales y el Locus de Control (salud, sexo seguro y sexo protegido) en HSH con diferente seroestatus al VIH/SIDA?

Objetivos

- Describir y comparar el patrón sexual de HSH con diferente seroestatus al VIH.
- Describir y comparar el Locus de Control (salud, sexo seguro y sexo protegido) de los grupos en estudio.
- Establecer el tipo de relación entre las practicas sexuales y el Locus de Control en los grupos

6. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable de clasificación

1. **Seroestatus al VIH/SIDA:** Indica la presencia o ausencia de anticuerpos al VIH en el organismo. Se evalúa mediante 3 preguntas: 1) ¿Te has hecho la prueba de VIH?, con dos opciones de respuesta: NO y SI, 2) ¿Cuál fue el resultado?, con dos opciones de respuesta: positivo y negativo; 3) ¿Cuál es el avance de la enfermedad?, variable atributiva con 4 niveles:
 - a. Seronegativos: son las personas que no viven con el VIH/SIDA
 - b. Seropositivos Asintomáticos: son las personas que viven con el VIH, pero no presentan síntomas
 - c. Seropositivos CRS: son las personas que viven con el VIH y presentan algún síntoma debido al VIH
 - d. Seropositivos con SIDA: son las personas que viven con el VIH y presentan los síntomas del SIDA.

Variables sociodemográficas

1. **Factores sociodemográficos:** aquellos que describen las características sociales, económicas, etnográficas, entre otras, de los individuos y de distintos grupos poblacionales (Diccionario de las ciencias de la educación, 1983). En el estudio se tomaron en cuenta los siguientes factores sociodemográficos:
 - a. Edad: variable atributiva continua; que se refiere al tiempo de vida en años, a partir del día del nacimiento y a la fecha de la entrevista.
 - b. Nivel socioeconómico: Se refiere al conjunto de variables atributivas que en su conjunto representan el estatus social; se evaluará mediante dos variables:
 - Escolaridad: variable atributiva, que se refiere al grado escolar alcanzado al momento de la entrevista, con 7 niveles: Primaria, Secundaria, Preparatoria, Profesional, Especialidad, Posgrado (Ma. Dr.) y Otra.
 - Ocupación: variable atributiva; que se refiere al tipo de trabajo que desempeña, la cual se evaluará mediante una pregunta abierta, las respuestas se clasificarán.

Variables Dependientes

1. Patrón sexual: Conjunto de variables atributivas se refiere a la conducta sexual seguida por los sujetos en estudio, será registrada mediante las siguientes variables :

- a. Edad al debut sexual: variable continua, se refiere a la edad al primer coito, se medirá en años.
- b. Preferencia sexual: variable atributiva, se refiere a la preferencia de vinculación sexual, con dos niveles de clasificación, homosexual y bisexual.
- c. Número de parejas sexuales en la vida: variable continua, se refiere al número de parejas sexuales que han tenido en la vida
- d. Tipo de práctica sexual: se refiere al tipo de coito que se practica, bajo dos condiciones: con la pareja regular y con la pareja ocasional*. Con 8 niveles de clasificación: Vaginales, Anales, Orales, Vaginales y anales, Vaginales y orales, Vaginales, anales y orales, Orales y anales, y Otro.
- e. Uso del condón: se refiere a la continuidad en el uso del condón durante el coito, bajo dos condiciones: con la pareja regular y con la pareja ocasional*. Con 3 niveles de clasificación: siempre , a veces y nunca.

*Por pareja regular nos referimos a una relación de pareja con duración mayor o igual a los 12 meses; y por pareja ocasional a una relación de pareja con una duración menor de 12 meses.

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

- a. Locus de Control sobre la Salud: se refiere a la atribución que hacen los sujetos sobre las causas de su salud

- b. **Locus de Control para tener Sexo seguro:** se refiere a la atribución que hacen los sujetos sobre las causas de tener o no sexo seguro.
- c. **Locus de Control para usar y obtener condones (Sexo protegido):** se refiere a la atribución de los sujetos sobre las causas de usar y obtener o no condones.

7. MÉTODO

Diseño

Es un diseño no experimental, ya que no se manipulan variables; transversal, ya que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Tipo de estudio

Descriptivo, ya que permite analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno; correlacional ya que pretende conocer el tipo de relación que existe (o no existe) entre diferentes variables (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Sujetos

Se trató de una muestra no probabilística intencional por cuotas ya que, la elección de los sujetos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación, en esta muestra se van conformando cuotas de acuerdo al seroestatus al VIH/SIDA (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Participaron 100 HSH divididos en cuatro grupos, 26 seronegativos, 23 seropositivos asintomáticos, 26 seropositivos con CRS y 25 seropositivos en condiciones indicadoras de SIDA.

Escenario

Se aplicaron los instrumentos de recolección de datos en las instalaciones del Hospital "La Raza", del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Fundación Mexicana en Lucha contra el SIDA, A.C. y en el Hospital "Adolfo López Mateos" ISSSTE.

Instrumentos

Se utilizaron las siguientes escalas:

1. Encuesta de selección (anexo 1), integrada por 4 reactivos, para conocer el estado serológico al VIH/SIDA, y la preferencia sexual.
2. Datos sociodemográficos (anexo 1), con 3 preguntas, edad, nivel de estudios y ocupación.
3. Escala de patrones sexuales (anexo 2), integrada por 8 reactivos acerca de sus prácticas sexuales.
4. Escala de Locus de Control (anexo 3), se evaluó mediante las subescalas:
 - a. Salud, con 11 reactivos
 - b. Sexo seguro, con 7 reactivos
 - c. Sexo protegido (obtención y uso de condón), con 10 reactivos
5. Consentimiento informado (anexo 4), hoja donde se le invita al sujeto a participar en el estudio, se mencionan los objetivos y las condiciones, de manera general, en caso de aceptar participar, se firma de aceptado.

Procedimiento

Una vez detectados los sujetos con las características de inclusión, se solicitó su consentimiento para la aplicación de los instrumentos señalados, se argumentó acerca de la importancia del estudio, en el sentido de buscar una prevención más eficiente para evitar la infección de VIH/SIDA.

Una vez que se explicó el objetivo, se procedió a aplicar los instrumentos, con los pacientes externos y seronegativos, las escalas se auto-administraron, a los pacientes internos, se les leyó cada uno de los reactivos y respondieron verbalmente.

Al finalizar la sesión se les agradeció su participación.

Análisis de datos

- Para la descripción de la población:
 - Análisis de frecuencias
 - χ^2 y ANOVAS (de una vía) para dar cuenta de las relaciones o diferencias existentes entre las variables. En caso de haber diferencias significativas en las variables con un nivel intervalar, se aplicó una prueba post-hoc (Scheffé)

- Para las escalas
 - Discriminación de reactivos: frecuencias y pruebas t (student)
 - Correlaciones (producto-momento de Pearson) entre los reactivos para decidir el tipo de análisis Factorial a aplicar, dado que las correlaciones que se presentaron son medianas y bajas (significativas), se decidió aplicar un:
 - Análisis factorial de componentes principales, rotación Varimax, para cada una de las subescalas, para establecer la validez de constructo y, obtener las dimensiones que conforman a cada una de las subescalas, una vez obtenidas las dimensiones.
 - Confiabilidad: α de Cronbach

- Para observar los efectos y/o relación entre las variables:
 - Análisis de varianza
 - Pruebas post-hoc (Scheffé)
 - Correlaciones producto-momento de Pearson

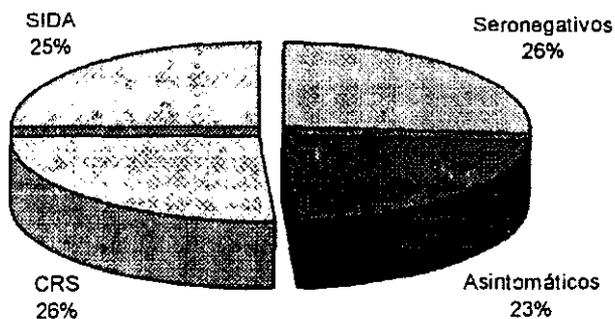
8. RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

1. Datos sociodemográficos

La muestra se constituye por 100 HSH, de los cuales 26 son seronegativos, 23 seropositivos asintomáticos, 26 seropositivos con CRS y 25 sintomáticos en condiciones de SIDA (gráfica 1).

Gráfica 1
Estatus de seropositividad de la población total



La edad promedio de la muestra es de 32 años, con un rango de 19 a 56 años. Para conocer si existen diferencias entre los grupos por edad se realizó un análisis de varianza de una vía (Scheffé). Los resultados indican diferencias significativas ($F_{(2,98)} = 4.436$ y $p = .006$), entre los grupos de Seronegativos y Asintomáticos, siendo los primeros los más jóvenes y los últimos, los de mayor edad (tabla 1).

Tabla 1
Promedios y rangos de edad por seroestatus al VIH/SIDA

EDAD	Seroestatus al VIH/SIDA			
	Seronegativo n=26	Seropositivo Asintomático n=23	Seropositivo CRS* n=26	Seropositivo SIDA n=25
	28.65	35.74	32.28	32.88
Rango	19-48	26-56	20-50	19-43

*CRS= Complejo Relacionado con el SIDA.

En cuanto a la escolaridad, se observa que la mayoría (83%) tiene una escolaridad entre Preparatoria y Especialidad. Dentro de los grupos Seronegativos y Asintomáticos, la muestra registra sujetos con mayor escolaridad, va de Preparatoria a Profesional y, sus porcentajes más altos se ubican en las categorías de Profesional y Especialidad, por el contrario, los grupos de CRS y SIDA, muestran casos con escolaridad de Primaria y Secundaria y sus porcentajes más altos se ubican en Preparatoria y Profesional (tabla 2).

Tabla 2
Distribución de la escolaridad por seroestatus al VIH/SIDA

ESCOLARIDAD	Seroestatus al VIH/SIDA							
	Seronegativo n=26		Seropositivo Asintomático n=23		Seropositivo CRS* n=26		Seropositivo SIDA n=25	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Primaria					2	7.7	1	4.2
Secundaria					4	15.4	2	8.3
Preparatoria	6	24	4	17.4	8	30.8	10	41.7
Profesional	16	64	7	30.4	10	38.5	6	25
Especialidad	2	8	8	34.8	1	3.8	3	12.5
Posgrado	1	4	3	13	1	3.8	2	8.3
Otra			1	4.3				

*CRS= Complejo Relacionado con el SIDA.

En la ocupación se destaca que más de la mitad de la muestra esta formada por Empleados (31%) y Profesionistas (25%), dentro de los cuatro grupos aparecen estas categorías; aunque se observa que el porcentaje de Profesionales va disminuyendo conforme avanza la enfermedad. Por otro lado, se observa que los Asintomáticos son el grupo que tiene más Empleados.

En el grupo de Seronegativos destacan los Estudiantes, así como en los grupos CRS y SIDA, los Pensionados (tabla 3).

