

31921  
133



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

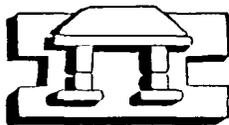
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

PRACTICAS SEXUALES Y USO DEL CONDON EN  
UNIVERSITARIOS Y SEROPOSITIVOS.

PROYECTO DE INVESTIGACION  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
JORGE PASTRANA HERNANDEZ

ASESORA: MTRA. SUSANA ROBLES MONTIJO

DICTAMINADORES: MTRA MA DEL LOURDES DIANA MORENO RODRIGUEZ  
MTR. EUGENIO ALEJANDRO DIAZ GONZALEZ



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2002

À

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**Quiero agradecer especialmente:**

A mis padres Jorge e Hilda, por darme la vida y dar la de ellos por mí.

A mis hermanos Hilda y Manuel, la primera por ser mi cómplice y el segundo por su amor y protección de padre.

A mi amigo Alberto y a mi pequeño Alex.

A mi # por todas las experiencias, cosas bellas que me enseñó y por todo lo vivido con ella, por ella y para ella.

**Quiero agradecer con todo el corazón:**

A mis amigos: Siomara, Mario, Roy, Jorge A., Juan Manuel, Lucía, Marcos, Vero, Víctor Oscar, Bety F., Manuel Tomás, Aurora y a todos los que me fastidiaron, retaron o jamás creyeron en mí.

A las autoridades y responsables del sistema **PROBETEL** por su apoyo y ayuda.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

B

**Quiero agradecer con respeto y admiración:**

A los profesores Susana Robles, Eugenio Díaz, y Diana Moreno por su paciencia, experiencia, tiempo y el conocimiento que vertieron en mí.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2

## INDICE

### Resumen

|      |   |    |
|------|---|----|
| I.   | LA PSICOLOGÍA EN EL CAMPO DE LA SALUD FÍSICA        |    |
| 1.1  | Concepto de salud / enfermedad.....                 | 1  |
| 1.2  | Psicología de la Salud y Medicina Conductual.....   | 2  |
| 1.3  | Modelos psicológicos en la salud. ....              | 6  |
| 1.4  | Conclusiones.....                                   | 9  |
| II.  | EL VIH / SIDA Y SU PREVENCIÓN                       |    |
| 2.1  | El VIH y el SIDA.....                               | 10 |
| 2.2  | Uso del condón en la prevención del VIH / SIDA..... | 14 |
| 2.3  | Conclusiones.....                                   | 18 |
| III. | EL VIH / SIDA Y LA CONDUCTA DE RIESGO               |    |
| 3.1  | Prácticas sexuales de riesgo .....                  | 20 |
| 3.2  | Estudios en distintas poblaciones.....              | 22 |
| 3.3  | Conclusiones .....                                  | 25 |
|      | Objetivos del estudio.....                          | 27 |
|      | Método .....  | 27 |
|      | Resultados .....                                    | 30 |
|      | Discusión y Conclusiones .....                      | 38 |
|      | Referencias .....                                   | 44 |
|      | ANEXOS.....   | 50 |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

D

## RESUMEN

Debido a los pobres resultados del modelo médico tradicional para dar solución a la problemática que representa la transmisión del VIH/SIÚA, es necesario poner atención a tal problema desde el punto de vista de otras disciplinas. Es entonces pertinente, la intervención de la Psicología, ya que la transmisión del VIH/SIDA, es un fenómeno que tiene una dimensión psicológica, es decir, de comportamiento.

Bajo el planteamiento de Bayés (1992) el cual señala que en la transmisión del VIH es importante lo que hacen las personas y como lo hacen, fue que se planteó en el presente reporte, el observar y comparar el tipo de prácticas de riesgo que reportan los estudiantes de nivel superior en contraparte a un grupo equivalente de personas con diagnóstico VIH-positivo. Este estudio se realizó con muestras predeterminadas en una base de datos, de la cual se extrajeron al azar 172 hombres (86 Universitarios y 86 Seropositivos), a ambos grupos se les aplicó un instrumento que evaluaba conocimientos acerca del VIH/SIDA, prácticas sexuales y factores que medían el comportamiento de riesgo, aunque en este reporte únicamente se evaluó la ocurrencia de prácticas sexuales de riesgo, así como la frecuencia del uso de protección en tales prácticas con distintas parejas.

Los resultados del presente estudio sugieren que los estudiantes Universitarios se encuentran en riesgo de ser infectados de VIH, por la baja frecuencia en el uso de protección, aunque la mayoría de sus intercambios sexuales se llevan a cabo con la pareja estable; mientras que los Seropositivos reportan haber tenido un número elevado de parejas sexuales sin el uso de protección; así mismo, la edad de inicio o debut sexual por parte de los Seropositivos fue a edad muy temprana (15 años o antes), mientras que los Universitarios en su mayoría iniciaron su vida sexual entre los 16 y los 18 años. Al comparar el tipo de prácticas entre ambos grupos, las más frecuentes en el grupo de Universitarios fueron las relaciones orales pasivas y entre los Seropositivos las relaciones homosexuales. Por último, con relación a las razones para el uso de protección, los Universitarios parecen usar condón con la finalidad de evitar embarazos y no para prevenir infecciones de índole sexual.

Finalmente, queda como tarea pendiente e indispensable el generar investigación bajo planteamientos teóricos bien definidos, que permitan obtener información del comportamiento y así generar programas de prevención a las poblaciones que así lo requieran, como en el caso de los estudiantes Universitarios.

## INTRODUCCION

En los últimos años, se ha observado un interés creciente por vincular a la psicología en los problemas de salud humana, por ello, es importante conocer los factores del comportamiento que facilitan el desarrollo y diseminación de las enfermedades, ya que todo ser humano, como organismo biológico, sólo puede entenderse y concebirse, desde la perspectiva de su actividad y práctica integrales. Bayés y Ribes (1989) plantean un modelo psicológico de la salud que se apoya en esta hipótesis, la cual nos dice, que el comportamiento es un factor de peso antes, durante y después del estado de enfermedad.

Bajo este enfoque, en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala se está desarrollando un proyecto de investigación relacionado con la prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) desde una perspectiva psicológica, dirigido por los maestros Susana Robles, Ariuro Silva, Diana Moreno, Eugenio Diaz-González, Ma. de Lourdes Rodriguez y Beatriz Frias, el cual busca poner en relieve la importancia de la evaluación de distintas variables psicológicas relacionadas con el riesgo del contagio del VIH/SIDA para el desarrollo de programas preventivos de esta problema de salud, partiendo de los planteamientos conceptuales señalados en los trabajos de Bayés y Ribes (1992) y Ribes (1990). Los objetivos que se persiguen en dicho proyecto son los siguientes:

### Objetivos generales del proyecto

- 1) Diseñar y aplicar un instrumento de evaluación que permita obtener información sobre conocimientos (acerca del VIH SIDA y de prácticas de alto riesgo), prácticas sexuales y competencias funcionales de diferentes poblaciones (estudiantes de nivel medio superior, estudiantes universitarios y portadores del VIH).
- 2) Determinar los perfiles conductuales de las diferentes poblaciones en términos de grupos de habilidades específicas relacionadas con prácticas de riesgo o prevención para contraer el SIDA.
- 3) Determinar el nivel de correlación entre cada una de las diferentes variables definidas: conocimientos, prácticas y competencias funcionales, en relación con las características de la población evaluada y datos demográficos.
- 4) Diseñar y evaluar, a partir de la información generada por los puntos anteriores, las acciones que desde una perspectiva psicológica, pueden emprenderse en los programas de prevención del VIH/SIDA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

F

### Objetivos específicos:

- 1) Evaluar el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA en estudiantes universitarios de áreas de la salud y no salud, en estudiantes de nivel medio superior de áreas rurales y urbanas y en pacientes seropositivos.
- 2) Evaluar las prácticas sexuales de las diferentes muestras, considerando los siguientes elementos: tipo de pareja con la que las realizan, uso de protección, tipo de pareja con la que usan o no usan protección, frecuencia del uso de protección, razones por las que usan o no protección y quién toma la iniciativa para usar protección.
- 3) Determinar los grupos de estudiantes que realizan prácticas de riesgo definidas a partir de los elementos señalados en el punto anterior.
- 4) Determinar las diferencias en el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA y las prácticas sexuales entre las diferentes muestras
- 5) Investigar la relación entre conocimientos y prácticas sexuales de riesgo considerando diversas variables demográficas en las diferentes muestras.
- 6) Evaluar los factores dispositionales que con mayor frecuencia posibilitan la ocurrencia de prácticas sexuales de riesgo o preventivas, como los son el uso de alcohol y drogas.

En este proyecto general se plantean la siguientes hipótesis de trabajo:

1. Los comportamientos sexuales de estudiantes universitarios, estudiantes de nivel medio superior y pacientes seropositivos, son cualitativamente diferentes considerando los planteamientos del modelo propuesto por Bayés y Ribes (1989).
2. Los perfiles de riesgo identificados y sus indicadores serán cualitativamente diferentes en las muestras evaluadas.
3. El papel que juegan los factores medioambientales que median el comportamiento de riesgo dependerá de la muestra y de la situación de riesgo definida.
4. La capacidad para interactuar de manera efectiva ante situaciones de riesgo, estará asociada con los niveles de conocimientos acerca del VIH/SIDA y del tipo de prácticas sexuales realizadas.

En el proyecto general se propone realizar 4 estudios. El primero de ellos actualmente está en proceso, y se diseñó para construir un instrumento de evaluación sobre 5 áreas de conocimientos acerca del VIH/SIDA, 9 prácticas sexuales de riesgo y 6 preventivas en estudiantes universitarios. Dado que ya se aplicó dicho instrumento, se plantea continuar con el análisis de los datos para determinar los perfiles de riesgo asociados con las variables demográficas definidas: género, edad, tipo de carrera y semestre que cursan los estudiantes. En un segundo estudio se pretende aplicar dicho instrumento en una muestra de seropositivos para obtener información que permita comparar el comportamiento de riesgo de esta población con el de los estudiantes universitarios. Un tercer estudio se realizará con estudiantes de nivel medio superior, identificando las tendencias a comportarse en forma riesgosa; con base en la información generada en los dos estudios anteriores, se hará un análisis comparativo de los perfiles de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

G

riesgo de los tres tipos de poblaciones estudiadas. Finalmente, el cuarto estudio está diseñado para construir un instrumento que permita evaluar lo que Bayés y Ribes (1989) definen como competencias funcionales, que implica el análisis de: 1) factores situacionales y biológicos (como el consumo de alcohol y/o drogas, la oferta de una persona atractiva, etc.) que con mayor frecuencia posibilitan o inhiben la ocurrencia de prácticas sexuales de riesgo; 2) reconocimiento de comportamientos y situaciones de riesgo; 3) reconocimiento de señales de estímulo que indican proximidad de situaciones de riesgo; 4) señalar consecuencias a corto y largo plazo que puedan derivarse de la práctica de comportamientos preventivos o de riesgo; 5) evitar comportamientos de riesgo; 6) demorar comportamientos de riesgo; 7) practicar comportamientos incompatibles no peligrosos y 8) practicar con habilidad comportamientos preventivos.

El presente reporte de investigación se deriva de los estudios 1 y 2 arriba señalados. Hasta este momento se ha llevado a cabo la aplicación del instrumento, el cual evalúa cinco áreas del conocimiento del VIH/SIDA, nueve prácticas sexuales de riesgo, seis preventivas y 9 parámetros de riesgo en cada práctica sexual. En el estudio 1 dicho instrumento se aplicó a estudiantes universitarios y en el estudio 2 a pacientes seropositivos. Con base en estos estudios, en el presente reporte de investigación se plantea como objetivo general: hacer una comparación entre estudiantes universitarios y seropositivos de su comportamiento sexual de riesgo y preventivo, analizando particularmente aquellos ítems del cuestionario que evalúan distintos parámetros sobre el uso del condón; asimismo, se pretende hacer un análisis sobre las tendencias a comportarse en forma riesgosa de ambas muestras para investigar si los estudiantes universitarios se comportan en forma semejante a los seropositivos. La importancia de realizar un análisis detallado sobre el uso del condón se fundamenta en lo siguiente:

El uso del condón ha sido un criterio formalmente adoptado a nivel internacional que ha determinado el nivel de riesgo de las prácticas sexuales. A pesar de las fuertes campañas que ha promovido el sector salud sobre el uso del condón como la forma más efectiva (después de la monogamia) de prevenir el contagio, los niveles de incidencia del VIH/SIDA siguen aumentando. De aquí que exista una gran cantidad de estudios que evalúan el uso del condón como forma de prevención del VIH/SIDA y ver no solo el uso del condón como forma de prevención del VIH, sino la importancia de considerar otras variables de riesgo asociadas al uso del condón. Por otra parte resulta fundamental investigar el comportamiento sexual que realizan personas que están diagnosticadas como seropositivas por las posibilidades tan altas que estas tienen de transmitir el virus a otras personas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

H

# I. LA PSICOLOGÍA EN EL CAMPO DE LA SALUD FÍSICA

En este capítulo se describirán los conceptos de salud y enfermedad desde la perspectiva del modelo médico tradicional, señalando el papel y las actividades que los psicólogos pueden desempeñar en el sector de la salud. Asimismo, se analizarán brevemente algunos modelos psicológicos que se han propuesto para investigar problemas en el campo de la salud, exponiendo el modelo teórico que sustenta la presente investigación.