Tabla 3
Distribución de la ocupación por seroestatus al VIH/SIDA

OCUPACIÓN	Seroestatus al VIH/SIDA							
	Seronegativo n=26		Seropositivo Asintomático n=23		Seropositivo CRS* n=26		Seropositivo SIDA n=25	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Obrero					2	7.7	1	4.2
Empleado	8	21.7	11	47.8	8	30.8	6	25
Comerciante	3	13	1	4.3	2	7.7	1	4.2
Ventas	1	4.3			1	3.8	4	16.7
Profesionales	7	30.4	7	30.4	6	23.1	4	16.7
Investigador			1	4.3			1	4.2
Pensionado			1	4.3	6	23.1	6	20.8
Estudiante	7	30.4	1	4.3	1	3.8		
No tiene			1	4.3			2	6.3

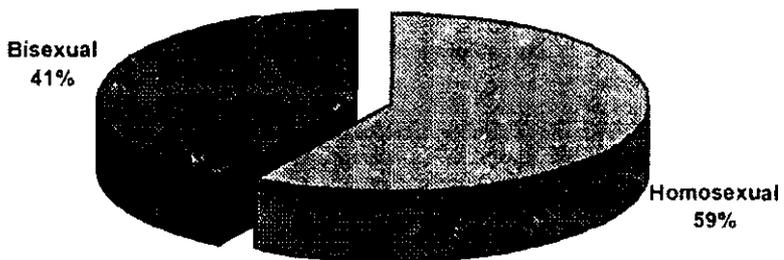
*CRS= Complejo Relacionado con el SIDA

2. Patrón sexual

A. Población total

- a. El promedio de edad de inicio a la vida sexual o *Edad al Debut sexual*, es de 15 años, con un rango de 5 a 33 años.
- b. La *preferencia Sexual* de la muestra se observa en la siguiente gráfica (gráfica 2).

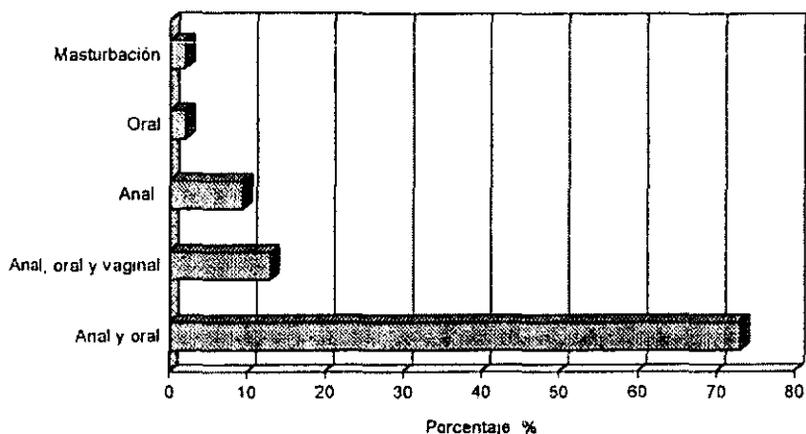
Gráfica 2
Distribución de la orientación Sexual en la población total



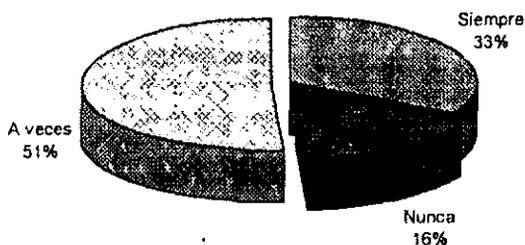
- c. En cuanto al *número de parejas sexuales en la vida*, el promedio de la población total es de 63, con un rango que va de 1 a 500.

d. El tipo de coito con la pareja sexual regular es principalmente oral y anal (72.9%) seguido del vaginal, anal y oral (12.9%), del anal (9.4%) y finalmente, oral y masturbación (2% cada uno respectivamente) (gráfica 3). En cuanto a la frecuencia del uso del condón con esta pareja, se encontró que solamente un 33% (29) lo usan siempre, 51.2% (35) lo usan de manera irregular y un 15.9% (14) nunca lo usan (gráfica 4).

Gráfica 3
Distribución del tipo de coito con pareja regular

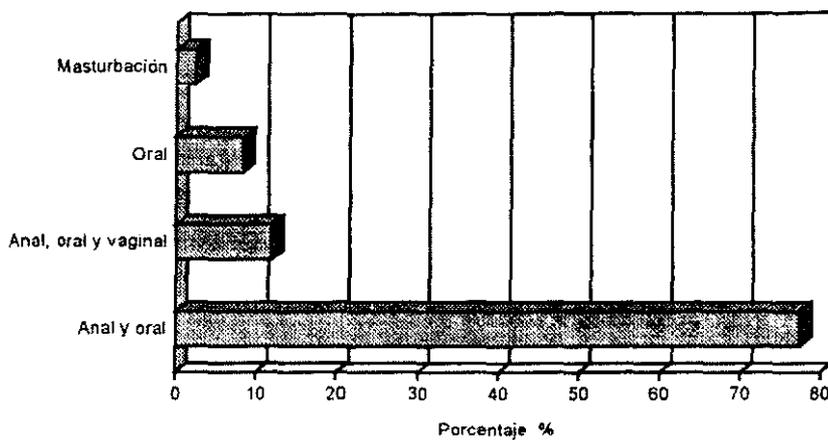


Gráfica 4
Frecuencia del uso de condón con pareja regular

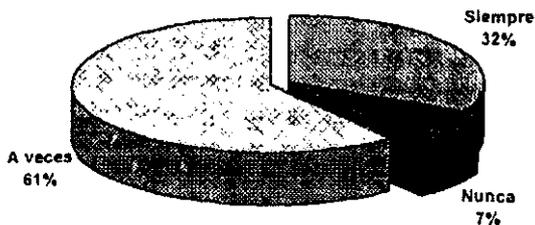


e. El tipo de coito con la pareja ocasional es principalmente oral y anal (77.4%), seguido de vaginal, anal y oral (11.9%) y con un menor porcentaje oral y masturbación (8.3% y 2.4% respectivamente) (gráfica 5). Respecto al uso del condón, sólo un 31.8% (27) lo usan siempre, 60% (51) lo usan discontinuamente y 7.1% (6) nunca lo usan (gráfica 6).

Gráfica 5
Distribución del tipo de coito con pareja ocasional



Gráfica 6
Frecuencia del uso del condón con pareja ocasional



B. Patrón sexual por Seroestatus al VIH/SIDA (Seronegativos, Asintomáticos, CRS y SIDA).

a. Para conocer si existen diferencias en cuanto a la *Edad al Debut sexual* por Seroestatus al VIH/SIDA, se aplicó un análisis de varianza de una vía, los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas por edad al debut sexual. Sin embargo, se puede apreciar que aquellos del grupo CRS, se iniciaron a más temprana edad ($\bar{X} = 13.1$ años) que el resto, por otro lado se observa que los Seronegativos ($\bar{X} = 16.5$) indican haberse iniciado a mayor edad (tabla 4).

Tabla 4

Edad al Debut sexual por seroestatus al VIH/SIDA

EDAD AL DEBUT SEXUAL	Seroestatus al VIH/SIDA				Total
	Seronegativo n=26	Asintomático n=23	CRS* n=26	SIDA n=25	
	16.54	15.7	13.15	14.71	15.01
Rango	8-30	6-33	5-21	8-18	5-33

*CRS= Complejo Relacionado con el SIDA

b. Para conocer si existen diferencias en cuanto a la *Preferencia Sexual* (tabla 5) por Seroestatus al VIH/SIDA, se aplicó el estadístico χ^2 , los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la preferencia sexual (bisexual vs homosexual). Se puede observar, sin embargo, que el porcentaje más alto de bisexualidad se presenta en el grupo SIDA y el menor en el grupo Seronegativo

Tabla 5

Preferencia sexual por seroestatus al VIH/SIDA

ORIENTACIÓN SEXUAL		Seroestatus al VIH/SIDA				Total
		Seronegativo n=26	Asintomático n=23	CRS* n=26	SIDA n=25	
Bisexual	n	7	10	10	14	41
	%	26.9	43.5	38.5	56	41
Homosexual	n	19	13	16	11	59
	%	73.1	56.5	61.5	44	59

*CRS= Complejo Relacionado con el SIDA.

c. Para conocer si existen diferencias en cuanto al *número de parejas sexuales en la vida*, por Seroestatus al VIH/SIDA, se aplicó un análisis de varianza de una vía, los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, se observa que el grupo de asintomáticos tiene el mayor número de parejas sexuales en la vida ($\bar{X} = 85$), y los seronegativos ($\bar{X} = 36$) son el grupo con menos parejas sexuales (tabla 6).

Tabla 6

Número de parejas sexuales en la vida por seroestatus al VIH/SIDA

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LA VIDA	Seroestatus al VIH/SIDA				Total
	Seronegativo n=26	Asintomático n=23	CRS* n=26	SIDA n=25	
	46.23	65.3	68.22	76.73	61.03
Rango	2-300	3-500	5-500	1-500	1-500

*CRS= Complejo Relacionado con el SIDA.

d. Pareja sexual regular (tipo de coito y frecuencia de uso del condón).

El tipo de coito que predomina con esta pareja es oral y anal, en todos los grupos; por otra parte, se observa que la práctica oral y de sexo seguro (masturbación) no son muy utilizadas, únicamente se mencionan en el grupo de Seronegativos y de Asintomáticos (Tabla 7).

En lo que se refiere al uso del condón, entendido como sexo protegido, con esta pareja, se observa que el grupo Asintomático, tiene el mayor porcentaje de individuos que lo utilizan *siempre*, los otros 3 grupos muestran porcentajes más altos en la opción *a veces* (Tabla 7).

Tabla 7

Tipo de coito y uso del condón con la pareja sexual regular por seroestatus al VIH/SIDA

PATRÓN SEXUAL CON PAREJA REGULAR	Seroestatus al VIH/SIDA							
	Seronegativo n=26		Asintomático n=23		CRS* n=26		SIDA n=25	
Tipo de coito	n	%	n	%	n	%	n	%
Anales	1	5	6	27.3	1	4.3		
Orales	1	5	1	4.5				
Vaginales, anales, orales	1	5	1	4.5	2	8.7	7	35
Orales y anales	16	80	13	59.1	20	87.0	13	65
Otra (masturbación)	1	5	1	4.5				
Uso del condón								
(1) Nunca	5	25	3	13	1	4.0	5	23.8
(2) A veces	9	45	8	36.3	17	68.0	11	52.4
(3) Siempre	6	30	11	50.0	7	28.0	5	23.8
\bar{X}	2.05		2.35		2.24		2.08	

*CRS= Complejo Relacionado con el SIDA.

Para conocer si existen diferencias entre los cuatro grupos, en cuanto al uso del condón con la pareja sexual regular, se aplicó un análisis de varianza de una vía, los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas.

e. Pareja sexual ocasional (tipo de coito y frecuencia de uso del condón).

El tipo de coito con esta pareja es principalmente oral y anal, en todos los grupos, por otra parte, se observa que la práctica del sexo seguro (masturbación), sólo se menciona dentro del grupo Asintomático (Tabla 8).

En lo que se refiere al uso del condón (sexo protegido), con esta pareja, se encontró que aproximadamente la mitad de la población Seronegativa y Asintomática, manifiestan utilizarlo *siempre*, a diferencia de los CRS y SIDA, que indican, en su mayoría usarlo a veces (76% y 71% respectivamente) (Tabla 8).

Tabla 8

Tipo de coito y uso del condón con la pareja sexual ocasional por seroestatus al VIH/SIDA

PATRÓN SEXUAL CON PAREJA OCASIONAL	Seroestatus al VIH/SIDA							
	Seronegativo n=26		Asintomático n=23		CRS* n=26		SIDA n=25	
Tipo de coito	n	%	n	%	n	%	n	%
Anales								
Orales	1	5.6	2	9.1	3	13	1	4.8
Vaginales, anales, orales	1	5.6			3	13	6	28.6
Orales y anales	16	88.9	18	81.8	17	73.9	14	66.7
Otra (masturbación)			2	9.1				
Uso del condón								
(1) Nunca			1	4.8	1	4	4	19.0
(2) A veces	8	44.4	9	42.9	19	76	15	71.4
(3) Siempre	10	55.6	10	47.6	5	20	2	9.5
	2.55		2.45		2.16		1.90	

*CRS= Complejo Relacionado con el SIDA

Para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos, con respecto al uso del condón con la pareja sexual ocasional, se aplicó un análisis de varianza de una vía (Scheffé). Los resultados indican que, existen diferencias ($F_{(3,83)} = 8.129, p=0.001$) producidas por el grupo SIDA ($\bar{X} = 1.9$), con el menor promedio de frecuencia de uso del condón en comparación con el grupo Seronegativo ($\bar{X} = 2.55$) que

presentan el más alto promedio en uso del condón, seguidos por el grupo de Asintomáticos ($\bar{X}=2.45$).

ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

1. Discriminación de reactivos

Se realizó un análisis de frecuencias y una prueba t de Student para grupos independientes. Se eliminaron los reactivos cuya probabilidad fuera mayor a .05, de los 28 reactivos planteados originalmente, se eliminaron 3, quedando 25 (anexo 5).

2. Análisis Factorial y Alfa de Cronbach

Las escalas se validaron a través del análisis factorial con rotación Varimax, debido a que la mayoría de las correlaciones entre los reactivos fueron menores a .50. El instrumento, de 21 reactivos, se dividió en tres escalas (salud, sexo seguro y sexo protegido); los pesos factoriales fueron mayores a .40 y el valor propio (eigen value) > 1; cada escala se sometió a un análisis de consistencia interna para obtener su confiabilidad, a través de la prueba Alfa de Cronbach, las escalas quedaron definidas de la siguiente manera:

A. Escala de Salud

Quedó constituida por 10 reactivos; el análisis reportó 2 factores, y dos reactivos independientes. La estructura obtenida por el análisis factorial explica el 66.5% de la varianza total (tabla 9).

Factor Externalidad Poderosos (6 reactivos), el promedio obtenido ($\bar{X} = 3.8$, Alfa= .87), se ubica por encima de la media teórica, lo cual muestra que los sujetos no están muy decididos con respecto a este factor, aunque vemos una inclinación hacia el desacuerdo, en cuanto a que su salud depende de la suerte, el destino, de Dios (fatalismo/suerte), del gobierno (Poderosos del Macro-Cosmos) y de lo agradable/simpáticos que sean para otros (afectividad).

Factor Internalidad Instrumental (3 reactivos), para lograr un continuo en que a mayor puntuación, mayor internalidad, se recodificaron las respuestas de este factor, el promedio se ubica entre las respuesta *totalmente de acuerdo* y *de acuerdo*; lo cual significa que los HSH están de acuerdo en que su salud es cuestión de esfuerzo personal y depende de ellos, así como de sus acciones ($\bar{X} = 4.5$, Alfa= .62).

Reactivos Independientes:

1. "Mi salud depende del bienestar familiar" : el promedio de este reactivo es de 3.1, (D.S.=1.2), lo cual nos indica que los HSH no están de acuerdo, ni en desacuerdo en que su *salud depende del bienestar familiar*.
2. "Mi salud depende de aquellos que me rodean" : El puntaje obtenido ($\bar{X} = 3.6$, D.S.= 1) cae entre la respuesta *ni acuerdo ni desacuerdo* y *en desacuerdo*; acercándose más al desacuerdo. Lo cual nos dice que los HSH no están de acuerdo en que su salud depende de los que lo rodean.

Tabla 9
Análisis Factorial para la Escala de Salud

FACTOR: Externalidad Poderosa		$\bar{X} = 3.5$	ALFA = .87	$r = 1 - 5$	PESO FACTORIAL		
1. Puedo mejorar mi salud si tengo suerte					.840		
2. Que yo tenga poca o mucha salud es cosa del destino					.803		
3. Puedo tener salud si soy simpático					.777		
4. El que yo me enferme dependerá de Dios					.765		
5. Mi salud dependerá de lo agradable que soy					.725		
6. El problema de la salud está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto					.603		
FACTOR: Internalidad Instrumental		$\bar{X} = 4.5$	ALFA = .62	$r = 1 - 6$			
7. El que yo tenga buena salud depende de mí					.871		
8. Mejorar mis condiciones de salud es cuestión de esfuerzo personal					.819		
9. Mi salud está determinada por mis propias acciones					.536		
REACTIVOS INDEPENDIENTES		\bar{X}	D.S.				
10. Mi salud depende del bienestar familiar					3.1	1.2	.805
11. Mi salud depende de aquellos que me rodean					3.6	1	.620

A > puntuación, > internalidad

B. Escala de Sexo Seguro

Quedó constituida por 5 reactivos; el análisis reportó 1 factor y 2 reactivos independientes. La estructura obtenida por el análisis factorial explica el 65.5% de la varianza total (tabla 10).

Factor Externalidad Poderosos (3 reactivos); la media obtenida para este factor es de $\bar{X} = 1.86$ (Alfa= .72), la cual se ubica entre las respuestas *totalmente de acuerdo* y *de acuerdo*, esto significa que los HSH consideran que el tener sexo seguro es cuestión de suerte, del destino (fatalismo/suerte) y depende del gobierno (Poderosos del Macro-Cosmos).

Reactivos independientes: para lograr un continuo con el resto de los factores y las escalas en que a mayor puntuación, mayor internalidad, se recodificaron las respuestas de estos dos reactivos.

2. "Tener sexo seguro depende de mis capacidades": ($\bar{X} = 4.18$, D.S.= 1.04). El promedio nos indica que los HSH, están de acuerdo en que el sexo seguro depende de sus capacidades (Internalidad Instrumental).
3. "Cuando quiero tener sexo seguro, lo consigo": ($\bar{X} = 4.25$, D.S.= .85). La media nos muestra que los HSH están de acuerdo en que si quieren tener sexo seguro, lo consiguen (Internalidad Instrumental).

Tabla 10

Análisis factorial para la Escala de Sexo Seguro

FACTOR: Externalidad Poderosos	$\bar{X} = 1.86$	ALFA= .72	$n = 1 - 5$	PESO FACTORIAL
1. Que yo use sexo seguro es cosa del destino				.843
2. Que la gente utilice sexo seguro está en manos del Gobierno y no hay mucho que pueda hacer				.777
3. Cuando logro tener sexo seguro es porque he tenido suerte				.660
REACTIVOS INDEPENDIENTES	$n = 1 - 5$	\bar{X}	D.S.	
4. El tener sexo seguro depende de mis capacidades		4.25	.96	.889
5. Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo		4.23	.85	.470

A > puntuación, > internalidad

C. Escala de Sexo Protegido

Quedó constituida por 9 reactivos; el análisis reportó 2 factores. La estructura obtenida por el análisis factorial explica el 56.5% de la varianza total (tabla 11).

Factor Externalidad Poderosos (4 reactivos), el promedio obtenido ($\bar{X} = 1.92$, Alfa= .84) por los HSH indica que el obtener y usar condones está controlado por el destino, la suerte (Poderosos del Macro-Cosmos) y/o la pareja sexual (poderoso del Micro-Cosmos).

Factor Internalidad Instrumental (5 reactivos), para lograr un continuo en que a mayor puntuación, mayor internalidad, se recodificaron las respuestas de este factor, el promedio obtenido ($\bar{X} = 2.9$, Alfa= .90) por los HSH indica un punto intermedio, esto nos muestra que los HSH no asumen la responsabilidad de que el tener sexo seguro depende de ellos, pero tampoco niegan tener ese control.

Tabla 11

Análisis factorial para la Escala de Sexo Protegido

FACTOR: Externalidad Poderosos			$\bar{X} = 1.92$	ALFA= .84	$n = 1-5$	PESO FACTORIAL
1.	Que yo obtenga suficientes condones es cosa del destino					.900
2.	Cuando logro tener condones es cuestión de suerte					.878
3.	El que yo use condones es cuestión de suerte					.796
4.	Que yo use condones depende de mi pareja sexual					.736
FACTOR: Internalidad Instrumental			$\bar{X} = 2.9$	ALFA= .90	$n = 1-5$	
5.	El uso de condones depende de capacidades propias					.870
6.	Usar condones es cuestión de esfuerzo personal					.852
7.	El obtener condones depende de mis capacidades					.766
8.	Conseguir condones es cuestión de esfuerzo personal					.712
9.	El que yo obtenga condones depende de mí					.670

A > puntuación, > internalidad

CORRELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

Se realizó un análisis de correlación (producto –momento de Pearson) para observar las relaciones al interior de la escala de Locus de Control. Se presentan solamente aquellas correlaciones significativas con valores de $r \geq$ de .20 (tabla 13).

Para facilitar el análisis de las correlaciones entre de la escala de Locus de Control, se muestra la siguiente tabla, donde se indican los factores y reactivos independientes que fueron recodificados, buscando tener un continuo en que a mayor puntuación, mayor internalidad (Tabla 12).

Tabla 12
Factores y Reactivos de la escala de Locus de Control Recodificados

Factores y reactivos por Escala	RECODIFICADO
Salud	
1. Externalidad Poderosos	
2. <i>Internalidad Instrumental</i>	X
3. "Mi salud depende del bienestar familiar"	
4. "Mi salud depende de aquellos que me rodean"	
Sexo Seguro	
5. Externalidad Poderosos	
6. "El tener sexo seguro depende de mis capacidades"	X
7. "Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo"	X
Sexo Protegido	
8. Externalidad Poderosos	
9. <i>Internalidad Instrumental</i>	X

1. Correlación Intra Escalas

Escala de Salud

Se encontraron correlaciones positivas y significativas entre el factor **Externalidad Poderosos** con: 1) el factor **Internalidad Instrumental** y 2) con dos reactivos independientes: "Mi salud depende del bienestar familiar" y "Mi salud depende de aquellos que me rodean". Esto indica que mientras mayor es el desacuerdo de que la salud depende de otros (gobierno, suerte, destino y/o Dios) o de los atributos personales como la simpatía o lo agradable que se es, mayor es el acuerdo de que la salud depende de ellos mismos (acciones y esfuerzo personal, p.e.), y mayor desacuerdo en que la salud depende del bienestar familiar y de la gente que le rodea.