## 1. 1. Concepto de salud / enfermedad

En la literatura se pueden encontrar distintas formas de entender el concepto de salud / enfermedad. De acuerdo con Morales (1997), la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) propone que la salud se conceptualice como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección" (pag. 77); sin embargo, este mismo autor considera que es una definición descontextualizada, porque se describe a la salud como un valor muy general que dificulta una operacionalización para su reconocimiento y promoción. Además, señala que es necesario entender que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por otros factores que pasan los límites del cuerpo humano y que tienen que ver con el comportamiento individual en un contexto social y económico. De esta manera, según este autor las definiciones de salud y enfermedad requieren de una aproximación que abarque la total complejidad del individuo, donde la salud y la enfermedad están estrechamente relacionadas.

Para Fernández y Buela. (1997), la salud ha sido definida como un discontinuo en el que la enfermedad se relaciona con alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal, pero esta concepción conduce a la discusión acerca de la dicotomía normalidad-anormalidad, lo cual representa inconvenientes, entre ellos están el que una baja frecuencia en la ocurrencia de un fenómeno respecto a la salud no significa

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

anormalidad, anomalía o patología. Un ejemplo de lo anterior, sería considerar como anormales a aquellas personas que no fuman ni beben y se encuentran dentro de un grupo social en donde la mayoría sí lo hace, no por ello se les consideraría como anormales, o con alguna patología. Por ello, para estos autores la salud debe ser considerada como un proceso individual, que ocurre en una comunidad concreta, con una cultura y sistema socioeconómico específicos, mismos que pueden influir de manera positiva o negativa en el estado de salud, el cual no es un discontinuo, sino un proceso multifactorial.

Cabe señalar que si se considera a la salud como estado idóneo de bienestar sería algo utópico debido a que siempre se está expuesto a factores tanto de índole objetiva (virus, bacterias, contaminación, hábitos de higiene) como subjetiva (creencias, relaciones interpersonales, actitudes), entre muchos otros (factores sociodemográficos, económicos y políticos) que afectan dicho proceso de salud-enfermedad. Por lo tanto, la enfermedad sería no sólo la existencia de una afección o dolencia, sino también daño morfológico y limitación o interrupción del bienestar subjetivo y/o social propio de cada sujeto.

En resumen, se puede señalar que el proceso salud / enfermedad es algo complejo, en donde se deben analizar factores tanto individuales como sociales para comprender dicho proceso.

## 1. 2. Psicología de la Salud y Medicina Conductual

Autores como Piña, Obregón, Corral y Márquez (1996) opinan que el concepto dualista de salud mental y física ha quedado obsoleto bajo el nuevo conocimiento del proceso salud / enfermedad, en el cual intervienen factores biológicos, psicológicos y ambientales, dando como consecuencia la importancia de la intervención de ciencias como la psicología en el tratamiento y, sobre todo, la prevención de trastornos o enfermedades cuyo origen puede ser la conducta.

Ribes (1990) da importancia a lo anterior, al puntualizar que un microorganismo o sustancia nociva es condición necesaria más no suficiente para hacer daño al cuerpo humano, ya que existen factores conductuales que afectan la salud y concretamente se acepta que el comportamiento definido como categoría psicología juega un papel relevante en el curso, mantenimiento y eliminación de un trastorno de salud ligero o una enfermedad

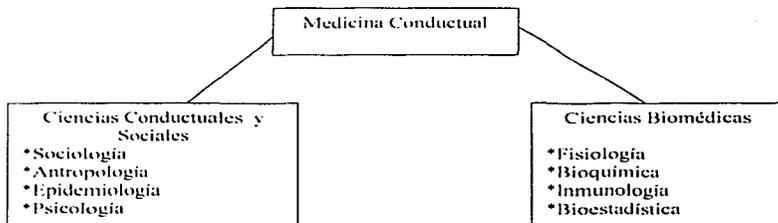
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

progresiva y permanente. De acuerdo con esto, la Psicología juega un papel central en la prevención de distintos problemas de salud, en la medida en que éstos se adquieren y desarrollan a través de los comportamientos específicos que realizan las personas.

Dentro de la Psicología como disciplina se han desarrollado distintas aproximaciones al estudio de la salud de los individuos. En términos genéricos se pueden mencionar la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, de las que a continuación se describen algunas características.

Kendall y Norton (1998) definen *Medicina Conductual* como "El uso de técnicas derivadas del Análisis Experimental de la Conducta, para la evaluación, prevención y entrenamiento o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica" (pag. 5-6). Pomerleau y Brady (1979; citado en Kendall y Norton, 1998) concuerdan con lo anterior y además señalan que también es "el comportamiento de investigación que contribuye al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con los trastornos médicos y con los problemas en el cuidado de la salud" (pag.4).

Según Piña (1996), la Medicina Conductual resulta de la unión de varias disciplinas que en tiempo pasado no estaban conectadas, estas disciplinas son: las ciencias conductuales y sociales aunadas a las ciencias biomédicas, y se puede representar en el siguiente esquema:



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Una de las aportaciones de la Medicina Conductual es el biofeedback, que consiste en lo siguiente: bajo ciertas condiciones, como estados de relajación profunda y privación sensorial, un paciente puede controlar, o incluso modificar, algunos procesos fisiológicos involuntarios (frecuencia cardiaca, presión sanguínea u ondas cerebrales). La idea esencial es obtener la medición de funciones fisiológicas y transformarlas en tonos de sonido o líneas que puedan variar en intensidad o grosor en una pantalla, éstas pueden ser modificadas mediante retroalimentación y/o reforzamiento constantes, dando como resultado el control de funciones fisiológicas que aminoran síntomas o padecimientos (Phares, 1992).

Es necesario mencionar que esta técnica no es una solución eficaz y aplicable a todos los padecimientos fisiológicos, por ello, Phares, (op cit.) señala que "posiblemente el biofeedback no sea curativo por sí mismo, pero brinda resultados y cierta autorregulación a personas que así lo necesiten" (pag. 19).

En lo que respecta a la Psicología de la Salud, Matarazzo (1980, en Davidson, 1983) la considera como el conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de la etiología y diagnóstico de la salud y enfermedad.

Bajo esta concepción de la Psicología de la Salud, se puede intervenir en enfermedades que pueden prevenirse o modificarse a través del cambio de los comportamientos que generan tales padecimientos; es por eso que los accidentes, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o las infecciones de transmisión de sexual -como el VIH/SIDA-, se pueden prevenir o modificar, ya que todos ellos tienen relación directa con la conducta. El psicólogo de la salud puede alterar la incidencia o curso de una enfermedad al modificar los comportamientos que se tengan identificados como factores que contribuyen a la salud o la enfermedad. Así, la tarea del psicólogo es tan diversa que puede incidir en la promoción de la salud, coordinación de programas específicos multidisciplinarios, así como en la prevención de padecimientos que se originan en hábitos o estilos de vida inadecuados (Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1987).

Becoña, Vázquez y Oblitas (1995) hablan de tres grandes rubros donde el psicólogo interviene, tales rubros son:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1. **Investigación.** Realizando investigación orientada a identificar factores relacionados a la conducta que contribuyen al mantenimiento de la salud.
2. **Aplicación.** Donde los conocimientos emanados de la investigación se apliquen a las personas.
3. **Formación.** La cual implica asesorar a otros profesionales de la salud así como brindar educación y entrenamiento de futuros psicólogos.

Cómez y Quintero (2001) puntualizan que aunque las tareas de la Psicología de la Salud están bien definidas, es importante diferenciar que la prevención se realiza cuando existen indicios o riesgo de una enfermedad y la promoción se enfoca hacia la salud y en personas sanas.

En la literatura psicológica se ha detectado que se confunden, o se tratan como sinónimos, a la Psicología de la Salud y a la Medicina Conductual. Así, se considera importante señalar que este es un error y que la distinción radica en que la Medicina Conductual se preocupa del tratamiento y rehabilitación, mientras que la Psicología de la Salud tiene como objetivo la prevención, dirigiendo sus intervenciones a la modificación de hábitos y estilos de vida inadecuados. Asimismo, para Donker (1988, en Kendall y Norton 1998) quizás "la distinción más importante entre la Psicología de la salud y la medicina conductual sea la aproximación interdisciplinaria frente a la aproximación específica de la disciplina en lo referente a la salud y la enfermedad". De esta manera, aunque hace algunos años podía afirmarse que la Psicología de la Salud resultaba ser una contribución de la Psicología a la Medicina Conductual, hoy se puede afirmar que son diferentes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 1.3 Modelos psicológicos en la salud

Si bien la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual parecen alternativas adecuadas a la problemática de la salud, existen modelos teóricos específicos que han buscado la explicación de las relaciones entre salud y comportamiento. En la Psicología los modelos más utilizados son: el de Creencias de Salud Beker y Mainman (1975 en Fernández 1994), el de Acción Razonada Fishbein y Ajzen (1975 en Fernández 1994) y el de Reducción de Riesgo Rosentock y Kirscht, (1989, en Fernández 1994). Dichos modelos parten desde una perspectiva cognitivo conductual, en donde lo importante es incidir en las variables cognitivas para lograr cambiar el comportamiento de la gente.

En el caso del Modelo de Creencias de Salud (MCS), los elementos centrales son: la susceptibilidad percibida, severidad percibida, barreras y beneficios. Según Fernández (1994), este modelo pretende describir los determinantes de la conducta preventiva centrándose en creencias individuales aunadas a variables psicosociales. La idea esencial de dicho modelo es, que propone que las acciones de un individuo están basadas en sus creencias. Se identifican los elementos claves que influyen la toma de decisiones, por ejemplo la percepción de susceptibilidad del individuo, la severidad percibida de la enfermedad, y la barreras de prevención percibidas. Este modelo se basa en el la premisa siguiente: generalmente los individuos no llevarán a cabo conductas de salud (de prevención, participación, cumplimiento o rehabilitación) a menos que tengan niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre su salud y se vean a sí mismos como potencialmente vulnerables y a su vez vean la condición de enfermedad como amenazante, además de ver pocas dificultades al poner en práctica una conducta de salud. Sin embargo, Fernández (op. cit.) menciona que en muchos casos nos percibimos a nosotros mismos como muy vulnerables a una enfermedad y reconocemos que las consecuencias de nuestro comportamiento serían graves, pero no seguimos las conductas recomendadas, simplemente porque los costos para realizarlas son demasiado altos, tales como costos económicos, sociales, psicológicos, de riesgo acerca del tratamiento o efectividad de éste.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con Coates (1992), en el modelo de Reducción de Riesgo se hace énfasis en el papel que juega la percepción de conductas de riesgo; así, una persona que percibe en riesgo, tendrá más probabilidades de llevar a cabo conductas preventivas, mientras que aquella que no se perciba en riesgo estará realizando comportamientos de riesgo. Este modelo sugiere que para poder cambiar la conducta uno debiera reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio deseado. Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor, la ansiedad y las normas sociales.

Otros modelos psicológicos en la salud se basan en la toma de decisiones y creencias particulares de las personas como el modelo de Teoría de Acción Razonada (TAR), la cual según Fernández (1994), observa la intención como influencia principal sobre el comportamiento, las intenciones son actitudes personales con respecto a la conducta a como lo son las opiniones de las personas que le rodean, ambas influenciadas por el círculo social en el que se desenvuelven. Este modelo mejora el análisis de toma de decisiones separando las creencias de las actitudes y subrayando la importancia de que la práctica y la intención son dos cosas distintas, el modelo se basa en que las personas son habitualmente bastante racionales y que hacen uso sistemático de la información de que disponen, además de que la intención que la persona tiene de realizar o no una conducta, es su determinante inmediato y eso no significa que siempre exista una correspondencia entre intención y conducta, sino que, al no presentarse acontecimientos imprevistos una persona actuará habitualmente de acuerdo con su intención. Asimismo, en este modelo se acuña el término "Norma Subjetiva", el cual se explica sobre el supuesto de que las personas intentarán algo cuando creen que las otras personas (importantes para ellos) piensan que deberían hacerlo.

Pender (1987, en Fernández: 1994) elabora, por su parte, el Modelo de Promoción de la Salud, donde las conductas promotoras de salud son, casi sin excepciones, conductas continuas que deben formar parte integral de un estilo de vida personal, extinguiendo comportamientos antiguos e instalando nuevos. Este modelo se deriva de la Teoría de Aprendizaje Social (Bandura 1977, en Fernández,1994) subrayando la importancia de los procesos mediadores cognitivos en la regulación de conductas, y su estructura es semejante al Modelo de Creencias de Salud al tomar en cuenta percepciones individuales. Finalmente

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

las variables que afectan la probabilidad de la acción son básicamente variables internas, como: sentimiento de bienestar, y externas, como conversaciones con otros o relaciones interpersonales.

Aunque los modelos psicológicos antes mencionados son los más comunes y utilizados para abordar los problemas de salud, hacen ver al individuo con un rol pasivo ante los embates del ambiente y la opinión de los otros individuos, provocando distintas cogniciones, (creencias y actitudes) respecto a su salud y el riesgo que corre ésta, sin dar una real importancia a la conducta (ya sea de riesgo o preventiva), haciéndola ver como una consecuencia, siendo que la conducta no debe abordarse como una consecuencia, sino como eje rector de los problemas de salud.

De acuerdo con esto último, otros autores continúan con investigación aunque en otras vertientes Ribes (1990) describe al ser humano como un organismo sujeto a cambios o condiciones biológicas (vulnerabilidad biológica) y físicas (ambiente físico) aunadas al factor socio-cultural: este último, se conforma de prácticas sociales y culturales, las cuales ponen a la salud en riesgo, y si el ser humano se encuentra en constante interacción social y cultural, según este autor, antes, durante y después de una enfermedad se considera al individuo interactuando, así mismo, el grado de disponibilidad para enfermarse (condiciones orgánicas) aunadas a la conducta preventiva o de riesgo propia de cada individuo, dan como resultado el estado de salud o enfermedad.