El factor **Internalidad Instrumental** también correlacionó positivamente el reactivo "Mi salud depende de aquellos que me rodean", esto indica que a mayor acuerdo en cuanto a que la salud está determinada por las propias acciones, mayor desacuerdo en que la salud depende de los que le rodean.

Finalmente se obtuvieron correlaciones positivas entre los reactivos "Mi salud depende del bienestar familiar" y "Mi salud depende de aquellos que me rodean", esto apunta que a mayor acuerdo de que la salud no depende de la familia, mayor acuerdo en que tampoco depende de los que les rodean.

Escala de Sexo Seguro

El factor **Externalidad Poderosos** correlacionó 1) positivamente con el reactivo "El tener sexo seguro depende de mis capacidades", esto significa que a mayor desacuerdo de que el sexo seguro depende de otros (suerte, destino y/o gobierno), mayor acuerdo en que el tener sexo seguro depende de las propias capacidades y 2) negativamente con el reactivo "Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo", esto señala que a mayor acuerdo de que el sexo seguro depende de otros (suerte, destino y/o gobierno), menor acuerdo en que cuando se quiere tener sexo seguro se consigue.

Escala de Sexo Protegido

La correlación entre los dos factores de la escala es negativa y significativa, esto indica que a menor acuerdo en que la obtención y uso del condón esté controlado por el destino, la suerte (Poderosos del Macro-Cosmos) y/o la pareja sexual (Poderosos del Micro-Cosmos), mayor acuerdo en que usar condones es cuestión de esfuerzo personal y depende de las capacidades.

2. Correlación entre las escalas de Locus de Control

Escala de Salud vs Sexo Seguro y Sexo Protegido

Se obtuvieron correlaciones negativas entre el factor **Externalidad Poderosos** de la escala de Salud con: 1) los factores **Externalidad Poderosos** (Sexo Seguro) y **Externalidad Poderosos** (Sexo Protegido) y 2) una correlación positiva con el reactivo "Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo. Lo cual muestra que a menor acuerdo en que la salud depende de los Poderosos del Macro-Cosmos, mayor desacuerdo en que el sexo seguro es cosa de otros (destino, suerte y/o gobierno); y mayor desacuerdo en que el sexo protegido depende de la suerte, del destino y de la pareja sexual.

También se observan correlaciones negativas entre el factor **Internalidad Instrumental** con los factores **Externalidad Poderosos** (Sexo Seguro) y con el factor **Externalidad Poderosos** (Sexo Protegido). Esto indica que a mayor acuerdo en que la salud está determinada por las propias acciones, menor acuerdo en que el sexo seguro y protegido están determinados por los Poderosos del Macro-Cosmos.

Por otro lado, correlacionó positivamente con los reactivos independientes de la escala de Sexo Seguro "El tener sexo seguro depende de mis capacidades" y "Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo", lo que indica que a mayor acuerdo de que la salud está determinada por las propias acciones, mayor acuerdo en que el tener sexo seguro depende de las propias capacidades y si se quiere tener sexo seguro se consigue.

Los reactivos "Mi salud depende del bienestar familiar" y "Mi salud depende de aquellos que me rodean" correlacionan negativamente con el factor **Externalidad Poderosos**

(Sexo Seguro) y con el factor **Externalidad Poderosos** (Sexo Protegido). Esto indica que a menor acuerdo en que la salud depende del bienestar familiar y de aquellos que le rodean, mayor acuerdo den que el sexo seguro y protegido dependen de otros (suerte, destino, gobierno y/o pareja).

Escala de Sexo Seguro vs Sexo Protegido

El factor **Externalidad Poderosos** de la escala de Sexo Protegido correlaciona positivamente con 1) el factor **Externalidad Poderosos** de la escala de Sexo Seguro y 2) negativamente con los reactivos independientes de la misma escala: "El tener sexo seguro depende de mis capacidades" y "Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo". Esto indica que a mayor desacuerdo en que la obtención y uso del condón sean cuestión de suerte, destino, y/o gobierno (Poderosos del Macro-Cosmos) ,mayor desacuerdo en que el sexo seguro lo determine los Poderosos del Macro-Cosmos. Y finalmente, a mayor acuerdo en que tener sexo seguro depende de mis capacidades y que cuando yo quiero, lo consigo, menor acuerdo en que el sexo protegido lo determinen los Poderosos del Macro-Cosmos.

TABLA 13
Correlaciones entre las escalas de Locus de Control

Factores y reactivos por escala	Salud				Sexo Seguro			Sexo Protegido	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Salud									
1. Externalidad Poderosos	X								
2. Internalidad Instrumental	.35***	X							
3. "Mi salud depende del bienestar familiar"	.40**		X						
4. "Mi salud depende de aquellos que me rodean"	.47**	.24*	.40**	X					
Sexo Seguro									
5. Externalidad Poderosos	-.65**	-.40**	-.26**	-.29**	X				
6. "El tener sexo seguro depende de mis capacidades"		.29**			.24*	X			
7. "Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo"	.34**	.46**			-.36**		X		
Sexo Protegido									
8. Externalidad Poderosos	-.71**	-.36**	-.36**	-.46**	.80**	-.24*	-.34***	X	
9. Internalidad Instrumental								-.23*	X

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

COMPARACIÓN DE LAS ESCALAS DE LOCUS DE CONTROL POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

Con el objetivo de conocer si existen diferencias en las escalas de Locus de control (salud, sexo seguro y sexo protegido) entre los grupos, por seroestatus al VIH, se realizó un análisis de varianza de una vía (Scheffé). Se reportan únicamente los resultados significativos.

A. Escala de Salud

Factor Externalidad Poderosos

Se encontraron diferencias significativas ($F_{(3,92)} = 14.77$; $p < .0001$), producidas por el grupos Seronegativo ($\bar{X} = 4.2$) vs los grupos CRS ($\bar{X} = 3.5$) y SIDA ($\bar{X} = 3.1$). Lo que indica que el grupo Seronegativo es significativamente más interno que el grupo CRS Y SIDA. También se observan diferencias significativas entre el grupo Asintomático ($\bar{X} = 4.3$) vs los grupos CRS y SIDA. Donde los asintomáticos muestran un locus de control significativamente más interno que el grupo CRS y SIDA. Esto señala que el grupo Seronegativo es el más interno y el grupo SIDA el menos interno. Ya que el primero, manifiesta mayor desacuerdo en cuanto a que su salud depende de otros (destino, suerte, gobierno, y/o de lo simpático o agradable que se es).

Factor Internalidad Instrumental

Se observan diferencias significativas ($F_{(3,97)} = 4.55$; $p = .005$) entre el grupo SIDA ($\bar{X} = 4.1$) vs los grupos Seronegativo ($\bar{X} = 4.6$) y Asintomático ($\bar{X} = 4.6$). El grupo SIDA es menos interno que los grupos Seronegativo y Asintomático. Ya que está menos de acuerdo en que su salud esta determinada por sus propias acciones y por su esfuerzo. Sin embargo están de acuerdo en que su salud la determinan sus acciones.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los reactivos independientes de esta escala.

B. Escala de Sexo Seguro

Factor Externalidad Poderosos

Se observan diferencias significativas ($F_{(3,94)} = 8.77$; $p < .0001$) entre el grupo Seronegativo ($\bar{X} = 1.4$) vs CRS ($\bar{X} = 2.1$) y SIDA ($\bar{X} = 2.4$). El primero es significativamente más externo que los otros dos. También se observan diferencias entre el grupo Asintomático ($\bar{X} = 1.7$) vs el grupo SIDA ($\bar{X} = 2.4$). Lo cual significa que los asintomáticos son significativamente más externos que el grupo SIDA. Vemos que el grupo Seronegativo está más de acuerdo en que el sexo seguro depende de otros (destino, suerte y/o del gobierno) y el grupo SIDA menos de acuerdo.

Dentro del reactivo "cuando quiero tener sexo seguro lo consigo", se observan diferencias ($F_{(3,97)} = 3.57$ $p = .01$) entre el grupo Seronegativo ($\bar{X} = 4.6$) y el grupo SIDA ($\bar{X} = 4$). Los seronegativos muestran mayor internalidad que el grupo SIDA, ya que están más de acuerdo en que *si quieren tener sexo seguro, lo consiguen*.

Escala de Sexo Protegido

Factor Externalidad Poderosos

Se observan diferencias significativas ($F_{(3,96)} = 16.16$; $p < .0001$), entre el grupo Seronegativo ($\bar{X} = 1.4$) vs los grupos CRS ($\bar{X} = 2.3$) y SIDA ($\bar{X} = 2.5$), donde los seronegativos muestran un locus de control más externo que los grupos CRS y SIDA. También se obtuvieron diferencias entre el grupo Asintomático ($\bar{X} = 1.5$) vs los grupos CRS ($\bar{X} = 2.3$) y SIDA ($\bar{X} = 2.5$), donde los asintomáticos manifiestan ser más externos que los grupos CRS y SIDA. Esto indica, que los seronegativos y los asintomáticos son los grupos que manifiestan mayor acuerdo en que el usar y obtener condones depende de otros (destino, suerte y/o de la pareja sexual) y los grupos CRS y SIDA son los que están menos de acuerdo. Sin embargo presentan también un Locus de control Externo.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el factor Internalidad Instrumental, lo cual nos indica que los puntajes de los cuatro grupos son similares.

LOCUS DE CONTROL VS EDAD Y PATRÓN SEXUAL

El objetivo de la presente sección es conocer la relación que tienen las escalas de Locus de control (Salud, Sexo Seguro, Sexo Protegido) con la edad y el patrón sexual (*preferencia sexual, edad al debut sexual, número de parejas sexuales en la vida y uso de condón con pareja regular y con pareja ocasional*). Se utilizaron para el propósito, correlaciones (producto-momento de Pearson), análisis de varianza de una vía (post-hoc Scheffé) y t (Student). (tabla 14):

Edad

Para ver si existen diferencias en las escala de locus de control con respecto a la edad de los HSH, se crearon cuatro grupos, (19 a 28, 29 a 31, 32 a 36 y 36 a 56 años) utilizando los cuartiles, para tener número de sujetos similares en cada grupo de edad. Se aplicó un análisis de varianza de una vía y se observa que no hay diferencias por grupo.

Los resultados de la aplicación de la correlación (producto-momento de Pearson) entre la edad y las escalas de locus de control, arrojó solamente una correlación positiva y significativa con el reactivo independiente "Mi salud depende de aquellos que me rodean" de la escala de Salud, lo cual indica que a mayor edad, mayor locus interno, esto es, la salud no depende de los que le rodean (tabla 14).

Patrón Sexual

Preferencia Sexual

Para conocer si existían diferencias por preferencia sexual (homosexual y bisexual) en cuanto a las escalas de locus de control, se aplicó para cada uno de los factores y reactivos independientes una prueba t (Student). Los resultados se presentan a continuación:

En el factor **Externalidad Poderosos** de la escala de Salud, se obtuvieron diferencias significativas ($t = -3.28$, $p < .001$) entre los grupos. El grupo homosexual ($\bar{X} = 4$) es

significativamente más interno que el bisexual ($\bar{X} = 3.4$). Lo que indica que está más en desacuerdo en que la salud depende de otros (Dios, destino, suerte, gobierno y de lo agradable o simpático que se es).

Dentro del factor **Internalidad Instrumental**, se observan diferencias significativas ($t = 2.64, p < .01$) entre los grupos. Los homosexuales ($\bar{X} = 4.5$) son más internos que los bisexuales ($\bar{X} = 4.2$), ya que están más de acuerdo en que la salud depende de ellos mismos, de sus acciones y esfuerzo. Sin embargo, ambos son internos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por preferencia sexual en los reactivos independientes de la escala de Salud.

Por último, en el factor **Externalidad Poderosos** de la escala de Sexo Seguro se encontraron diferencias significativas ($t = 2.29, p < .05$) entre los dos grupos. El grupo bisexual ($\bar{X} = 2.08$) es menos externo que el de homosexuales ($\bar{X} = 1.7$), ya que está menos de acuerdo en que el sexo seguro depende de otros (destino, suerte, gobierno y de la pareja sexual). Sin embargo, ambos son externos.

Edad al debut sexual

Para el análisis de las escalas y la edad al debut sexual, se formaron cuatro grupos con esta última variable (1) de 5-12 años, 2) de 13-15, 3) de 16-17 y 4) de 18-33 años), utilizando los cuartiles, para tener el mismo número de sujetos por grupo.

Se aplicó un análisis de varianza de una vía (post-hoc Scheffé); los resultados arrojan diferencias estadísticamente significativas ($F_{(3,97)} = 2.6, p = .05$) en el reactivo "El tener sexo seguro depende de mis capacidades", de la escala de Sexo Seguro. Las diferencias son producidas por el grupo de 13-15 años ($\bar{X} = 4$) que presenta menor control interno que el grupo de 18-33 años ($\bar{X} = 4.3$).

Por otra parte, al correlacionar las escalas de locus de control con la edad al debut sexual, los resultados indican correlaciones negativas y significativas con el Factor **Externalidad Poderosos** y el reactivo independiente "Mi salud depende de aquellos que me rodean" de la escala de Salud y con el factor **Internalidad Instrumental** de la escala de Sexo Protegido. Esto indica que a menor edad al debut sexual mayor locus de control

extemo de la Salud. Y respecto al Sexo Protegido, se observa que a menor edad, mayor internalidad instrumental (tabla 14).

Número de parejas sexuales

Se formaron cuatro grupos, (1-8, 9-25, 26-55 y 56-500 parejas), utilizando los cuartiles, por número de parejas sexuales, se aplicó un análisis de varianza de una vía, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas de locus de control por número de parejas sexuales en la vida.

Por otra parte, se observan correlaciones positivas con los factores **Externalidad Poderosos** de la escala de Sexo Protegido y de la escala de Sexo Seguro. Esto indica que a mayor número de parejas, mayor es el desacuerdo en que el usar y obtener condones y tener sexo protegido, depende de la suerte, el destino y de la pareja sexual (tabla 14).

Uso del condón con pareja regular

Se realizó un análisis de correlación (Producto-momento de Pearson) con las escalas de locus de control y se obtuvieron los siguientes resultados (tabla 14):

Salud

Se obtuvo una correlación positiva con el reactivo "Mi salud depende de aquellos que me rodean", esto nos muestra que a mayor frecuencia de uso del condón, mayor desacuerdo en que la salud depende de los que le rodean.

Sexo Protegido

Se obtuvo una correlación negativa con el factor **Externalidad Poderosos**, lo que indica que mayor frecuencia de uso del condón, mayor acuerdo en que el usar condón es cosa otros (destino, suerte y gobierno).

Uso del condón con pareja ocasional

Se realizó un análisis de correlación (Producto-momento de Pearson) con las escalas de locus de control y se obtuvieron los siguientes resultados (tabla 14):

Salud

Los resultados muestran correlaciones positivas y significativas con el factor **Externalidad Poderosos** y con el factor **Internalidad Instrumental**, lo cual indica que a mayor frecuencia de uso de condón con la pareja ocasional, mayor desacuerdo en que la salud depende de otros y mayor acuerdo en que la salud depende de esfuerzos personales.

Sexo Seguro

Se observan correlaciones negativas y significativas con el factor **Externalidad Poderosos** y con el reactivo "Cuando quiero tener sexo seguro, lo consigo". Esto indica que a mayor frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional, mayor acuerdo en que el tener Sexo Seguro depende de otros (destino, suerte, del gobierno y de la pareja), pero también, menor acuerdo en que cuando se quiere tener sexo seguro, se consigue.

Sexo Protegido

Por último, existe una correlación negativa con el factor **Externalidad Poderosos**, lo cual indica que a mayor frecuencia de uso del condón, mayor acuerdo en que el usar condón depende de otros (destino, suerte y gobierno).

TABLA 14

Correlaciones entre las escalas de Locus de Control, la Edad y el Patrón sexual

LOCUS DE CONTROL	EDAD	PATRÓN SEXUAL			
		Edad al debut	Número de Parejas	Uso de condón P. regular	Uso de condón P. ocasional
Salud					
1. Externalidad Poderosos		-.19*			.25*
2. Internalidad Instrumental					.25*
3. "Mi salud depende del bienestar familiar"					
4. "Mi salud depende de aquellos que me rodean"	.21*	-.21*		.26*	
Sexo Seguro					
5. Externalidad Poderosos			.22*		-.31**
6. "El tener sexo seguro depende de mis capacidades"					
7. "Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo"					-.30**
Sexo Protegido					
8. Externalidad Poderosos			.27**	-.20*	-.39***
9. Internalidad Instrumental		-.20			

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

9. DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

La epidemia de VIH, causante del SIDA, ha desafiado a la comunidad en todos los ámbitos, su constante desplazamiento en todo el mundo ha provocado una pandemia, constituyendo un problema de salud pública mundial. A la fecha no se ha desarrollado vacuna para prevenirla ni medicamentos capaces de erradicar el virus del organismo, sin embargo, se han creado medicamentos que la han convertido en una enfermedad crónica, por lo tanto mientras que los avances médicos no dispongan de una terapéutica eficaz para eliminar el VIH del organismo de las personas infectadas, la única opción para detener la propagación de esta enfermedad es la prevención, donde la psicología juega un papel importante debido a que las temáticas a considerar para lograr una prevención adecuada en la diseminación del VIH involucran temas, áreas y técnicas de modificación de conocimientos, así como actitudes, hábitos y prácticas investigadas por la psicología (Díaz-Loving, Flores, Rivera, Andrade, Ramos y Villagrán, 1999).

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

Los registros epidemiológicos refieren una serie de conductas que se asocian directamente a la infección de VIH, donde las probabilidades de infección aumentan mientras más conductas de riesgo se realicen; tomando en consideración que en México la mayoría de los casos registrados de VIH/SIDA son por contacto sexual, una de las conductas de riesgo a documentar son las prácticas sexuales, razón por la cual en la presente investigación se estudia el patrón sexual predominante entre la muestra.

Algunos rasgos de personalidad se han relacionado con conductas preventivas ante la transmisión del VIH, uno de esos es el locus de control (Rotter, 1966), por lo cual además de estudiar el patrón sexual, se analiza su locus de control y la relación que

existe entre estos, ya que según Bandura, (1994) y Díaz-Loving, (1999), el locus se relaciona con conductas preventivas o de riesgo ante la transmisión del VIH/SIDA.

Aunque el SIDA es una enfermedad que ataca a cualquier persona, no respeta raza, estado civil, ocupación, clase social, etc., el virus lo puede contraer cualquier ser humano; si bien no es fácil el contagio porque se necesitan dar muchos factores y un medio propicio para ello, también es cierto que nadie está exento de una enfermedad terminal; sabemos que el grupo de HSH es parte importante dentro de las personas portadoras del VIH en México, a pesar de que el contacto heterosexual se está convirtiendo en el modo principal de transmisión; la transmisión homosexual y bisexual continúa presentando un porcentaje importante en nuestro país.

De acuerdo con los objetivos, se discutirán los resultados obtenidos en la investigación, empezando con la descripción de la muestra, seguida por el patrón sexual, continuando con la escala Locus de control y por último la relación entre estos dos últimos y el seroestatus de los HSH.

Los resultados muestran que los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) que conforman la muestra, tienen una edad promedio de 32 años, lo cual nos señala que la epidemia está actualmente atacando a hombres relativamente jóvenes, los cuales están enfrentando las demandas incapacitantes de la enfermedad en vez de dedicarse a su profesión o a una vida personal satisfactoria. Consideremos entonces que la población que está siendo atacada es población económicamente activa, lo cual, de alguna manera, afecta la productividad de todo el país.

Respecto a la escolaridad, se encontró que $\frac{3}{4}$ partes de la muestra tienen una escolaridad superior (entre Preparatoria y Especialidad). Dentro de los grupos Seronegativos y Asintomáticos se encuentra un nivel educativo más elevado que en los grupos CRS y SIDA, lo cual confirma que la progresión del VIH a SIDA se está retrasando en las personas con mayor nivel educativo; esto podría deberse a que tienen mayores probabilidades de conocer los beneficios del tratamiento, valorar correctamente su riesgo de infección, solicitar la realización de pruebas y la administración temprana de tratamiento (D + C y ONUSIDA, 2000).

Dentro de la ocupación encontramos que en los cuatro grupos existen Empleados, Comerciantes y Profesionales; en los grupos CRS y SIDA destacan los Pensionados, a pesar de que la media de edad indica que están en edad productiva, estos últimos no están trabajando, lo cual permite afirmar que el avance de la enfermedad es una limitante para laborar, por lo que debemos prevenirla con mayor eficacia. Dentro del grupo de Seronegativos destacan los estudiantes, cabe señalar que es el único grupo dónde vemos hombres preparándose, adquiriendo una mayor educación.

Respecto a la preferencia sexual, poco más de la mitad es homosexual y el resto bisexual, cabe mencionar la importancia que presenta este último grupo dentro de la propagación del VIH si nos apoyamos en la teoría de que este grupo representa el puente para la transmisión entre los hombres homosexuales y la transmisión heterosexual hacia las mujeres, como lo mencionan Valdespino, García e Izazola, 1989. Considerando que México esta dentro de las sociedades donde la comunidad y la familia instan al matrimonio con insistencia, y en éstas se observa un elevado porcentaje de HSH casados o que también tienen relaciones sexuales con mujeres (ONUSIDA, 1998), cuestión que dificulta la prevención del VIH, ya que esto contribuye a que las relaciones sexuales entre hombres se mantengan ocultas, es importante incluir a este grupo dentro de los programas de prevención.