Según Ribes (1990) es importante dotar al individuo de los recursos y prácticas necesarios para identificar los factores ambientales y conductuales que inciden en el aumento de la vulnerabilidad biológica y que, a su vez, se desplieguen formas de acción para la prevención de todo riesgo vinculado a la aparición de patologías biológicas. Este modelo no es de índole social o biologicista, sino que este modelo psicológico muestra la vinculación de los factores sociales y biológicos, aunque sin tomar la terminología o conceptos de ellos, ya que este modelo posee sus propios constructos y objeto de estudio, que en este caso es la conducta humana influenciada por el ambiente y el estado orgánico propio de cada sujeto. Es así como se propone un modelo en el que la salud y la enfermedad corresponden a una serie de factores individuales que tienen lugar en la interacción conductual del individuo, ya que las prácticas conductuales son las que previenen o auspician el estado de salud o carencia de ésta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 1.4 Conclusiones

Los cambios teóricos, así como la constante investigación, han nutrido a la Psicología de nuevos conocimientos relacionados a la salud física, misma que tiene una estrecha relación con la conducta.

El desarrollo de nuevos modelos que demuestran la relación de la salud con la conducta han dado paso a cambios significativos en el comportamiento de los seres humanos, así como cambios en la manera de abordar los problemas de salud, surgiendo alternativas como la Psicología de la Salud o la Medicina Conductual, donde la primera es hoy en día, producto de la necesidad de vincular a la salud física con la Psicología, con el fin de promover y mantener la salud mediante el estudio, control y predicción de la conducta, dando paso a la construcción de nuevos modelos teóricos que llenan los espacios dejados por otros, mediante la coherencia y el lenguaje propio de cada teoría, y con un objeto de estudio en particular, que en este caso es la conducta: tal es el ejemplo del modelo propuesto por Ribes (1990) aquí citado.

El Modelo Psicológico de la Salud Biológica emanado de la teoría interconductista, se muestra como una alternativa adecuada para abordar los problemas de salud, en donde el ser humano deja de ser un elemento con un rol pasivo, ya que se hace ver, que las acciones tomadas por las personas (su conducta) ponen en riesgo la salud de los individuos, debido a la combinación de elementos ambientales, físicos, orgánicos y conductuales.

Al ocuparse de la salud biológica humana, la psicología debe entender y estudiar no sólo la conducta, sino también el analizar los contextos donde ésta se manifiesta y luchar, no de manera aislada contra las enfermedades a nivel biológico, sino contra los hábitos personales y el cambio de la conducta (visto como interacción), para mejorar su salud y prolongar la vida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## II. EL VIH/SIDA Y SU PREVENCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se ha convertido en una amenaza para la humanidad. Los estudios epidemiológicos, según González (1998), han demostrado que la población contagiada va en aumento. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (2000) predice que en los próximos años el número de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) llegará a los 100 millones y es muy probable que siga expandiéndose, impactando gravemente las políticas económicas y sociales de muchos países. Mientras no exista una vacuna que permita prevenir este mal (González, 1998.), resulta necesario conocer con detalle cómo es que funciona el virus que produce el SIDA, y qué debemos hacer para prevenir que cualquier persona se contagie. De acuerdo con esto, en este capítulo se describirán las características del VIH y del SIDA, y algunos estudios que se han interesado en los factores asociados con la prevención del contagio del VIH en poblaciones de homosexuales, estudiantes y de seropositivos.

### 2.1 El VIH y el SIDA

#### Etiología

De acuerdo con Soler y Gudiño (1995), en 1983 el doctor Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer de los E. U., y el doctor Montagnier, del Instituto Pasteur de París, descubrieron un retrovirus humano agente causal del SIDA. En mayo de 1986 se crea el Comité Internacional de Taxonomía del virus y recomienda que este virus responsable del SIDA sea denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana.

De acuerdo con Sepúlveda (1990, en Mejía, 2000) el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), o virus del SIDA, pertenece a la familia de los retrovirus incubándose en las células humanas, mismas que a su vez sirven de base de réplica viral. Los retrovirus son conocidos desde hace tiempo como patógenos animales.

Existen 2 tipos de virus, el VIH 1 y VIH 2, los cuales sólo sobreviven en un organismo vivo, pues fuera de este, el virus sobrevive muy pocas horas. Sepúlveda (1990, en Mejía, 2000), indica que este virus ataca las células del sistema inmunológico o

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

glóbulos blancos inhibiendo la respuesta inmunológica, lo cual permite que un individuo contraiga distintas enfermedades o infecciones llamadas oportunistas y cánceres que pueden conducir a la muerte. Este virus ha sido detectado en semen, sangre, secreciones vaginales, orina, líquido cefalorraquídeo y probablemente leche materna.

La etapa de seropositividad comienza al entrar el virus en el organismo humano, mismo que tardará en manifestar alguna sintomatología en periodos que pueden ir de los 4 a los 10 años después del contagio; en esta etapa previa al desarrollo de la inmunodeficiencia, se considera al portador del virus como seropositivo. Debido a que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA puede aparecer aun varios años después del contagio, de acuerdo con Martínez (1997) esta enfermedad puede desarrollarse en los siguientes estadios 1) *Infección aguda*: la cual comprende desde la infección por VIH hasta la aparición de anticuerpos contra el virus, etapa que es asintomática y tiene una duración de aproximadamente 6 a 8 semanas; 2) *Infección asintomática*: este estadio se caracteriza por la ausencia de signos y síntomas, pero con la presencia de anticuerpos. Generalmente esta etapa comienza desde la seroconversión (aproximadamente a las 12 semanas después de que el VIH entra al organismo), hasta la aparición de los primeros síntomas asociados a la deficiencia inmunitaria. El periodo puede durar entre 5 y 10 años, incluso más; 3) *Linfadenopatía generalizada persistente*: Inflamación de los ganglios linfáticos, cansancio y sudoración; 4) *SIDA*: Etapa final de la infección por VIH. Periodo donde se presentan un conjunto de manifestaciones clínicas como cáncer, enfermedades causadas por hongos, virus, bacterias y parásitos que dañan la salud y conducen a la muerte.

### **Formas de Transmisión**

El VIH, según Romo (1997) y Mejía (2000) se transmite mediante vía sexual con relaciones donde exista intercambio de fluidos, por vía sanguínea donde la sangre es medio de transporte del virus en heridas que entran en contacto directo, y de madre a hijo por leche materna o vía prenatal, donde el virus pasa a través de la placenta al producto o por el contacto sanguíneo de la madre.

Para Grmek (1992), la vía más común de transmisión del VIH es la sexual debido su frecuencia en los seres humanos y a la variedad de parejas o intercambios sexuales sin

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

protección en los mismos, es por ello que el virus se transmite muy fácilmente de una persona a otra.

#### **Detección**

Una vez que el virus del VIH está dentro el cuerpo humano se detecta mediante pruebas de laboratorio tales como ELISA (Prueba de Inmunoabsorción Ligada a Enzimas) y Western Blot (técnica de inmunotransferencia ligada a enzimas). Grmek (1992).

#### **Como abordar el problemática de salud ante el VIH y SIDA.**

Para abordar este problema de salud Bayés (1989) propone que una estrategia para hacer frente a la transmisión del VIH, consiste en la prevención mediante la educación, pero para llegar a este punto y desarrollar políticas educativas, es necesario conocer cuales son los factores que mantienen las conductas de riesgo y 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 que variables estudiar., de esta manera un factor importante a estudiar es la conducta sexual.

Ya que el SIDA es una infección de transmisión sexual de gran impacto y se ha transformado en un problema de salud pública aunado a que no tiene cura (Suaudeau, 1988), se torna esencial el trabajo preventivo, donde los esfuerzos deben dirigirse al uso del condón, pues como lo indica CONASIDA, hasta ahora es la manera más efectiva de prevenir el contagio del VIH, siempre y cuando sea utilizado correcta y consistentemente. ¿Cómo lograr entonces, que la gente tenga conductas preventivas y use el preservativo?. A continuación se pueden leer los niveles en el que el psicólogo incide para luego analizar qué acciones debe tomar para lograr que la gente use correcta y consistentemente el condón.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Prevención

Piña (1988) propone que la prevención sea el conjunto de actividades dirigidas hacia la población, para que los posibles usuarios hagan uso de los conocimientos desarrollados por los psicólogos, a fin de que estos tengan disponibles comportamientos variados para hacerle frente a cualquier trastorno de salud.

Sin embargo, dichas actividades pueden ser ubicadas en alguno de los tres tipos o niveles de prevención en el marco de la Psicología de la Salud, los niveles tienen las siguientes características: a) prevención primaria, la cual consiste en avisar o informar sobre los factores y conductas que ponen en riesgo la salud; b) prevención secundaria, implica la identificación de grupos de riesgo o personas cuya salud puede ser afectada por algún trastorno o padecimiento y c) prevención terciaria, la cual se ocupa de atender a personas cuya salud ha sido afectada y, mediante el entrenamiento de habilidades o nuevos repertorios conductuales, elevar el nivel de vida." (Santacreu, Rubio y Márquez, 2000).

No obstante, la prevención tal y como se expone arriba, debe ser parte de un conjunto de acciones y estrategias que se pueden adaptar a la cultura y país en el que se aplican, y de acuerdo con esto, ONUSIDA (2001) proporciona una serie de consideraciones para prevenir la infección del virus de inmunodeficiencia humana las cuales son:

1. Que la información preventiva debe llegar a toda la sociedad en su conjunto (sin excluir a las personas por sus preferencias o cualquier otra etiqueta), incluyendo a jóvenes.
2. Mejorar el acceso a la educación, ya que para ONUSIDA (2001.) el nivel educativo es indicador de mayores posibilidades de prevención de infecciones de transmisión sexual.
3. Adecuar los programas preventivos a las necesidades, costumbres o ideología propia de cada lugar.
4. Adecuar las acciones legales pertinentes a los programas ha implementarse; por ejemplo, despenalizar algunas actividades que son calificadas como delitos para propiciar que se lleven a cabo de manera menos riesgosa para la salud, como sería la prostitución acompañada del uso del condón.

De igual manera, ONUSIDA (2001) propone que las acciones más eficaces para la prevención de la infección del virus de inmunodeficiencia humana pueden ser: La educación sexual a jóvenes, debido a la vulnerabilidad a la que están sujetos al iniciar su

vida sexual, promover el uso de preservativos en todas las relaciones sexuales con intercambio de fluidos corporales, advertir sobre cuántas y cuáles son conductas de riesgo para las personas, asesoramiento a personas que están en riesgo de infectarse del virus de inmunodeficiencia humana, y por último, proteger los derechos de las personas en contra de la discriminación.

Bayés (1992), cita algunas de las medidas que pueden coadyuvar a impedir la propagación del virus del SIDA.

- 1) Castidad absoluta.
- 2) Relaciones sexuales monógamas con una persona fiel no contagiada.
- 3) Prácticas sexuales sin penetración.
- 4) Prácticas sexuales con preservativo, o incluso evitar la penetración anal, homosexual y heterosexual.

Particularmente en el caso del VIH/SIDA, resulta importante trabajar en la prevención primaria incidiendo en poblaciones sanas (por ejemplo, en poblaciones de adolescentes que no han tenido su debut sexual, con padres de familia para que informen a sus hijos pequeños y adolescentes), pero también es crucial el trabajo con poblaciones de riesgo, las cuales son aquellas personas que no tienen el VIH/SIDA pero que realizan comportamientos de riesgo. En este último aspecto, se ubica el trabajo que aquí se presenta.

Como se ha señalado antes, promover el uso correcto y consistente del condón son acciones que conducen a la prevención del contagio del VIH. De acuerdo con esto, en el siguiente apartado se describirán algunos de los estudios que se han reportado sobre el uso del condón, señalando los resultados más importantes que se han obtenido y lo que, desde el punto de vista de la psicología es necesario considerar para lograr mejores resultados en la prevención para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual como el SIDA.

## 2.2 USO DEL CONDÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Río Chiriboga, y Uribe, (1995) mencionan que el término "condón" se le atribuye a un médico de la corte de Carlos I de Inglaterra, de apellido Condom, quien propuso al rey incorporar éste a sus prácticas sexuales aunque sólo con fines anticonceptivos, el condón ha demostrado su efectividad desde 1840 contra las enfermedades transmisión sexual ya que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

en ese año comenzó su fabricación, gracias a la vulcanización del látex, así mismo, Chiriboga y Uribe, (op. cit.) hace énfasis en que en los laboratorios se ha demostrado que los condones de látex constituyen una barrera mecánica eficaz contra los agentes causantes de enfermedades de transmisión sexual y que se ha encontrado una asociación directa entre el uso del condón y una menor frecuencia de infección por VIH. Cabe destacar que el condón solo es eficaz siempre y cuando su uso sea correcto y sistemático, es decir, siguiendo instrucciones de manera correcta y en todas las relaciones sexuales de riesgo con intercambio de fluidos sexuales.

De la Osa, (2001) define el condón como una "vaina o cubierta fina de goma para su uso en el pene durante el coito" (pag 1).