De acuerdo con lo encontrado por Alfaro (1995) respecto a la edad al debut sexual en población adolescente en México, los resultados muestran que los HSH inician su vida sexual alrededor de los 15 años de edad. En México no tenemos un currículo de educación sexual, una educación para la salud, desconocemos nuestro cuerpo, nuestro organismo, nuestra psique, la mayoría de las personas se enfrentan a la sexualidad con un desconocimiento profundo de la misma (Rossi, 1993), y que los riesgos que todo esto implica son muy altos; los programas de prevención se deben impartir desde edades tempranas, donde todavía no se tengan prácticas sexuales, para preparar a los jóvenes a tener prácticas seguras en su futura vida sexual.

Otro dato que nos muestra el alto riesgo al que se exponen los HSH es, como menciona Domínguez (1997), el alto número de parejas sexuales que tienen, lo cual ha sido señalado como una de las prácticas de riesgo que se relacionan con la transmisión de VIH/SIDA (Morris, Ickovics, Golubchikov, Beren y Rodin, 1996).

Se ha documentado (ONUSIDA, 1997) el alto riesgo al que se exponen los HSH dentro de sus conductas sexuales, los resultados obtenidos en este estudio confirman la alta frecuencia de la práctica de coito anal, cabe destacar que es la práctica con el más alto riesgo de infección, cuando no se utiliza condón. Por otro lado, vale la pena mencionar como dato importante, el bajo porcentaje de prácticas no riesgosas que muestran los HSH, como el sexo seguro (masturbación), esto marca la falta de promoción que existe para realizar prácticas sexuales seguras; lo cual debe formar parte importante dentro de los programas de prevención, cosa que a la fecha no sucede.

Para los que no practican la abstinencia o el sexo seguro, la única manera segura de evitar la infección es la utilización adecuada del condón. A este respecto, se encontró que únicamente un tercio de la población estudiada lo usa Siempre, desafortunadamente existe un porcentaje muy alto de los que no lo usan o lo usan de manera irregular, esta conducta coloca a los HSH en un riesgo potencial ante la infección de ITS (infecciones de transmisión sexual), incluyendo el VIH. Estos datos señalan la importancia de fomentar, para aquellos cuya opción no es la abstinencia, la mutua monogamia o el sexo seguro, el uso del condón; para lo cual se debe, además de promover su distribución, educar a la población sobre su uso correcto, a tener un goce sexual al usar condón, y reducir las barreras en actitudes negativas de los individuos en relación con la adquisición y uso del mismo, así como los tabúes que existen a su alrededor.

Los hallazgos encontrados en esta investigación respecto al patrón sexual de los HSH permiten reafirmar el alto riesgo que hasta la fecha han caracterizado al grupo homo – bisexual dentro de las prácticas respecto la transmisión del VIH/SIDA. Existen muchos factores que han sido relacionados con la emisión de conductas preventivas o de riesgo ante el VIH/SIDA que sería importante estudiar, como por ejemplo, el estado emocional de esta población; ya que como mencionan Díaz-Loving y Rivera (1992), los sujetos en estados de ansiedad y depresión son más susceptibles de realizar conductas de riesgo, debido a que durante estas etapas es más importante reducir las tensiones estresantes teniendo relaciones sexuales, aun cuando no se hallan tomado las precauciones necesarias para reducir la posibilidad de contagio de VIH.

Dentro de los factores de personalidad, el estudio hizo énfasis en el Locus de Control en tres diferentes situaciones, relacionadas a la salud y al comportamiento sexual. A continuación se presenta la discusión de lo encontrado.

Locus de control

Cabe mencionar que es la primera vez que se utiliza este instrumento, adaptado por González (1998), de la escala de La Rosa (1986), a las áreas de Salud, Sexo Seguro y Sexo Protegido, con población homosexual y bisexual.

Los resultados muestran que los HSH manifiestan un locus de control distinto para las diferentes escalas. Cuando se habla de salud en términos generales, los HSH creen tener cierto control, pero cuando se les plantean acciones más específicas, como el tener sexo seguro y protegido, ya no están seguros de sus capacidades y esfuerzos personales para controlarlos; como mencionan Siegel, Mesangno, Chen y Christ (1989), a pesar de los conocimientos de las prácticas de sexo seguro para reducir el riesgo de infección del VIH, la mayoría de la gente no adopta las creencias de que ellos mismos pueden ejercer control en las conductas preventivas durante sus relaciones sexuales, aumentando en ello la probabilidad de infección.

En la escala de Sexo Seguro se observa tanto el control de los otros (Poderosos), como el propio control para tener sexo seguro; lo que muestran es algo como "Voy a buscar tener sexo seguro, a ver si Dios quiere dármelo", es decir, que ellos toman cierto control, pero dejan que los otros (Poderosos) realicen el resto; y de esta manera no asumen la completa responsabilidad.

Dentro de la escala de Sexo Protegido, los HSH muestran un locus de control inclinado hacia lo externo, fatalista, ya que manifiestan que el obtener y usar condón, depende de fuerzas externas a ellos (suerte, destino, pareja sexual, p.e.) y no de su propio esfuerzo o capacidades; es decir, es provocado u ocasionado externamente.

Por otra parte, Respecto a si su salud depende de la familia y los que le rodean, los HSH están indecisos. La familia no se descarta como elemento para mantener la salud, aunque no la mencionan como responsable. Partiendo de que en investigaciones anteriores se ha

demostrado que el apoyo social es de relevancia en eventos estresantes y enfermedades crónico – degenerativas (Delgado y Solis, 2000) y tomando en cuenta que en México la familia tiene un papel muy importante como fuente de apoyo (Díaz – Guerrero y Szalay, 1993; en Delgado et al., op.cit.); se sugiere ahondar un poco sobre este tema, ya que dentro de esta investigación, únicamente se incluyó un reactivo para ver la influencia de la familia sobre la salud, y los resultados no arrojaron mucha información. La familia puede ser un elemento importante dentro de los programas de prevención.

Respecto al locus de control y su relación con el patrón sexual de los HSH se observa que, dentro de la escala de Salud vemos que entre más internos los sujetos, es decir, entre más control manifiesten tener sobre su salud, menor emisión de conductas de riesgo ante la infección de VIH. Esta relación coincide con lo encontrado en estudios anteriores, donde la presencia de expectativas de control en que las personas piensan que el riesgo de infección de VIH está determinado por la suerte o el destino, conlleva menor precaución y conductas de sexo seguro (Bandura, 1994; Díaz-Loving, 1999).

Por otro lado, tenemos la escala de locus de control de sexo seguro y sexo protegido donde se observa lo contrario a lo mencionado por Bandura, (1994) y Díaz-Loving, (1999); entre más crean las personas que el riesgo de infección de VIH está determinado por la suerte o el destino, mayor precaución y conductas de sexo seguro, ya que los HSH que manifiestan que el usar condón y tener prácticas de sexo seguro depende de otros, son los que utilizan con mayor frecuencia el condón en sus relaciones sexuales, tanto con la pareja regular, como con la ocasional. Vale la pena señalar la importancia de conocer a quién atribuyen los HSH esta responsabilidad; sería útil conocer el papel que tiene la pareja a este respecto.

La relación del locus de control con el seroestatus de los HSH muestra que conforme va avanzando el VIH/SIDA, los HSH van siendo menos internos en cuanto a salud se refiere, lo cual indica que van teniendo menos control sobre su salud. Mientras sé van presentando síntomas, menor es la internalidad, el control va pasando más hacia los otros. Considerando que para los seronegativos, el cuidado de su salud, respecto al VIH, es evitar la infección y para los ya portadores del virus, el cuidado consiste en realizar una serie de conductas específicas para evitar que la enfermedad avance; pero a diferencia

de los seronegativos, esto no es del todo controlable; lo cual podría explicar que sean menos internos, ya que su salud depende tanto de ellos mismos como de "otros".

En lo que se refiere al locus de control de las escalas de sexo seguro y sexo protegido, se observa lo contrario, mientras más avanza la enfermedad, van siendo menos externos.

Si relacionamos esto último con el análisis del patrón sexual y el locus de control, vemos que dentro de la escala de salud, los menos internos son los que muestran menos prácticas de riesgo; lo cual señala que son los seronegativos los que tienen menos riesgo dentro de sus prácticas sexuales. Y dentro de las escalas de sexo seguro y sexo protegido, los más externos presentan menor riesgo en sus prácticas sexuales y por lo tanto, los seronegativos son, también en este caso, los que presentan prácticas sexuales menos riesgosas.

Con esto vemos que algunos hábitos sexuales sí presentan diferencias en relación a la serología de los sujetos, como menciona Rossi (1993), aquellos que presentan un resultado positivo tienen prácticas sexuales más susceptibles a la infección y transmisión del VIH/SIDA. Lo cual es contrario a lo encontrado por Mckusick, Coates, Morin, Pollack y Hoff, (1990) y Morrill, Ickovics, Golubchikov, Beren y Rodin (1996), quienes mencionan cambios en la conducta sexual de la población homosexual por prácticas sexuales más seguras y señalan que estos cambios están en función del conocimiento de su estatus de seropositividad, entre otras cosas.

Una de las explicaciones que nos brinda el análisis funcional del comportamiento, de por qué las personas no adaptan su comportamiento a la información que poseen en decisiones que pueden afectar gravemente a su salud e incluso a sus posibilidades de supervivencia es: que los comportamientos de riesgo van seguidos de forma segura e inmediata, por una consecuencia placentera intrínseca, a menudo intensa, de corta duración; a diferencia de las consecuencias nocivas que pueden derivarse de la práctica de los comportamientos de riesgo son sólo probables y siempre a largo plazo (Bayés, 1992). Tomando en cuenta esto y que el VIH/SIDA es hasta hoy, una enfermedad incurable, que se asocia con la muerte, lo cual lleva a que la gente piense más en el "hoy", ya que el "mañana" no lo tiene seguro; esto podría ser una de las razones por la

que los seropositivos se involucran más en prácticas de riesgo, poniendo en juego su vida, así como la de los demás.

Los hallazgos encontrados en esta investigación muestran que los HSH seronegativos son el grupo que tiene un patrón sexual con menos prácticas sexuales de riesgo ante la infección del VIH/SIDA. Cabe mencionar que es el grupo con menor edad, mayor escolaridad, los que iniciaron a mayor edad su vida sexual, tienen menor número de parejas sexuales en su vida, utilizan más el condón con parejas ocasionales y por último, son el grupo donde hay menos bisexuales.

Tomando en cuenta estos datos, podemos ver que son el grupo que recibió a menor edad la información sobre el VIH/SIDA, dado que son el grupo más joven. Considerando su edad al debut sexual, vemos que cuando se iniciaron sexualmente, ya se conocía la epidemia de VIH/SIDA. También se observa que tienen mayor educación; esto comprueba lo mencionado por D + C y ONUSIDA (2000) respecto a que la progresión del VIH a SIDA se está retrasando en personas con mayor nivel educativo. Se sugiere investigar estas variables con una muestra más amplia, para ver si son factores que intervienen en la emisión de conductas preventivas o de riesgo ante la transmisión de VIH, y pueden por lo tanto, ser útiles para crear los programas preventivos.

Respecto al locus de control, vemos que para población homo – bisexual la relación de el locus de control con la emisión de prácticas preventivas no siempre es como menciona Bandura (1994) y Díaz – Loving (1999). En este estudio, únicamente la escala de Salud muestra esta relación. Con lo cual se puede concluir que para que los HSH tengan prácticas preventivas no basta con una expectativa de control sobre su salud, sexo seguro y sexo protegido se requiere de una colaboración de fuerzas para tener prácticas sexuales seguras. Por lo cual se sugiere continuar con el estudio de otros factores que puedan intervenir en este proceso como son otros rasgos de personalidad, actitudes, emociones y tabúes que rodean estas prácticas.

Sobre el locus de control se sugiere estudiar a quién atribuyen los HSH la responsabilidad de infectarse de VIH, con preguntas cómo “el que yo me infecte de VIH, depende/ es cuestión de.....”, para ver a quién atribuyen esta responsabilidad.

Por otra parte, es imprescindible que la psicología amplíe su campo de acción, interviniendo en este tipo de problemáticas, tanto dentro de los programas de prevención como dentro de los tratamientos para las personas ya portadoras del virus. Se ha demostrado en estudios anteriores que los pacientes que tuvieron un tratamiento y seguimiento psicológico disminuyeron síntomas de ansiedad, depresión, aislamiento social, disfunciones sexuales, etc. (Rossi, 1993). La carga emocional de saberse portador del VIH no es fácil, el tratamiento médico no es suficiente para lograr un bienestar integral, cabe destacar la importancia de conjuntar esfuerzos para que los pacientes, gocen de una mejor calidad de vida.

Para romper o favorecer la secuencia de acontecimientos que inhiben o promueven que los HSH realicen conductas de prevención, es importante plantear diversas acciones que se conjunten en programas de beneficio para la salud; entre las que se proponen están:

- Continuar e inclusive aumentar la educación e información pública
- Crear programas de educación sexual en las escuelas desde el nivel básico
- Fomentar y facilitar el acceso a pruebas de detección antes de que se presenten síntomas
- Promover el uso del condón; con una amplia distribución de éstos, educación sobre su uso correcto y la reducción de actitudes negativas hacia éste.
- Brindar apoyo psicológico a personas portadoras del virus.
- Eliminar la discriminación que existe sobre ciertos grupos, como los HSH e incluir a esta población dentro de los programas de prevención.

La hostilidad por parte de la sociedad también obstaculiza los esfuerzos para la prevención efectiva del VIH que se dirige a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (ONUSIDA, 1997), por lo tanto debemos dejar la discriminación y estigmatización de lado, para realizar una prevención efectiva.

Tomando en cuenta que la principal vía de transmisión del VIH/SIDA es la sexual, es necesario enfocar las medidas preventivas a este aspecto. Dado que la abstinencia sexual y las relaciones sexuales entre compañeros no infectados mutuamente fieles son difíciles de adoptar como estrategias principales de prevención en todas las sociedades y

en grupos de todas las edades, se deben promover las:

- Prácticas de sexo seguro y de sexo protegido.

El costo de estas acciones puede parecer muy alto, pero el riesgo de enfermarse y morir por esta enfermedad, independientemente del costo-beneficio que implica brindar una atención en tercer nivel, no es equiparable.

LIMITACIONES

El acceso a la población homosexual y seropositiva

El tamaño y tipo de muestra no permitió obtener diferencias significativas entre los grupos

Existen pocos trabajos en México, relacionados a los temas abordados en el presente estudio.

No se pueden generalizar los resultados a toda la población homosexual, ya que la muestra fue sesgada, debido a que la mayoría está bajo tratamiento.

El concepto sexo seguro es un concepto novedoso, por lo que se recomienda que se abunde sobre el conocimiento del mismo.

.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, B.L. (1995). El modelo de la acción razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio del VIH. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Amigos contra el SIDA (2000). Estadísticas en México. <http://www.aids-sida.org>
- Ardila, R. (1998). Homosexualidad y Psicología. México: Manual Moderno.
- Arranz y Carrillo de Albormoz, P. (1994). Intervención Psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. Revista de Psicología General y Aplicada, 47, (2), 183-191.
- Bandura, A. (1994). Social Cognitive Theory an Exercise of Control over HIV Infection. En Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioral Interventions. DiClemente, R. y Peterson J. (Eds.). New York: Plenum Press.
- Barrera, P. (1998). Un modelo para la promoción de comportamientos relevantes para la salud. La psicología social en México VIII, 248-253.
- Bayés, R. (1989). La prevención del SIDA. Cuadernos de Salud, 2, 45-55.
- Bayés, R. (1992). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. Revista Latinoamericana de Psicología, 24, (1-2), 35-56.
- Bernal, B. y Hernández, G. (1997). Las enfermedades de transmisión sexual (ETS): otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. SIDA/ETS 4, (3), 63-67.
- Bronfman, M., Amuchástigui, A., Martina, R. M., Minelo, N., Rivas, M. y Rodríguez, G. (1995). SIDA en México migración, adolescencia y género. México: CONASIDA.
- Cassuto, J.P. (1991). Sida e infección por VIH. Barcelona: Massori.
- Ceballos, A, Szapocznik, J., Blaney, N., Morgan, R. et al. Ethnicity, emotional distress, stress-related disruption and coping among HIV seropositive gay males. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 12, (2), 135-152.

- Coates, J. (1992). Prevención del SIDA, Logros y Prioridades. Revista Latinoamericana de Psicología, 24, (1,2), 17-33.
- D + C y ONUSIDA (2000). La pandemia del sida: situación a comienzos del 2000. Desarrollo y Cooperación, 2, 8-14. Alemania: DSE.
- Del Río – Chiribogoa, C. y Unibe – Zúñiga, P. (1993) Prevención de ETS y SIDA mediante el uso del condón. Salud Pública de México. SIDA/ETS, 35, (5), 508-517.
- Delgado, K. y Solis, E.M. (2000). Apoyo Social en Hombres Homosexuales que han revelado y no su homosexualidad y/o seroestatus al VIH/SIDA. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Díaz - Guerrero, R. (1996). Psicología del Mexicano (6). México: Trillas.
- Díaz – Loving, R. (1994). Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA. En Julio Piña (Del), SIDA y Salud en México. México: Universidad de Sonora.
- Díaz – Loving, R. (1999). Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con conductas de riesgo y prevención de contagio de VIH. En Díaz- Loving, R. y Torres, K. B. (Coord.), Juventud y SIDA: una visión psicosocial. México: UNAM, Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz – Loving, R. y Andrade Palos, P. (1984) Una escala de locus de control para niños mexicanos, Interamerican Journal of Psychology, 18, (1-2), 21-33.
- Díaz – Loving, R., Flores, M., Rivera, S., Andrade, P., Ramos, L. y Villagrán, G., (1999). La perspectiva psicosocial: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios. En Díaz- Loving, R. y Torres, K. B. (Coord.), Juventud y SIDA: una visión psicosocial. México: UNAM, Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz – Loving, R. y Rivera Aragón, S. (1992). Percepción y Autopercepción de Riesgo ante el Contagio de VIH en estudiantes universitarios. Investigación Psicológica, 2, (1), 27-38.
- Díaz – Loving, R. y Rivera, S., Andrade, (1999). Evaluación y percepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. En Díaz- Loving, R. y Torres, K. B. (Coord.), Juventud y SIDA: una visión psicosocial. México: UNAM, Miguel Ángel Porrúa.

- Díaz – Loving, R., Rivera Aragón, S. y Villagrán- Vázquez, G. (1999). Aplicación de la teoría de la acción razonada a la predicción del uso del condón. En Díaz- Loving, R. y Torres, K. B. (Coord.), Juventud y SIDA: una visión psicosocial. México: UNAM, Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz – Loving, R. y Villagrán- Vázquez, G. (1999). Conocimientos sobre sida, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. En Díaz- Loving, R. y Torres, K. B. (Coord.), Juventud y SIDA: una visión psicosocial. México: UNAM, Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz – Loving, R. y Villagrán- Vázquez, G. (1999). The Theory of Reasoned Action Applied to Condom Use and Request of Condom Use in Mexican Government Workers. Applied Psychology: an international review 48, (2), 139-151.
- Domínguez, C. (1997). El debate psicológico sobre la homosexualidad. En Gafo (Ed.) La homosexualidad: un debate abierto. España: Desclée de Brouwer.
- González, M.J. (1998). Personalidad y comportamientos sexuales ante la transmisión del VIH/SIDA en adolescentes. Tesis de Licenciatura, ENEP Iztacala, UNAM.
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (1991) Metodología de la Investigación, México: McGraw Hill.
- Izazola, L. (1996). SIDA: Estado actual del conocimiento. México: Noriega Editores.
- Izazola, J., Valdespino, J. Juárez, L., Mondragón, M. y Sepúlveda, J. (1989). Conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con el SIDA. Bases para el diseño de programas educativos. En Sepúlveda A. Bronfman, M., Ruíz, P., Stanislawski, E., y Valdespino, J. (Coord.) Sida, Ciencia, Sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Joe, V. C. (1971). Review of the internal-external control construct as a personality variable. Psychological Reports, 28, (28), 619-640.
- Kalichman, S. C. (1998). Understanding AIDS: Advances in Research and Treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kalichman, S., Tannenbaum, L. y Nachimson, D. (1998). Personality and Cognitive Factors Influencing Substance Use and Sexual Risk for HIV Infection Among Gay and Bisexual Men. Psychology of Addictive Behaviors, 12, (4), 262-271.