Según CONASIDA (1999), el uso correcto de preservativo debe realizarse siguiendo los pasos que aquí se presentan: 1 Guardar el preservativo en lugares frescos y secos. 2. Fijarse si el empaque no está roto y al oprimirlo éste debe tener una bolsa de aire. 3. Presionar la punta del preservativo mientras se coloca en el pene erecto. 4. Sin soltar la punta, desenrollarlo hasta la base del pene. 5. Siempre colocarse el condón o preservativo antes de cualquier contacto sexual sin el uso de remas o lubricantes que deterioren el látex del que está hecho el condón. 6. Después de eyacular, se sujeta el condón desde la base mientras el pene aún se encuentra erecto. Para CONASIDA (op. cit.) si se siguen correctamente estas instrucciones, será más eficaz el uso del condón y por lo tanto, la prevención de la infección del virus de inmunodeficiencia humana. De acuerdo con esto, Villagran, y Díaz (1992) señalan, que el problema del VIH radica en la prevención mediante el uso del condón, ya que se sabe, a través de reportes epidemiológicos, que la principal forma de contagio del VIH a escala mundial es la vía sexual.

Es por ello que el uso del preservativo o condón resulta una estrategia confiable, aunque el uso de este radica en distintos conocimientos o actitudes, ya que su uso puede interpretarse a nivel individual como ofensivo, atractivo, efectivo o poco placentero, etc.

Es por lo anterior que diversos estudios se han enfocado a estudiar el uso del condón en distintas poblaciones para determinar el riesgo de transmisión del VIH/SIDA o cualquier otra infección de transmisión sexual, una de estas poblaciones que más ha llamado la atención es la de personas que tienen prácticas homosexuales, esto debido al riesgo que implican tales relaciones, como el sexo anal sin protección. Así lo demuestra el estudio

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

realizado por Hope y McArthur (1998) en el cual se evaluó a una población de 858 homosexuales, con relación a las prácticas de sexo anal con o sin protección durante los últimos 12 meses, y a su vez se evaluó si el estatus de empleo de cada persona influye o no sobre el uso del preservativo.

Los resultados sugieren que la clase social así como el estatus de empleo, están relacionados a prácticas de sexo seguro (acompañadas del uso de condón), encontrando una relación entre un estatus de empleo alto y el uso del preservativo, esto debido a un nivel de estudios mas alto.

En otros estudios realizados por Kalichman, Nachimson, Cherry y Williams (1998), Mayne, Areee y Folkman, (1998) y Kelly y Kalichman, (1998), se evaluó la práctica de sexo anal considerando variables tales como el nivel educativo de los homosexuales, uso del condón y conocimiento del VIH/SIDA encontrando relación entre el nivel educativo, conocimientos acerca del Virus de inmunodeficiencia humana y uso del condón como medida preventiva para la transmisión del mismo. Otros estudios en homosexuales se han enfocado a las prácticas sexuales y las habilidades de negociación del uso del condón en las relaciones sexuales Rosario, Mahler y Hunter (1999) evaluaron habilidades de comunicación y asertividad encontrando que la negociación del uso del preservativo en las practicas homosexuales (tales como sexo anal), están ligadas a determinadas carencias y habilidades por parte de las personas para pedir o negociar el uso del condón, encontrando que no existen suficientes habilidades ya sean verbales (petición oportuna y asertiva) o cognitivas (sentimientos o conocimientos acerca del condón) para solicitar a la pareja el uso del condón lo cual ve impedido su uso. La negociación del uso del condón también fue estudiada por Vásquez, Cunningham, Pérez y Coos (1998), donde la negociación de prácticas sexuales seguras estaba enfocada a estudiantes universitarios de Puerto Rico, los cuales fueron cuestionados sobre creencias, influencias ambientales y familiares, así como los roles de género, relacionados al uso del condón, arrojando en los resultados, que el rol de género como hombres no les permite el negociar el uso de preservativo, por otro lado, el uso del condón es más frecuente en las parejas eventuales a comparación de la pareja estable y el hablar de sexualidad aun es un tabú en su sociedad, por lo tanto, los sujetos de la muestra manifestaron poseer información respecto al uso del condón y prevención a

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

infecciones de transmisión sexual pero su uso no está culturalmente aceptado debido al rol propio de los hombres.

Gullette (2000), así como Katrin, Kohl, y Wendell (1998) evaluaron el uso del condón en homosexuales, pero esta vez relacionado al número de parejas sexuales, mediante un modelo de cambio de comportamiento vía Internet, (en el caso de Gullette) y mediante un cuestionario en el estudio realizado por Katrin y Cols. En ambos estudios se encontró que en sus respectivas muestras, más del 30 % de sus sujetos habían realizado prácticas de sexo anal sin protección, debido al elevado número de parejas con las que habían tenido relaciones homosexuales en el último año, según el análisis de Katrin y Cols. (op. cit).

Aunque muchos de los estudios se dirigen a poblaciones en riesgo existen estudios acerca del uso del condón en seropositivos como las investigaciones realizadas por Skronidal y Eskild (2000) y Denninig, Nakashima y Wortley (2000), quienes evaluaron en sus respectivas muestras, la frecuencia del uso del condón, después del diagnóstico de infección del virus de inmunodeficiencia humana, con resultados que muestran, que los sujetos que ahora son seropositivos, reportaban un número elevado (9 a 15) de parejas sexuales durante el último año, así como una baja frecuencia del uso del condón antes de su diagnóstico y con una frecuencia de uso más elevada después de este, así mismo, se observa disminución del número de parejas sexuales, esto, para evitar la reinfección del virus y la transmisión a otras personas.

Con respecto a personas cuyos empleos o estudios están íntimamente ligados a la salud también existen evaluaciones con relación al uso del condón Moriya., Figueiredo, Duarte y Carvalho (1999) evaluaron creencias de riesgo relacionadas con prácticas sexuales en estudiantes de enfermería, medicina, farmacobiología y psicología. Llegando a resultados que indican altos conocimientos en este tema, mientras que Cook, Steiner, Smith, Evans, y Willis, (1998) cuestionaron a estudiantes universitarios de medicina acerca de la prevención del VIH y cuidado de pacientes seropositivos y uso de condón, encontrando que existía en dichos estudiantes confusión en relación con la protección que puede brindar el condón, a su uso y prevención. Es evidente que el uso del condón no siempre es aceptado, ya sea por razones ideológicas o falta de información, de hecho el condón femenino también es centro de atención, como en el caso del estudio realizado por Haignere, Rachel, y Maskovsky

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

(2000) quienes realizaron un cuestionario para mujeres jóvenes acerca de que opinaban sobre el uso del condón (femenino y masculino.) Donde se llegó a la conclusión de que las adolescentes prefieren usar el condón masculino por encontrarlo más seguro y cómodo, siendo esta una de las razones por las cuales el condón masculino tiene mas arraigo entre los jóvenes además de ser más fácil su adquisición.

Como se puede observar distintos estudios se abocan a la evaluación de diversos factores cognitivos tales como conocimientos, valores, creencias, sentimientos o habilidades pero es aun pobre el numero de estudios que toman como factor de peso la interacción de las personas y los factores que predisponen a los individuos (personas objetos y eventos) a comportarse de manera riesgosa, así mismo aunque se evalúen conocimientos según Bayés (1992) estos no son condición suficiente para lograr un cambio en el comportamiento de las personas es por ello que la evaluación de cogniciones y su relación con la predicción de la conducta enfrentan aun limitaciones para explicar los comportamientos de riesgo, de aquí que el Modelo Psicológico de la Salud Biológica Ribes (1990) se ofrece como una opción mas para estudiar y explicar los distintos factores que intervienen en la ocurrencia de los comportamientos de riesgo y/o de salud.

### 2.3 CONCLUSIONES

Es evidente que hasta el momento no existe una cura contra el VIH, por lo tanto las campañas de prevención contra la transmisión de este virus son la única alternativa viable para contrarrestar los estragos de este virus en la población mundial, sin embargo esta prevención no es tarea fácil ya que este virus es de transmisión sanguínea o sexual. Es por ello difícil dar a entender y conocer a la población los procesos de su comportamiento relacionados a las practicas sexuales que implican un riesgo si no son acompañadas de una barrera eficaz contra el virus, misma que en este caso, se propone sea el uso del condón de manera correcta y consistente, modificando la conducta de las personas en pro del cuidado de su salud, alterando los factores conductuales pertinentes.

Hay que añadir que la prevención e información deben estar enfocadas a toda la población y además de dirigirse a poblaciones específicas (estén o no en riesgo), se deben de sugerir medidas concretas para su seguimiento eficaz en situaciones que así lo requieran.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Es por ello la importancia de la tarea del psicólogo como especialista en estudio, control y predicción de la conducta, el cooperar elaborando programas preventivos y de tratamiento con grupos de apoyo para las personas que ya son seropositivas, coadyuvando desde la perspectiva psicológica al campo de la salud, informando sobre la trascendencia de la problemática del Virus de Inmunodeficiencia Humana, orientando sobre conductas responsables o de bajo riesgo y ayudando a seguir de manera correcta las medidas pertinentes para el mantenimiento de la salud.

Si bien el uso del preservativo se ve sujeto a las creencias particulares de cada persona, hasta el momento no existe una manera de prevenir las enfermedades de transmisión sexual como no sea el uso del preservativo o la abstinencia, acompañados de información necesaria, aunque queda claro que el poseer conocimientos no es garantía de la ejecución de estos de manera oportuna.

Acerea de los estudios mencionados, hay que hacer notar que estos se enfocan a conocimientos acerca de VIH /SIDA, practicas sexuales, uso del condón o actitudes hacia su uso. Estas mismas variables han sido estudiadas con relación a otras variables como estatus de empleo, nivel socioeconómico o diagnóstico clínico de seroconversion por mencionar algunos, sin embargo pocos estudios contemplan la evaluación de la conducta sexual de manera completa como el estudio realizado por Robles (1999) donde se aplica un instrumento que contempla variables del comportamiento tales como uso del condón, frecuencia de uso, tipos de pareja, situaciones de uso del condón historia sexual, debut sexual etc., permitiendo dar un panorama completo de las distintas situaciones y factores que se conjugan en la intrincada red de variables que involucra la conducta sexual, es por ello que se usa parte de dicho instrumento para el presente estudio comparativo, así mismo, no existen muchos antecedentes experimentales del estudio de la conducta sexual desde la perspectiva Interconductual, la cual podría ser utilizada para el estudio de variables vinculadas a las interacciones conductuales que podrían afectar los estados biológicos, tales variables podrían ser las situaciones, eventos, personas o conductas preventivas o de riesgo por mencionar algunas, todo ello encaminado a la prevención, contemplando siempre que es el comportamiento objetivo el que se despliega frente a situaciones con contingencias delimitadas que influyen en la biología humana.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### III. EL VIH/SIDA Y LA CONDUCTA DE RIESGO

De acuerdo con lo descrito en el capítulo anterior, donde se señala la importancia de usar el condón para prevenir el contagio del VIH/SIDA, resulta pertinente mencionar, de acuerdo con algunos autores, los niveles de riesgo que tendrían distintas prácticas sexuales, y con base en esto, analizar los estudios en los que se han evaluado prácticas de riesgo en poblaciones que aún no están contagiadas del VIH y en aquellas en donde la infección ya está presente (seropositivos).

#### 3.1 PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO

Siendo la conducta sexual humana el tema central, autores como Ribes (1990) señalan que la salud es en parte consecuencia del comportamiento individual, junto a las condiciones ambientales y biológicas particulares; es por lo ello, que distintos estudios teóricos y experimentales se han abocado a la evaluación de prácticas sexuales, actitudes, conocimientos y su relación con la transmisión de infecciones sexuales.

Richardson (1990) y Miller (1990) señalan distintas prácticas sexuales que son enumeradas y clasificadas según el tipo de riesgo de transmisión del VIH; este riesgo es clasificado como: 1) *sexo seguro*: el cual implica actividades que impiden la transmisión de infecciones sexuales de una persona a otra (p.ej. caricias, besos, masajes); 2) *riesgo medio*: se ubican las prácticas que facilitan la transmisión de infecciones sexuales, pero que están acompañadas del uso del condón, y 3) *riesgo alto*: donde están implicadas actividades en las cuales puede haber intercambio de fluidos corporales sin el uso del condón, y por lo tanto, puede ocurrir la transmisión de infecciones sexuales tales como el VIH /SIDA. A continuación se muestra un listado de prácticas sexuales que, de acuerdo con estos autores, se ubican en los distintos niveles de riesgo.

- *Sexo seguro*: Masajes, Abrazos, Besos, Mano, dedo o ambos para contacto genital si no existen cortes o úlceras en la piel, Frotamiento cuerpo con cuerpo, Juguetes sexuales a condición de que no sean compartidos, Besos corporales, Masturbación mutua,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Compartir fantasías sexuales. Cualquier actividad sexual que no implique intercambio de fluidos corporales.

- *Riesgo medio:* Sexo oral de varón a mujer con una barrera de caucho. Coito vaginal con condón. Coito anal con condón. Sexo oral de mujer a hombre con condón.
- *Riesgo alto:* Coito vaginal sin condón. Coito anal sin condón. Semen, orina o heces en boca o vagina. Puñeteo (Mano en recto o vagina), Compartir juguetes sexuales, Borneo (Contacto bucoanal), Sexo oral de mujer a varón sin protección. Cualquier tipo de contacto de sangre (incluyendo la menstrual).

Como se puede observar en el listado anterior, las prácticas de sexo oral, vaginal, coito anal y sexo oral de mujer a varón, son prácticas que se encuentran citadas tanto en la clasificación de riesgo medio como en riesgo alto, sin embargo, el factor que las distingue o separa es el uso del condón, y aunque el riesgo esté presente la posibilidad de contagio es menor.

Aunque existen algunos estudios que identifican grupos en riesgo de contraer el VIH, como los estudios de Gattell (1990) y De Vita (1986) —quienes señalan que los grupos de homosexuales y prostitutas son más proclives a infectarse de VIH/SIDA debido al consumo de drogas vía intravenosa o por sexo sin protección—, Valenzuela (2001) afirma que el VIH/SIDA no es un mal propio o limitado a un grupo de personas, ya que las prácticas sexuales de cada individuo y la manera en que las lleva a cabo, es el factor que pone en riesgo de transmisión de infecciones sexuales. Por lo tanto, esto indica, que el contraer VIH no tiene relación alguna con la preferencia sexual, sino con el tipo de prácticas sexuales y la manera de realizarlas.

Lo anterior lleva a una importante premisa que indica que no existen personas o grupos de riesgo, sino prácticas de riesgo; por esto, según González (1998) el estudio y la evaluación de las prácticas sexuales es de interés en las distintas poblaciones, tanto infectadas del virus, como vulnerables a este.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.2 Estudios En Distintas Poblaciones (*prácticas y uso de protección en Universitarios y Seropositivos*)

Las prácticas sexuales han sido estudiadas en relación con múltiples variables, tales como frecuencia, uso del condón o tipo de prácticas. En este apartado se muestran investigaciones que resaltan la importancia de realizar estudios en poblaciones de estudiantes, para mostrar el papel trascendente de la prevención del VIH, así como en poblaciones de seropositivos, las cuales son estudiadas para la obtención de datos que lleven a conocer los factores que se ven involucrados en la transmisión del virus.

En poblaciones heterosexuales, homosexuales y adictos intravenosos, Skrondal, Skild y Thorbaldsen (2000) evaluaron prácticas sexuales (no especifican cuáles) relacionadas con grupo de elección sexual al que pertenecían (homosexual, heterosexual, lesbianas, etc.) e historial del uso de condón antes y después del diagnóstico de VIH analizando resultados que mostraron un aumento en la frecuencia del uso del condón después del diagnóstico de seroconversión debido a que no deseaban transmitir el virus a sus parejas, así mismo se llegó a la conclusión de que las personas homosexuales reportaron no usar condón en sus relaciones sexuales con parejas eventuales y estables, lo cual transmitió el virus de sus parejas eventuales a las parejas estables.

Un estudio semejante es el de Denning, Nakashima y Wortley. (1999), el cual se aboca a la evaluación de prácticas sexuales sin protección (no especifican cuáles), es decir, sin el uso del condón, en personas seropositivas jóvenes, adolescentes bisexuales, homosexuales y heterosexuales los cuales reportan una baja frecuencia del uso del condón en sus relaciones sexuales antes de serles diagnosticado el VIH, comportamiento que cambió al enterarse de su diagnóstico aumentando la frecuencia respecto al uso de protección en relaciones sexuales posteriores para evitar la reinfección. Así mismo se identificaron factores que aumentan la posibilidad de incurrir en prácticas de riesgo, como el consumo de crack o el desconocimiento del estado de salud de la pareja.

De la misma manera se realizó el estudio de Alfonso, Hurtado, Espacio y Santos, (1999), en el cual se evaluaron prácticas sexuales (no especifican cuáles) y uso del condón acompañados del consumo de drogas en personas seropositivas divididas por género, de los

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

cuales el 66% eran hombres con diagnóstico de VIH positivo y el 33% mujeres, resaltando que los porcentajes más altos de infección se localizaron en hombres cuyo historial de uso de condón era poco frecuente en sus prácticas sexuales y en individuos (hombres y mujeres) que aceptaban el abuso de distintas drogas o alcohol. Este mismo factor se muestra como un facilitador para la ocurrencia de conductas de riesgo en el estudio de Zanetta, Massad, Burattini y Buchalla. (1996), donde se analizó la relación entre el consumo de drogas ilícitas y el uso de protección en las prácticas sexuales (no especifican cuáles) de 399 estudiantes universitarios de Brasil, con resultados que indican, que el 61% del total de la muestra eran sexualmente activos y más del 50% de la muestra total consume alguna droga o alcohol al tener relaciones sexuales, solo 14 % de la muestra total usa preservativo en todos sus encuentros sexuales, aunado a que sólo el 28% de toda la muestra afirma usar condón en sus relaciones sexuales con parejas eventuales.

Datos semejantes muestra el estudio de Cerwonka, Isbell, y Hansen. (2000), en el cual se evaluó consumo de sustancias junto al uso de protección en las prácticas sexuales (no especifican cuáles), sólo que en este caso se sumaron algunas variables sobre datos demográficos, mismos que muestran que el consumo de determinadas sustancias como alcohol o marihuana eran más comunes entre algunas clases sociales (media y baja) y distintos grupos de edad (17 y 25 años), dejando en claro que el consumo de estas sustancias es un factor que puede impedir el tener prácticas sexuales seguras en las clases sociales media y baja propiciando la transmisión de ETS.

En la investigación realizada por Blake, Ledski, Lehman, Goodenow, Sawyer y Haack. (2001) con una muestra de estudiantes universitarios, se señala al alcohol y otras drogas como factores que facilitan la ocurrencia de prácticas sexuales de riesgo, intentos de suicidio y depresión. Blake. (op. cit) analizaron el consumo de sustancias en estudiantes universitarios aunadas a otras variables como la orientación sexual e intentos suicidas durante el último año, reportando una correlación entre el consumo de sustancias, las prácticas sexuales sin protección e intentos suicidas, aunque cabe aclarar que otros factores también facilitan las prácticas sexuales de riesgo, tales como el número de parejas sexuales, como en el caso de los reportes realizados por Faryna y Morales, (2000); Grulich, (2000) y Myers, Allman, Calzavara, Morrison, Marchand y Major (1999,) los cuales evaluaron en personas con distinta orientación sexual, las variables acerca de: tipo de prácticas sexuales

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

(no especifican cuáles), uso del condón, y orientación sexual, aunadas al tipo y número de parejas a lo largo de la vida, con hallazgos que indican una relación estrecha entre el número de parejas sexuales y la incidencia de prácticas riesgosas, tanto en las personas heterosexuales como homosexuales, siendo estos últimos, más diversos en sus practicas y numero de parejas; y al igual que en los estudios de Grulich (op. cit) y Faryna y cols. (op. cit.), encontraron una correspondencia entre la edad temprana de las relaciones sexuales (debut sexual a temprana edad.) y un número elevado de parejas sexuales (Myers y cols., op. cit.).

Queda claro que el VIH/SIDA se transmite a través de dos comportamientos citados antes en el presente trabajo, la penetración sexual vía vaginal, anal y posiblemente oral, entre una persona infectada y una no infectada, así como el uso de material de inyección usado por una persona portadora del virus. De aquí se desprende que si la expansión del VIH se debe esencialmente a estos comportamientos, debemos darnos a la tarea de cambiar tales comportamientos por otros que disminuyan o dificulten la transmisión del VIH.

Bayés (1992) menciona que hay que adoptar nuevas pautas de comportamiento preventivo, también señala que el problema de abandonar comportamientos de riesgo no es meramente un problema de información, ya que como lo indican Magaña, Batista y Pinto (1992 en Morales 1997), la información por sí sola no ejerce un cambio o influencia sobre los hábitos o conducta de las personas, es por ello que Bayés (op.cit.) describe una serie de premisas que explican el porqué los individuos no cambian su comportamiento:

1. Los comportamientos de riesgo van seguidos de forma segura o casi segura e inmediata de una consecuencia placentera e intrínseca, a menudo de corta duración.
- 2.- Las consecuencias nocivas que pueden derivarse de los comportamientos de riesgo son sólo probables y siempre a largo plazo.
- 3.- No existe cadena de hechos sensibles, como por ejemplo una sintomatología creciente en número, intensidad o duración que vincule la práctica de comportamiento de riesgo con el momento de aparición del dolor o primeros signos de la enfermedad letal.
- 4.- Desde el punto de vista intrínseco, los comportamientos de prevención van seguidos de forma segura o casi segura e inmediata por una evitación, aplazamiento o atenuación de la consecuencia placentera.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 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 que vincule la práctica de comportamientos preventivos pasados con el buen estado de salud actual." (pág. 41).

Es por lo anterior, que al no existir una serie de elementos que relacionen directamente la conducta con el estado de salud, las personas no cambian su comportamiento de manera inmediata, aún con la información necesaria, ya que las personas son más tendientes a la elección de reforzadores inmediatos y con posibles consecuencias desfavorables a largo plazo, que la evitación de prácticas de riesgo con posibles consecuencias positivas a largo plazo.

### 3.3 Conclusiones

De los apartados anteriores, cabe subrayar que la conducta es un determinante para la psicología en el campo de la salud y que aunque existen factores ambientales y sociales que también pueden menguar nuestro estado físico, el factor que influye directamente sobre las posibilidades de infecciones de transmisión sexual es la conducta, la cual se traduce en distintas acciones y/o prácticas que ponen en riesgo nuestra salud al exponer a nuestro organismo directamente con agentes patógenos como el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el cual tiene facilitada su entrada al organismo mediante el contacto sexual humano. Es por esto que al hablar de este contacto sexual, se deben poner en marcha ciertas medidas, íntimamente relacionadas a nuestro comportamiento, como el uso de protección en cualquier encuentro sexual con intercambio de fluidos corporales.

A pesar de ello se mantienen etiquetas, acerca de un "tipo" de personas cuyos gustos o preferencias sexuales no corresponden a los de la mayoría, ya sean homosexuales, lesbianas o bisexuales, marcándolos como proclives hacia determinadas enfermedades o patologías físicas, como en el caso del virus del SIDA, sin considerar que este es un padecimiento que tiene una relación directa con la conducta sexual y no con la preferencia o atracción sexual, sea cual sea ésta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De aquí que la investigación en el campo de la salud, específicamente en el caso del VIH/SIDA es realizada en todo tipo de poblaciones, las cuales nos indicarán con los resultados obtenidos, las precauciones y acciones a seguir en un futuro.

Por otro lado, los cambios en el comportamiento que se esperaban a raíz del nuevo conocimiento, han ocurrido a muy lento paso y la diseminación de la información no inducirá a quienes estén sexualmente activos a renunciar al sexo ni motivará a quienes usan drogas a dejar de usarlas, y considerando que el comportamiento sexual es biológico y condicionado socialmente, este parece ser resistente al cambio, además los grupos que necesitan instrucción sobre su conducta sexual por lo general son grupos étnicos minoritarios y el proceso educativo de cambio conductual se complica por las variadas actitudes y sistemas de creencias hacia la homosexualidad, prostitución, uso de drogas y ciertas prácticas sexuales, mismas que no son especificadas en la mayoría de los estudios ya realizados, es por ello, que las investigaciones que se lleven a cabo en un futuro deben exponer de manera específica los factores de riesgo que se ven involucrados de manera directa con la conducta, tales como personas, objetos, eventos así como la conducta (formas de comportamiento descrito de manera específica).

A lo largo del presente trabajo se ha venido hablando de la importancia de la prevención en poblaciones vulnerables al Virus de Inmunodeficiencia, así como de los factores de riesgo a los que se ven expuestos las personas a las que se les ha diagnosticado VIH/SIDA. Partiendo de lo anterior, se pretende saber si, ¿las prácticas sexuales conducta específicas y frecuencia en el uso del condón, varían entre las poblaciones de estudiantes Universitarios y personas con diagnóstico de seroconversión?.

De esta forma el objetivo de este estudio es identificar las prácticas sexuales que llevan a cabo los estudiantes Universitarios y los Seropositivos, así como la frecuencia, tipo de parejas y situaciones en las que usan protección.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Objetivo general: Determinar las diferencias entre universitarios y seropositivos en el comportamiento sexual de riesgo.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

1. Identificar cuáles son las prácticas sexuales más comunes en Universitarios y Seropositivos.
2. Evaluar las prácticas sexuales en las que se utiliza el condón en Universitarios y Seropositivos.
3. Evaluar el tipo de pareja con la que usan el condón tanto Universitarios como Seropositivos.
4. Determinar las razones más frecuentes por las que sí usan o no usan el condón los Universitarios y Seropositivos.
5. Determinar las diferencias entre Universitarios y seropositivos en la iniciativa para usar condón.

## **MÉTODO**

**SUJETOS:** El estudio se llevo a cabo con 172 hombres de los cuales 86 fueron estudiantes y 86 seropositivos. Los estudiantes estaban cursando el 2do y 8vo semestres de las carreras de Enfermería, Administración, Odontología, Arquitectura, Psicología y Derecho. la edad promedio de los estudiantes fue de 23 años y de los Seropositivos contactados mediante organizaciones no gubernamentales ( ONGs) las edades fluctuaron entre los rangos de 15 y 63 años de edad; El único criterio de inclusión para el presente reporte consistió en que los sujetos fueran sexualmente activos.

**SELECCIÓN DE LA MUESTRA :** Los estudiantes universitarios se eligieron de un estudio previo (Robles, 1999) del cual se deriva la presente investigación. Se eligieron al azar 86 hombres sexualmente activos, de una base de datos que constaba de 1117 estudiantes. De un estudio previo (Moreno y Robles 2001) en donde se trabajo con 101 personas seropositivas, se seleccionaron únicamente a los hombres resultando una muestra de 86 seropositivos.

**ESCENARIO:** El instrumento de evaluación fue aplicado en las instalaciones de la Universidad Nacional Autónoma de México en los campus Ciudad Universitaria e Iztacala así como en distintas instituciones no gubernamentales de atención a personas con VIH. El

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

análisis de los datos se llevo a cabo en un cubículo perteneciente a la Facultad de Psicología del campus Iztacala con medidas aproximadas de 3 por 5 metros e iluminación suficiente.