- Kelly, J. A. y Lawrence, J. S. (1986). Behavioral intervention and AIDS. The Behavioral Therapist, 6, 121-125.
- Kelly, J. A., Lawrence, J.S., Brasfield, T., Lemke, A., Amidei, T., Roffman, R., Hood, H., Smith, J., Kilgore, H., McNeill, C. (1990). Psychological Factors that Predict AIDS High-Risk versus AIDS Precautionary Behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, (1), 117-120.
- Kelly, J. A., Lawrence, J. S. y Hood, H. V. (1989). Behavioral interventions to reduce AIDS risk activities. Journal of Consulting And Clinical Psychology, 57, 50-57.
- Kummetz, J. P. (2000). Una de las mayores pandemias. Desarrollo y Cooperación, 2, 3. Alemania: DSE.
- La Rosa, J. (1986). Escala de Locus de Control y Autoconcepto. Construcción y Validación. Tesis de Doctorado. No publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- La Rosa, J. y Díaz-Loving, R. (1988). Diferencial semántico del autoconcepto en estudiantes. Revista de Psicología Social y Personalidad, 4, (1), 40-57.
- Lacadena, J.R., (1997). Biología del comportamiento sexual humano: genética y homosexualidad. En Gafo (Ed.) La homosexualidad: un debate abierto. España: Desclee de Brouwer.
- Magis, C., Bravo, E., Anaya, L. y Uribe, P. (1998). La situación del SIDA en México a finales de 1998. Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas, 18, (6), 236-244.
- Marteau, T. (1989). Health Beliefs and Attribution. En K Annabel (Ed.). Health Psychology Proceses and applications. London: Chapman and Hall.
- Mayne, T., Acree, M., Chesney M. y Folkman, S. (1998). HIV Sexual Risk Behavior Following Bereavement in Gay Men. Health Psychology 17, (5), 403-411.
- Mckusick, L., Coates, T. J., Morin, S., Pollack, L., y Hoff, C. (1990). Longitudinal predictors of unprotected anal intercourse among gay men in San Francisco. American Journal of Public Health, 80, 978-983.

- Morrill, A., Ickovics, J., Golubchikov, V., Beren, S. y Rodin, J. (1996). Social and Psychological Predictors of Behavioral Maintenance and Change Among Heterosexual Women. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, (4), 819-828.
- OMS (1989). SIDA, Información Básica para el Estudiante. México: Dirección General de Servicios Médicos, UNAM.
- ONUSIDA (1997). El SIDA y las relaciones sexuales entre varones: Actualización técnica del ONUSIDA. www.unaids.org/publications/documents/specific/men/menuts.pdf
- ONUSIDA (1998). El SIDA y las relaciones sexuales entre varones: Punto de vista del ONUSIDA. www.unaids.org/publications/documents/specific/men/msmpvs.pdf
- ONUSIDA (2000). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA: Junio de 2000. Suiza: ONUSIDA
- ONUSIDA/OMS, (1999). La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999. [ww.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/wad1999/Una99s53.doc](http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/wad1999/Una99s53.doc)
- Pick, S. (1999). AIDS Prevention in Developing Countries and With Marginalized Populations: Introduction to the Special Section. Applied Psychology: an international review, 48, (2), 105-107.
- Rossi, Hernández, L. (1993). Prácticas sexuales en población con factores de riesgo por VIH. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychology Monographs, 80, (1), 609.
- Salinas, A.A. (2000). Factores que predisponen la prevención del cáncer cervicouterino. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- SEP (1999). Perfil de la educación en México. <http://www.sep.gob.mx/Perfil/perfil99.pdf>
- Sepúlveda Amor, J., Bronfman, M., Ruiz, P., Stanislawski, E., y Valdespino, J. (1989). Sida, Ciencia, Sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Serafino, E.P. (1990). Health Psychology: Biopsychosocial interactions. New York: J. Wiley.

- Siegel, K., Mesagno, F., Chen, J., y Christ, G. (1989). Factors distinguishing homosexual males practicing risky and safer sex. Social Science Medicine, 28, 561-569.
- Soler- Claudin, C. y Gudiño Rosales, J. C. (1995). Once años del descubrimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana. Salud Pública, México, 37, (6), 499-509.
- SSA/CONASIDA (1993), SIDA/ETS, 7, (9).
- SSA/CONASIDA (1998), SIDA/ETS, 4, (1).
- SSA/CONASIDA (2000), <http://www.ssa.gob.mx/conasida/preven/basica.htm>
- Stanislawski, E. (1989). El agente causal. En Sepúlveda Amor, J., Bronfman, M., Ruíz, P., Stanislawski, E., y Valdespino, J. Sida, Ciencia, Sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Turner, C., Miller, H. y Moses, L. (1990). AIDS the second Decade. Washington, DC: National Academy Press.
- Valadez-González, N. y Soler-Caudin, C. (1995). Respuesta Inmune Humoral hacia VIH-2 en México. Salud Pública de México 37,(5), 394-399.
- Valdespino, G. J., García-García, M. I. y Cruz-Palacios, C. (1993). Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. Clínica, Laboratorio, Psicología y Sociología. México: INDIRE Secretaría de Salud.
- Valdespino, J. García, M. e Izazola, J. (1989). Distribución de la epidemia del SIDA. En Sepúlveda Amor, J., Bronfman, M., Ruíz, P., Stanislawski, E., y Valdespino, J. (Coord.) Sida, Ciencia, Sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Villagrán – Vázquez, G. (1993). Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Villagrán, G., Cubas, C., Díaz - Loving, R. y Camacho, M. (1990). Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes. La psicología social en México, 3, 305-309.

Villagrán – Vázquez, G. y Díaz – Loving, R. (1999). Ejecución de conductas de riesgo y prevención para la salud: el papel del conocimiento y la motivación. En Díaz- Loving, R. y Torres, K. B. (Coord.), (1999). Juventud y SIDA: una visión psicosocial. México: UNAM, Miguel Ángel Porrúa.

Vogel, U. (2000). 34 millones de personas infectadas. Desarrollo y Cooperación, 2, 15-18. Alemania: DSE.

Este es un cuestionario creado por la Unidad de Investigaciones Psicosociales de la Facultad de Psicología de la UNAM. Por favor marca con una "x" el número que corresponde a tu respuesta o en su caso escribe lo que se pide. Las respuestas son absolutamente confidenciales, por lo que te pedimos que seas totalmente honesto.

ENCUESTA DE SELECCIÓN

1. ¿Te has hecho la prueba de VIH/SIDA?
(1) No (2) Si

2. ¿Cuál fue el resultado?
(1) VIH positivo (2) VIH negativo (pasa a la pregunta 4)

3. ¿Cuál es el avance de la enfermedad?
(1) Asintomático: _____
(2) CRS: _____
(3) SIDA: _____

4. ¿Has tendido relaciones sexuales?
(1) Sólo con mujeres
(2) Con mujeres y con hombres
(3) Sólo con hombres

DATOS GENERALES

5. ¿Cuántos años tienes? _____

6. ¿Cuál es tu nivel de estudios?
(1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Profesional
(5) Especialidad (6) Posgrado (Ma. Dr.) (7) Otra. Especifique: _____

7. ¿Cuál es tu ocupación? _____

CUESTIONARIO

Este es un cuestionario se pretenden conocer algunos aspectos relacionados con el *Locus de Control*.

A continuación hay una lista de afirmaciones. Debes indicar en que medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas.

Por favor contesta sinceramente, **no hay respuestas correctas o incorrectas**; hay puntos de vista diferentes. Hay cinco respuestas posibles:

- 0. Totalmente de Acuerdo
- 0. De Acuerdo
- 0. Ni Acuerdo ni en Desacuerdo
- 0. Desacuerdo
- 0. Totalmente en Desacuerdo

	TA	A	NI	D	TD
1. Mi salud esta determinada por mis propias acciones	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. El tener sexo seguro depende de mis capacidades	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Usar condones es cuestión de esfuerzo personal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. El que yo use condones es cuestión de suerte	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Cuando logro tener sexo seguro es porque he tenido suerte	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. El uso de condones depende de capacidades propias	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Mejorar mis condiciones de salud es cuestión de esfuerzo personal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Que yo obtenga suficientes condones es cosa del destino	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. El que yo tenga sexo seguro depende de la información que me proporcione mi familia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. El que yo use condones depende de mi pareja sexual	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Cuando logro tener condones es porque he tenido suerte	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. El problema de salud está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Tener sexo seguro es cuestión de esfuerzo personal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Que yo use sexo seguro es cosa del destino	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Que yo use condones depende de mi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Que la gente utilice sexo seguro está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. El obtener condones depende de mis capacidades	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Mi salud dependerá de lo agradable que soy	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. El que yo tenga buena salud depende de mi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

21. Que yo obtenga condones depende de mí	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Puedo mejorar mi salud si tengo suerte	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Conseguir condones es cuestión de esfuerzo personal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Mi salud depende del bienestar familiar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Que yo tenga poca o mucha salud es cosa del destino	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Puedo tener salud si soy simpático	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Mi salud depende de aquellos que me rodean	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. El que yo me enferme dependerá de Dios	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Muchas gracias.

Presentación

La facultad de Psicología de la UNAM, está recopilando información con la finalidad de conocer algunos rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento, redes de apoyo, sintomatología depresiva y calidad de vida de personas que se someten a la prueba de detección del VIH.

La presente es una invitación para que participe dentro del estudio como voluntario, por lo cual no se proporciona ningún tipo de remuneración económica ni de servicios.

La información obtenida a través de sus respuestas será utilizada con fines de investigación para la creación de programas preventivos y para mejorar la calidad de vida de pacientes portadores de VIH así como para la preparación de resúmenes estadísticos y analíticos.

Toda la información es confidencial y anónima, garantizando que no será revelada la identidad del informante sin previo consentimiento del individuo e instituciones. Los cuestionarios están organizados de acuerdo a un número de folio previamente asignado; además sus respuestas serán analizadas en conjunto con las de otras personas, de tal manera que su identidad permanecerá anónima.

Nos interesa su participación voluntaria; su honestidad al responder permitirá información más confiable, que se reflejará en la creación de programas más efectivos.

Si por alguna razón no desea participar en el estudio, esto no afectará de manera alguna el apoyo que la institución le brinda.

Participante
Acepto participar

Firma y/o nombre

Lugar y Fecha

Testigos

Firma y/o nombre

Lugar y Fecha

Firma y/o nombre

Lugar y Fecha

Escala de Salud

1. El problema de la salud está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto
2. Mi salud dependerá de lo agradable que soy
3. Puedo mejorar mi salud si tengo suerte
4. Que yo tenga poca o mucha salud es cosa del destino
5. Puedo tener salud si soy simpático
6. El que yo me enferme dependerá de Dios
7. Mi salud está determinada por mis propias acciones
8. Mejorar mis condiciones de salud es cuestión de esfuerzo personal
9. El que yo tenga buena salud depende de mí
10. Mi salud depende del bienestar familiar
11. Mi salud depende de aquellos que me rodean

Escala de Sexo Seguro

1. Cuando logro tener sexo seguro es porque he tenido suerte
2. Que yo use sexo seguro es cosa del destino
3. Que la gente utilice sexo seguro está en manos del Gobierno y no hay mucho que pueda hacer
4. El tener sexo seguro depende de mis capacidades
5. Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo

Escala de Sexo Protegido

1. El que yo use condones es cuestión de suerte
2. Que yo obtenga suficientes condones es cosa del destino
3. Que yo use condones depende de mi pareja sexual
4. Cuando logro tener condones es cuestión de suerte
5. Usar condones es cuestión de esfuerzo personal
6. El uso de condones depende de capacidades propias
7. El obtener condones depende de mis capacidades
8. El que yo obtenga condones depende de mí
9. Conseguir condones es cuestión de esfuerzo personal