**RECURSOS MATERIALES:** Se utilizó una computadora Compaq Pentium III de procesador Intel y una impresora láser. Los datos fueron procesados mediante el programa de cómputo "Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales" SPSS versión 8.0.

**DISEÑO:** Este es un estudio de tipo Observacional, comparativo, transversal Kerlinger (1982) el propósito de estos diseños es "describir situaciones o eventos especificando propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, donde no necesariamente se manipulan variables"(pag.214 - 241). En este caso se observan y evidencian las características de un elemento determinado y sus relaciones con otros elementos que son: las prácticas sexuales, el uso del condón y su relación con el diagnóstico de seropositividad.

**VARIABLES:**

*Variables:* Como variable dependiente se considero el comportamiento sexual de riesgo, definido por las siguientes practicas sexuales:

1. Relaciones homosexuales.
2. Sexo en grupo.
3. Relaciones ocasionales teniendo una pareja estable.
4. Relaciones anales activas.
5. Relaciones anales pasivas.
6. Relaciones orales activas.
7. Relaciones orales pasivas.
8. Uso de instrumentos de estimulación sexual.

En cada práctica se evaluaron los siguientes aspectos, llamados parámetros de riesgo:

1. Uso del condón.
2. Frecuencia del uso del condón.
3. Parejas con las que se usa y no se usa condón.
4. Situaciones en las que se usa y no se usa condón.
5. Quien toma la iniciativa para usar condón.
6. Tipo de pareja con la que se lleva a cabo cada practica.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:** Para evaluar las prácticas sexuales y el uso del condón, se utilizó un instrumento desarrollado por Robles (1999) en el que se evalúan 9 prácticas sexuales de riesgo y 6 de prevención de infecciones de transmisión sexual. En este estudio se reportan los datos correspondientes únicamente a las 9 prácticas de riesgo y lo referente a los parámetros de riesgo para cada una de ellas.

**PROCEDIMIENTO:** Como se señaló anteriormente, los datos de los cuestionarios aplicados tanto a Universitarios como a Seropositivos, se capturaron por separado en una base de datos elaborada con el programa SPSS. De aquella correspondiente a universitarios se seleccionaron únicamente a los de sexo masculino cuya vida sexual fuera activa. Para determinar el grupo de seropositivos se realizó lo siguiente: de una muestra de 101 pacientes seropositivos conformada por 13 mujeres y 87 hombres, se seleccionaron únicamente a los varones, resultando así un grupo de 87 seropositivos con una vida sexual iniciada; de estos últimos se eliminó a uno, ya que, no respondió la mayoría de los reactivos del cuestionario. De esta manera se hicieron equivalentes ambos grupos en términos del número de integrantes (86 en cada grupo) y del género (sólo varones). Posteriormente se cuantificaron las respuestas de los dos grupos correspondientes a las preguntas del cuestionario relacionadas al tipo de prácticas sexuales y uso del condón.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

Dado que el propósito general del presente estudio está orientado a obtener información respecto al comportamiento sexual de riesgo de estudiantes universitarios y de seropositivos, los datos se expondrán comparando ambos grupos de sujetos considerando los distintos parámetros de riesgo evaluados para cada práctica sexual. En primera instancia se describirán los resultados relativos a la edad de inicio o debut sexual; posteriormente, se presenta información sobre la diversidad de prácticas que cada grupo reportó llevar a cabo; y finalmente, se describen los parámetros de riesgo que se evaluaron en cada una de las 9 prácticas sexuales.

### a) Edad del debut sexual

Con relación a la edad de inicio de las relaciones sexuales, los datos indican que los seropositivos inician su vida sexual a corta edad, ya que 36 de ellos (42%) responden haber iniciado su vida sexual a los 15 años o antes, mientras que en esa etapa de su vida sólo 22 universitarios (26 %) lo hicieron así. Entre los 16 y los 18 años es mayor la cifra en universitarios, ya que 46 de ellos (54%) dice haber iniciado su vida sexual en este periodo y por parte de los seropositivos sólo 28 de ellos, es decir un 32%; entre los 19 y los 22 años 17 universitarios iniciaron sus relaciones sexuales (20 %) y 10 de los seropositivos (11%) respondieron haberlas iniciado en este rango de edad (Ver Tabla 1).

Aunque el porcentaje de sujetos que iniciaron sus relaciones sexuales a edades más tempranas (antes o hasta los 15 años) fue mayor en el grupo de seropositivos que en el de universitarios, también se observó que 9 (14 %) seropositivos tuvieron su debut sexual entre los 23 y 27 años o después (Ver Figura 1), al aplicar la prueba "chi" Cuadrada se comprobaron diferencias significativas con relación a la edad de inicio,  $\chi^2$  (gl. 4) = 21.657 p < .05, encontrando que los Seropositivos inician su vida sexual a edades más tempranas.

### b) Diversidad de prácticas sexuales

Como previamente se señaló, las prácticas sexuales de riesgo hacen referencia a aquellos comportamientos que facilitan el intercambio de fluidos entre una persona infectada de VIH y otra sana; los comportamientos sexuales donde este intercambio de fluidos es más

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

probable que ocurra son: relaciones anales activas y pasivas, relaciones orales activas y pasivas así como relaciones homosexuales. El análisis de cada una de estas prácticas será descrito en términos del porcentajes de Universitarios y Seropositivos que reportaron tenerlas para observar en cuál de estos grupos existe una mayor o menor ocurrencia de prácticas de riesgo. En la Figura 2 se puede apreciar que las prácticas sexuales que más reportan los seropositivos son relaciones homosexuales, relaciones anales activas y pasivas y relaciones orales activas; las que menos reportan tener son relaciones ocasionales, sexo en grupo y uso de instrumentos de estimulación sexual.

El grupo de universitarios muestra comportamientos cuyos porcentajes son más bajos que los del grupo de Seropositivos en todas las prácticas.

Aquellas en las que se observó el mayor porcentaje de estudiantes fueron las relaciones orales pasivas y activas, mientras que el resto de las prácticas se mantuvo por debajo del 32%. En el grupo de seropositivos las prácticas donde hay un porcentaje más alto de sujetos que las realizan son relaciones homosexuales, relaciones orales activas, anales pasivas y activas. Al comparar ambos grupos se observaron diferencias significativas en todas las prácticas excepto en relaciones ocasionales y uso de instrumentos (Ver Tabla 2)

Para saber si los grupos de la muestra se encuentran en riesgo, es necesario, desde nuestro punto de vista, describir los parámetros de riesgo asociados al uso del condón en cada una de estas prácticas sexuales, es decir, el uso y no uso de protección en cada práctica, con quién lo usan y en qué situaciones. En la Figura 3 se muestran los datos relativos al no uso de protección en cada práctica sexual. Se observa el porcentaje de sujetos que reportaron no usar protección: relaciones orales activas, con un 95.7% (45 sujetos) de los universitarios y un 91.5% en seropositivos (65 sujetos), relaciones orales pasivas con un 90.6% (48 sujetos) en universitarios y un 86.7% en seropositivos (26 sujetos); mientras que las cifras más bajas ocurrieron en relaciones anales pasivas en el caso de los seropositivos y relaciones ocasionales en universitarios con un 28% de sujetos (7). En este parámetro del uso del condón no se observaron diferencias significativas entre los 2 grupos en cada práctica sexual, excepto en relaciones ocasionales donde  $\chi^2$  (gl. 1) = 7.603  $p < .05$  (Ver Tabla 3).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## e) Parámetros de riesgo

**CONSISTENCIA DEL USO DEL CONDÓN**

Aunque se hace mención al uso del condón como una medida efectiva para evitar I.T.S. esta medida sólo es efectiva cuando su uso es correcto y consistente (todas las veces), es por ello que en este apartado se describirán los resultados de la muestra respecto a la inconsistencia del uso del condón por cada práctica. Estos resultados se obtuvieron de las cuatro posibles respuestas a la pregunta: "Con que frecuencia usas condón en esta práctica sexual", teniendo como respuestas: Siempre que tengo relaciones sexuales. La mayoría de las veces. La mitad de las veces y Casi nunca. Para obtener los porcentajes acerca de la consistencia en el uso de protección únicamente se tomó en cuenta la respuesta que indicaba siempre, el resto de las opciones se consideraron inconsistencia en el uso del condón (la mayoría de las veces, la mitad de las veces y casi nunca). Veamos un ejemplo:

- Total de universitarios que reportaron sexo en grupo: 3 = 100%
- Total de universitarios que siempre usan condón en esta práctica 1 = 33.3%
- Total de universitarios cuyo uso de protección no es siempre (inconsistente) 2 = 66.7%.

Como se puede observar, el resultado 66.7% se deriva del total de sujetos que responden a una práctica específica, que en este caso es sexo en grupo (Ver Figura 4).

En la Tabla 4 se muestran los datos relativos a este parámetro en los 2 grupos de sujetos evaluados. Para el caso de los Universitarios se observan altos porcentajes de inconsistencia en el uso de protección en las relaciones orales activas con un 100% (3 sujetos) y pasivas 80% (4 sujetos), seguidas por las relaciones de sexo en grupo con un 66.7% (2 sujetos), siendo estas tres prácticas donde los porcentajes rebasan a los de Seropositivos, mismos que reportan inconsistencia del uso de protección en las prácticas homosexuales y relaciones orales pasivas, con un 85.7% (24 sujetos) y 75% (3 sujetos), respectivamente. Los resultados más bajos para cada grupo, (donde el uso del condón fue consistente), fueron: sexo en grupo en los seropositivos con un 72.7% (8 sujetos) y por parte de los universitarios, relaciones ocasionales con un 57.9% (11 sujetos) únicamente se obtuvieron diferencias significativas en las prácticas homosexuales  $\chi^2$  (gl. 4) = 10.667  $p < .05$  y grupales  $\chi^2$  (gl. 3) = 8.721  $p < .05$ .

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

#### 1.1.1.1.1 USO DEL CONDÓN CON PAREJAS RIESGOSAS

Para el uso de protección con parejas de riesgo los datos se presentan en la Figura 5. El procedimiento seguido para agrupar las opciones del cuestionario fue: solo con mi pareja estable, considerada como de no riesgo y sólo se tomaron en cuenta las opciones de riesgo (parejas eventuales, amistades, desconocidos, prostitutas y otros.). En este rubro se encontró que los Universitarios usan protección con todas las parejas de riesgo en las relaciones homosexuales, mientras que en esta misma práctica sólo el 64.3% (18 sujetos), de los Seropositivos usan preservativo con parejas de riesgo 42.9% (12 sujetos) con parejas eventuales, 3.6% (1 sujeto) con amistades, 7.1% (2 sujetos) con desconocidos y 10.7% (3 sujetos) con otros. Para las prácticas sexo en grupo y relaciones ocasionales ambos grupos (Universitarios y Seropositivos) usan el preservativo con parejas riesgosas en porcentajes de 100: para las relaciones anales pasivas el porcentaje de uso de protección por parte de los Universitarios fue de 75% esto es: 25% (1 sujeto) con parejas eventuales y 50% (2 sujetos) con amistades, mientras que los Seropositivos presentan uso del preservativo en un 50%: 18.4% (7 sujetos) con parejas eventuales, 13.2% (5 sujetos) con amistades, 15.8% (6 sujetos) con personas desconocidas y 5.3% (2 sujetos) con otros.

Las relaciones anales activas presentan en ambos grupos un uso de protección de 71.4%, sólo que para los Universitarios, esto representa 5 sujetos y para los Seropositivos 15; en los Universitarios el porcentaje se distribuye así: 14.3% (1 sujeto) usan protección con parejas eventuales, el 42.9% (3 sujetos) con amistades y 14.3% (1 sujeto) con desconocidos; para los Seropositivos el uso de protección fue de 23.8% (5 sujetos) con parejas eventuales, 14.3% (3 sujetos) con amistades, 14.3% (3 sujetos) con desconocidos y 19.2% (4 sujetos) con otros. Las relaciones orales activas presentan uso de protección por parte de los Universitarios de un 100% (2 sujetos) en los rubros de desconocidos (1 sujeto) y otros (1 sujeto); y por el lado de los Seropositivos en esta misma práctica se encontró un 66.7% (4 sujetos) en los rubros de parejas eventuales con 50% (3 sujetos) y amistades 16.7% (1 sujeto). En cuanto a las relaciones orales pasivas, el uso de protección con pareja de riesgo por parte de los Universitarios fue de 50% (3 sujetos), con 16.7% (1 sujeto) con prostitutas, 16.7% (1 sujeto) con amistades y 16.7% (1 sujeto) con otros; para los Seropositivos el uso de protección fue de 75% (3 sujetos) del cual se derivan los siguientes porcentajes: 25% (1 sujeto) con desconocidos y 50% (2 sujetos) con otros. Finalmente el

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

uso de protección en la práctica uso de instrumentos sexuales, arrojó un resultado de 100% (1 sujeto) para los Universitarios en el rubro de amistades y 0% para los Seropositivos. Al aplicar la prueba "chi cuadrada" no se detectaron diferencias significativas en ninguna práctica evaluada en este parámetro de riesgo (Ver tabla 6).

#### SITUACIONES DE RIESGO EN LAS QUE NO EXISTE USO DE PROTECCIÓN

En cuanto a las situaciones de riesgo en las que no se utilizó protección, la categorización de no riesgo fue la siguiente: Cuando no existe riesgo de una enfermedad sexual. Cuando conozco la historia sexual de mi pareja y Otros, mientras que las opciones consideradas como de riesgo (mismas que fueron de nuestro interés en este parámetro) fueron: Cuando no hay probabilidad de embarazo y Sólo cuando me piden que no lo utilice.

En la Figura 6 y Tabla 7 se puede observar que los Universitarios presentan porcentajes muy bajos respecto al no uso de protección en situaciones riesgosas, con porcentajes de 0% en las prácticas homosexuales, relaciones anales pasivas y relaciones anales activas, las prácticas de más alta incidencia de sujetos fueron las relaciones orales activas con 9.8% (4 sujetos) y orales pasivas con 15.2% (7 sujetos); respecto al grupo de Seropositivos los porcentajes más altos de no uso de protección en situaciones riesgosas, se localizaron en las prácticas: relaciones orales pasivas 29.2% (7 sujetos), sexo en grupo 18.6% (5 sujetos) y uso de instrumentos 50% (3 sujetos).

Al aplicar la prueba "chi cuadrada" se detectaron diferencias significativas en las prácticas: relaciones ocasionales  $\chi^2$  (gl. 4) = 19.284  $p < .05$ , anales activas  $\chi^2$  (gl. 3) = 20.22  $p < .05$ , orales activas  $\chi^2$  (gl. 3) = 27.01  $p < .05$ , orales pasivas  $\chi^2$  (gl. 3) = 24.22  $p < .05$  y uso de instrumentos  $\chi^2$  (gl. 2) = 7.9  $p < .05$ . (ver tabla 7)

#### 1.1.1.1.2 RAZONES DE RIESGO EN LAS QUE SE USA PROTECCIÓN

En este parámetro, la categorización de riesgo fue la siguiente: Cuando hay probabilidad de embarazo y Sólo cuando me piden que lo utilice (mismas que aquí fueron consideradas).

En las que prácticas referentes a sexo en grupo, relaciones anales pasivas y relaciones anales activas, los Universitarios usan protección en porcentajes de 100%, le siguen las relaciones homosexuales con un 75% (3 sujetos). Por parte de los Seropositivos los

porcentajes más altos en el uso de protección en situaciones de riesgo fueron 100% (1 sujeto), en el uso de instrumentos y 93.3 % (24 sujetos) en las relaciones homosexuales, seguidas de las relaciones orales activas 85.8% (6 sujetos) y las relaciones ocasionales 84.6% (11 sujetos), al aplicar la prueba "chi cuadrada" no se encontraron diferencias significativas en ninguna práctica entre ambos grupos . (Ver Tabla 8).

#### NO USO DE PROTECCIÓN CON PAREJAS RIESGOSAS

Se llevó a cabo un análisis relacionado con las prácticas sexuales y tipo de pareja con la que no se usaba protección (Ver Figura 8). Las opciones graficadas fueron la parejas de riesgo: parejas eventuales, amistades, desconocidos y otros. La opción de no riesgo fue: pareja estable.

Los hallazgos en este parámetro indican que tanto los Universitarios como los Seropositivos reportan no usar protección con parejas de riesgo en las prácticas de sexo en grupo y relaciones ocasionales, esto lo indica el 100% en ambas prácticas en los dos grupos, aunado a esto, los Universitarios presentan 100% (1 sujeto) en el uso de instrumentos y los Seropositivos un 95.7%(22 sujetos) en las relaciones orales pasivas.

Por último en la Tabla 9 se puede apreciar que se encontraron significativas entre ambos grupos en las prácticas: sexo en grupo  $\chi^2$  (gl. 3) = 13.580  $p < .05$ ; relaciones anales pasivas  $\chi^2$  (gl. 5) = 13.183  $p < .05$ ; relaciones anales activas  $\chi^2$  (gl. 4) = 9.545  $p = .05$ ; relaciones orales activas  $\chi^2$  (gl. 4) = 29.07  $p < .05$  y relaciones orales pasivas  $\chi^2$  (gl. 5) = 41.292  $p < .05$ .

#### INICIATIVA EN EL USO DE PROTECCIÓN

Como último rubro de evaluación, se presenta a continuación el riesgo por iniciativa en el uso de protección. De acuerdo con este parámetro, se consideraron en riesgo aquellos sujetos de ambos grupos de la muestra que respondieron a la opción del cuestionario que indicaba: Tu pareja, ya que la iniciativa propia (tú) y la iniciativa por parte de los dos miembros de la pareja (ambos) no fueron consideradas como de riesgo.

En la Figura 9 y tabla 10 se puede apreciar que en ambos grupos los porcentajes en la ocurrencia del uso de protección por iniciativa de la pareja son variables, sin embargo es evidente que en el caso de los universitarios todos los porcentajes representan únicamente

un sujeto: mientras que en el grupo conformado por Seropositivos los porcentajes son más bajos, pero representan un número mayor de sujetos, a pesar de esto, la prueba estadística "chi cuadrada" no evidencia ninguna diferencia significativa entre ambos grupos en ninguna práctica sexual.

Además se observaron datos relevantes con respecto al número de parejas que tuvieron los sujetos durante el último mes, ya que el 66.3% de los universitarios indicó haber tenido una sola pareja, 9.3% (8 sujetos) ninguna y el 17.4 % (15 sujetos) no contestó, mientras que por parte del grupo conformado por seropositivos, el 33.7% (32 sujetos) reveló tener una sola pareja, entre 2 y 3 parejas 11.6% (10 sujetos), entre 4 y 5 parejas 5.9% (5 sujetos) y 6 o más parejas el 31.4% (27 sujetos), el restante 12.8% (11 sujetos) no respondió. Es decir, que el grupo de seropositivos reportan tener un mayor número de parejas sexuales que los universitarios (Ver figura 10); así mismo el 66.2% (43 sujetos) de ellos reportó no haber usado condón en su última relación sexual, mientras que sólo el 33.8% (22 sujetos) de los seropositivos respondió del mismo modo (ver Figura 11). Ambos grupos reportan haber adquirido preservativos alguna vez, 79.1% de los universitarios (68 sujetos) y el 76.9% de los seropositivos (66 sujetos)(Ver Figura 12) y en ambas muestras más del 50% de los sujetos dijo conocer otras barreras de protección además del condón (Ver Figura 13), aunado a que en la muestra de universitarios el 80% (68 sujetos) de los estudiantes reportaron que sí conocían cómo evitar las transmisiones de VIH, mientras que por parte de los seropositivos menos del 60% indicó saberlo (Ver Figura 14).

#### Resumen

- En general se puede observar que el grupo de Seropositivos inicia su vida sexual a edad más temprana, ya que el 36 (42%) de ellos reportaron haber iniciado su vida sexual a los 15 años o antes; mientras que en esa etapa de su vida sólo 22 (26 %) estudiantes lo hicieron a esta edad.

Entre los 16 y los 18 años es mayor la cifra en Universitarios debido a que 46 de ellos (54%) indican haber iniciado su vida sexual en este tiempo y por parte de los seropositivos sólo 28 (33 %), entre los 19 y los 22 años, 17 universitarios comienzan su vida sexual (20 %) y por el lado de los seropositivos contestaron 9 (14 %).

- Al comparar el tipo de prácticas se detecta que las más frecuentes entre los universitarios son las relaciones orales pasivas y en seropositivos las relaciones homosexuales, cabe

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

destacar que en los 2 grupos el porcentaje del uso del condón por práctica es bajo, teniendo como máximos el 72% en universitarios en relaciones ocasionales y el 35% en seropositivos en el caso de relaciones homosexuales y relaciones anales pasivas 45%. Los porcentajes mínimos se presentan en relaciones orales activas 4.3% con los universitarios y el 8.5% en las mismas con seropositivos, lo cual muestra que las relaciones orales activas es la práctica con menor porcentaje de uso de condón en las 2 muestras.

- Se puede señalar que es más alto el porcentaje de uso del condón cuando existe, a criterio de los estudiantes, probabilidad de un embarazo que cuando existe el riesgo de una infección sexual, esto tal vez indicaría en este estudio que los universitarios ven el uso del condón como un método de control natal, más que como un preventivo de enfermedades de transmisión sexual.

- Respecto a la "consistencia en el uso del condón", solo se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos únicamente en las relaciones homosexuales y grupales.

- Se puede resaltar que, en mayor medida los Universitarios no usan protección con sus parejas estables, lo cual los coloca en menor riesgo que a los seropositivos, los cuales prefieren no usar protección con parejas de riesgo

- Los hallazgos en el parámetro "no uso de protección con parejas riesgosas", indican que tanto los Universitarios como los Seropositivos reportan no usar protección con parejas de riesgo en las prácticas de sexo en grupo y relaciones ocasionales.

- El 66.3% de los universitarios indicó haber tenido una sola pareja, 9.3% (8 sujetos) ninguna y el 17.4 % (15 sujetos) no contestó, mientras que por parte del grupo conformado por seropositivos, el 33.7% (32 sujetos) reveló tener una sola pareja, entre 2 y 3 parejas 11.6%, (10 sujetos), entre 4 y 5 parejas 5.9% (5 sujetos) y 6 o más parejas el 31.4% (27 sujetos), el restante 12.8% (11 sujetos ) no respondió. Es decir, que el grupo de seropositivos reportan tener un mayor número de parejas sexuales que los universitarios.

- Ambos grupos reportan haber adquirido preservativos alguna vez, 79.1% de los universitarios (68 sujetos) y el 76.9% de los seropositivos (66 sujetos).

- En ambas muestras más del 50% de los sujetos dijo conocer otras barreras de protección además del condón.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para la presente discusión, se realizó un análisis para cada una de las prácticas y parámetros de riesgo valuados, iniciando este análisis con la edad del debut sexual seguido de las prácticas sexuales, uso del preservativo y parámetros de riesgo (parejas sexuales, situaciones de riesgo e iniciativa en el uso de protección) finalizando con conclusiones acerca de la problemática del VIH/SIDA y posibles cursos de acción ante este fenómeno.

En primer lugar, fue posible saber la edad del debut sexual en ambos grupos, encontrando que más del 40% de los Seropositivos inicia su vida sexual a corta edad, es decir, antes o a los 15 años, siendo esto un factor de riesgo, ya que es mencionado en los estudios realizados por Gullett (2000), Wendell (1998), Faryna y Morales (2000), donde se indica que si el inicio de la vida sexual se presenta a corta edad, existe una mayor probabilidad de ITS, debido a la inexperiencia y a la posibilidad de un número mayor de parejas sexuales sin el uso de protección.

Por otro lado, se encontró que los estudiantes Universitarios que conforman esta muestra, más del 50% tuvo su debut sexual entre los 16 y los 18 años de edad; datos semejantes obtuvieron Adih y Alexander (1999) en una muestra de adolescentes de Ghana en África, donde la edad de inicio o debut sexual se encontró entre los rangos de edad de 15 a 17 años, siendo importante para estos autores el poner atención en la población de jóvenes ya que, en esta región del mundo, el 70% de los casos de VIH los constituyen personas entre los 20 a 39 años lo cual significa que el virus les fue transmitido entre los 15 y los 25 años. Sobre el anterior razonamiento, resulta importante destacar el enorme riesgo al que están expuestos los adolescentes y estudiantes ya que, si estos inician su vida sexual a corta edad, sin tomar las medidas pertinentes y sin conocimientos adecuados serán portadores del virus de inmunodeficiencia en su juventud.

Aunque como lo señala Bayés (1992), los conocimientos adecuados no garantizan una ejecución preventiva oportuna, es por ello, que la educación y prevención debe enfocarse a dotar de nuevos repertorios de conducta preventiva informando acerca de cuántos y cuáles son los comportamientos sexuales de riesgo, que en el caso de este estudio llamamos prácticas sexuales de riesgo, donde se encontró, que las más comunes entre los

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Universitarios resultaron ser las prácticas oro-genitales (relaciones orales activas y pasivas), las cuales de acuerdo con Romo (1997) y Mejía (2000), implican riesgo de ITS si es que no se utiliza una barrera, aunque en este caso, el riesgo en los estudiantes es menor comparado con el grupo de Seropositivos, los cuales reportan prácticas de sexo anal y homosexual; tomando en cuenta que en la muestra de Seropositivos más del 90% de los sujetos manifestaron tener relaciones sexuales con personas de su mismo sexo (hombres con hombres), es posible que por esta razón las relaciones anales activas y pasivas sean de alto porcentaje y que por consiguiente estén en mayor riesgo que los Universitarios, datos semejantes se encontraron en los estudios de Hope y McArthur (1998), Kalichman, Nachimson, Cherry y Williams (1998) y Katrin, Kohl y Wendell (1998), donde las relaciones anales tanto activas como pasivas eran frecuentes en las muestras de homosexuales, demostrando que estas son un factor de riesgo para esta población si no se usa protección.

No obstante, actualmente es erróneo el considerar que algunas poblaciones o grupos de homosexuales son grupos de riesgo, ya que si bien la vía de transmisión más común es la sexual, como lo indica ONUSIDA (2001) la conducta sexual, es decir, lo que la gente hace y como lo hace son los factores que ponen en riesgo la salud.

Si bien, existe riesgo según el tipo de práctica en la que se incurra, en el presente reporte se realizó un análisis de distintos parámetros de riesgo en todas las prácticas evaluadas, los parámetros fueron: 1. riesgo por no uso de protección, 2. riesgo por frecuencia de uso de condón, 3. riesgo por parejas, 4. riesgo por situaciones e 5. iniciativa para el uso de condón.

En los parámetros de riesgo correspondientes al no uso de condón e inconsistencia de su uso, se determinó, que tanto en la muestra de Universitarios como de Seropositivos las relaciones orales activas y pasivas presentan altos porcentajes respecto al no uso de protección.

Aunado a lo anterior, en todas las prácticas sexuales de alto riesgo tales como las homosexuales, sexo en grupo, relaciones anales activas y pasivas, es mayor el número de Seropositivos que incurre en ellas sin el uso de protección o lo usa inconsistentemente, encontrándose en mayor riesgo en comparación con el grupo de Universitarios. Estos hallazgos fueron semejantes en el estudio de Myers, Allman, Calzavara, Morrison,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Marchand y Major (1999), los cuales evaluaron a personas con distinta orientación sexual, encontrando una estrecha relación entre orientación sexual, número de parejas sexuales, tipo de prácticas de riesgo, así como el uso del preservativo. Llegando a la conclusión de que los homosexuales y lesbianas que colaboraron en su estudio poseían una mayor diversidad de prácticas, parejas sexuales y un menor índice en el uso de protección en comparación con grupos conformados por heterosexuales, son precisamente estos comportamientos esenciales en la transmisión del virus de inmunodeficiencia, es por ello, que para evitarlo se ha propuesto tomar comportamientos alternos totalmente contrarios, los cuales pueden ser: la castidad, prácticas sin penetración, uso consistente del preservativo o las relaciones sexuales monogamas con una pareja no infectada.

Tomando las parejas sexuales como un factor de riesgo, este rubro fue evaluado en ambas muestras, con un resultado que indicó que para los Universitarios, las Parejas Riesgosas con las que no se usa condón fueron de baja ocurrencia en todas las prácticas evaluadas, quizás porque más del 50% de los Universitarios tienen relaciones con la pareja estable. Resultados diferentes arrojaron los Seropositivos, mismos que posiblemente, al no tener en su mayoría pareja estable, pueden transmitir el virus no sólo a sus parejas estables (si es que las tienen o la tuvieron), sino a otras personas con las cuales pudieran tener relaciones sexuales (Prostitutas, Amigos, desconocidos u otros) y es posible, que estas relaciones con parejas que no son la estable sean ocasionales, mismas donde el porcentaje de no uso de protección es de 100% en nuestra muestra de Seropositivos.

Considerando lo anterior, aunque en este estudio no se evaluó en donde se llevaban a cabo las relaciones ocasionales, es factible suponer que es en las fiestas o reuniones, ya que, existen estudios como los de Zanetta, Massad, Burattini y Buchalla, (1996) y Cerwonka, Isbell, y Hansen, (2000), donde se menciona que es en este tipo de eventos, en donde ocurren las relaciones ocasionales con distintas parejas además, de que en estas existe el consumo de alcohol o drogas, aunque hay que mencionar que este rubro no fue evaluado en el presente estudio y solo es mencionado como un facilitador de tales prácticas. Si bien, a lo largo de este reporte se ha mencionado la diferencia entre usar preservativo y la frecuencia de uso, tenemos que subrayar que también existen distintas situaciones del uso o no uso de este, mencionadas en la presente investigación, como situaciones riesgosas, las cuales indican, un posible riesgo de contagio del VIH o alguna infección de transmisión

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sexual, en este parámetro se llegó a la conclusión de que: es más alta la cifra de uso del condón, cuando existe a criterio de los estudiantes, probabilidad de un embarazo, que cuando existe el riesgo de una infección sexual, esto tal vez indicaría, que los Universitarios en este caso, ven el uso del condón como un método de control natal, más que como un preventivo de enfermedades de transmisión sexual y que desean evitar el embarazo de sus parejas estables.

Estos datos coinciden con el estudio de Castro (2000), realizado en escolares de preparatoria, donde se observó que es común entre los jóvenes, el utilizar protección, no con la finalidad de prevenir ITS, sino para evitar embarazos no deseados. De igual manera, Martínez (1997), mencionan que en su estudio realizado con jóvenes cubanos, con rangos de edad de 15 a 30 años, los sujetos de el rango de edad de entre 20 a 25 años mencionan utilizar protección, aunque no con la finalidad de evitar enfermedades de índole sexual.

Por otro lado, una vez más los Seropositivos muestran comportamientos de alto riesgo, ya que, el uso del preservativo en situaciones de riesgo se observó en porcentajes mínimos en las relaciones anales activas y pasivas, así como homosexuales, además considerando que sólo el 33.8% de estos Seropositivos respondió haber usado condón en su última relación es lógico pensar que su historial en el uso de protección no es consistente en ninguna situación, esto a pesar de que más del 50% de ellos dijo conocer otras barreras de protección, tal vez el uso de protección se ve disminuido debido a que la mayoría de los Seropositivos no tienen una pareja estable o probablemente carecen de habilidades de negociación o iniciativa en el uso de protección ante los amigos, desconocidos u otros, ya que la iniciativa para el uso de protección por parte de la pareja es alto, aunado a esto, más del 48% de ellos dijo tener o haber tenido 3 o más parejas sexuales y un 31.4% respondió tener hasta 6 o más parejas, los cuales se dedican posiblemente a la prostitución. Mahler y Hunter (1999), evaluaron habilidades de comunicación y asertividad, llegando a la conclusión de que la negociación del uso del preservativo en las poblaciones de homosexuales para la realización de algunas prácticas (tales como sexo anal), está ligado a determinadas creencias y habilidades por parte de las personas, para pedir o negociar el uso del condón, encontrando que no existen suficientes habilidades, ya sean verbales (petición oportuna y asertiva) o cognitivas (sentimientos o conocimientos acerca del condón), para solicitar a la pareja el uso del condón, además de que las personas se pueden ver inhibidas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

en la negociación de protección, debido a que las parejas son desconocidos, familiares o amistades.

En resumen, es importante señalar algunas diferencias respecto a las muestras utilizadas en el presente reporte, la primera de ellas es que los Seropositivos reportan en su mayoría, tener sus prácticas sexuales con parejas de riesgo y sin protección; la segunda es que los estudiantes están en riesgo por la baja frecuencia del uso de protección y no por el tipo de parejas con quienes tienen intercambios sexuales, ya que en su mayoría reportan tener pareja estable; a diferencia de los Seropositivos cuyas prácticas son homosexuales y con parejas de riesgo, además sus conocimientos acerca de barreras de protección, eran inferiores a los de los Universitarios, mismos que tienen más iniciativa para el uso del condón por parte de ellos mismos o sus parejas.

El análisis antes descrito, nos permite identificar ciertas acciones a tomar en o a razón de los eventos aquí puntualizados.

- 1) Realizar prevención en todos sus niveles, mientras no se encuentre una cura o vacuna contra el VIH/SIDA.
- 2) Enfocarse hacia la educación oportuna y adecuada a cada población y necesidades, informando acerca de los riesgos de las relaciones sexuales a temprana edad y en su defecto el dotar de el conocimiento sobre el uso correcto y consistente del preservativo.
- 3) Informar de el conocimiento necesario acerca del uso condón, no solo como un instrumento que evita embarazos sino como una medida preventiva de ITS.
- 4) Instruir a todas las poblaciones, de los comportamientos sexuales concretos que ponen en riesgo la salud, así como dotar de comportamientos eficaces que suplanten o aplacen los comportamientos riesgosos.
- 5) Dar a conocer que las ITS como el VIH/SIDA no son propias de un grupo o población.
- 6) Hacer ver a las personas los factores de su comportamiento que los ponen en riesgo, es decir, lo que hace, con quien lo hace y como lo hace.
- 7) Así mismo, es necesario realizar investigación para dar a conocer nuevas maneras de abordar la problemática de la salud no solamente en el campo del VIH/SIDA, sino en cualquier otra área que así lo requiera, es por ello que actualmente se realiza

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

investigación con nuevos modelos teóricos como el propuesto por el Dr. Ribes (1990) donde no solo se conocen o predicen comportamientos, cogniciones, conocimientos y/o actitudes, ya que, en este caso, se pretende investigar acerca de los comportamientos específicos que ponen en riesgo nuestra salud.

- 8) Por último, es necesario que la investigación realizada en un futuro con este u otros modelos contribuya a la realización de proyectos de prevención en los cuales se pueda identificar no solo los comportamientos, sino las circunstancias específicas en las que se realizan tales comportamientos o prácticas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## REFERENCIAS

- Arauzo, S., Blanck, J. G. y Bermúdez, G. (1992). "SIDA: Aportes conductuales para su prevención". Revista Latinoamericana de Psicología, 24 (1 -2), 169 - 176.
- Bayés, R. (1992). "Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA". Revista Latinoamericana de Psicología, 24 (1 - 2), 35 - 56.
- Becoña, E., Vázquez, F., Oblitas, A. L. (1994). "Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud". Psicología Contemporánea, 2 (1), 100 - 111.
- Becoña, E., Vázquez, F., Oblitas, A. L. (1994). "Antecedentes y desarrollo de la Psicología de la Salud". Psicología Contemporánea, 2 (1), 4 - 16.
- Blake, S., Ledeky, R., Lehman, T., Goodenow, C., Sawyer, R. y Hack, T. (2001). "Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian and bisexual adolescent: the benefits of gay - sensitive HIV instruction in schools". American Journal of Public Health, 91, (6) 940 - 946.
- Buela - Casal G., Fernández, R.L., Carasco T. (1997). Psicología preventiva: Avances recientes en técnicos y programas de prevención. España: Psicológica.
- Burattini, M., Zanetta, D. M., Azevedo, R. S., Buchara, C., Strazza, L., Massad, E., Takei, K., y Yamamoto, Y. (2001, septiembre). *Demographic aspects and risky behaviors among university students of Sao Paulo, Brazil*. QV11 (En red). Disponible en: <http://gateway1.ovid.com>
- Cerwonka, ER., Isbell, TR., Hansen, CE. (2001, septiembre) Psychosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults. AJSD Education and Prevention, 12 (2), 141 - 153. (En red). Disponible en: <http://gateway1.ovid.com>
- Clarizio, P., Harvey: McCoy y George. (1998). Trastornos de la conducta en los niños. En: P. Clarizio (Ed.), Prevención de los trastornos conductuales. (557 - 568). México: Manual Moderno.
- Coates, T.J. (1992). "Prevención del SIDA: logros y prioridades". Revista Latinoamericana de Psicología, 24, (1) - 2, 17 - 33.
- Cook, R. L., Steiner, B. D., Smith, A. C., Evans, T., Willis, S. E., Petrusa, E. R., Harvard, D. H., Richards, B. F. (1998). "Are medical students ready to provide HIV - prevention counseling?". Academic Medicine, 73, (3), 342 - 346.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Cunningham I., Pérez - Jiménez, D., Coss - Rodríguez, J., Ortiz - Torres, B., Velásquez - López, J., Franco - Ortiz M. L., Coss - Rodríguez, J., Vazquez - Rivera, C. (2001, septiembre). *Understanding the social contexts of sexuality and gender roles in sexual negotiation for HIV/AIDS risk prevention among Puerto Rican female university students*. OVID (En red). Disponible en: <http://gateway1.ovid.com>
- Daniels, G. (1988). Grupos de riesgo. En: G. Daniels (Ed.), ¿Quiénes pueden contraer el SIDA?. (17 - 19). México: Manual Moderno.
- Davison, G. y Neale, J. (1983). Desordenes Psicofisiológicos. En: G. Davison, (Ed.), Psicología de la conducta anormal: Enfoque clínico experimental. (187 -209). México: Limusa.
- De la Fuente, J.R. (1996). "El SIDA en México y en el mundo, una visión integral". SIDA - ETS 2, (2), 45 - 46.
- De la Osa, J. A. (2001). "CONDÓN". Comunicado de prensa (En red).Disponible en: [www.vidahumana.org/index](http://www.vidahumana.org/index)
- De Vita, V. (1986). "Consideraciones psicosociales en el SIDA". En: V. De Vita, (Ed.), SIDA: Etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. (274 -279). Madrid: Salvat.
- Del Río, C. C., Rico, B. (1996) "Prevención de la transmisión sexual: evaluación y perspectivas". SIDA - ETS 2, (2), 47 - 53.
- Del Río, C. C., Uribe, Z. P. ( 1995) "Prevención de ETS y SIDA mediante el uso del condón", SIDA - ETS, 1, (1), 11 - 19.
- Denning, P. H., Nakashima, A. K., Wortley, P. (1999). *High - risk Sexual behaviors Among HIV - infected Adolescents and Young Adults*. National HIV Prevention Conference. CDC. En prensa.
- Díaz - Loving, R. y Torres, M. B. (1999). "Aplicación de la Teoría de Acción Razonada a la predicción del uso del condón". En: R. Díaz - Loving, y M. Torres (Eds.), Juventud y SIDA: una visión psicosocial. (145 - 159). México: Facultad de Psicología UNAM.
- Faryna, E. y Morales, E. (2000) *Self - Efficacy and HIV - Related Risk Behavior Among Multiethnic Adolescents*. The American Psychological Association, 6, (1), 42 - 56.
- Fernández, B. R. (1994). Evaluación conductual hoy, un enfoque para el cambio en psicología. En: B. Fernández (Ed.), Modelos de evaluación conductual. (60 - 81). Madrid: Pirámide.
- Gatell, A. (1990). Infecciones en varones homosexuales no relacionadas con el VIH. En: A. Gatell (Ed.), Guía practica del SIDA: México: Científicas y técnicas. (38-45). Madrid: Salvat.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Gómez, A. L., Alexey, Q. E., (2001, marzo). La psicología como disciplina y profesión en la promoción de la salud. Boletín Internacional.(En red). Disponible en: [www.abacolombia.org.co/bole/](http://www.abacolombia.org.co/bole/)
- González, P. (1998). "*Personalidad y Comportamientos Sexuales ante la transmisión del VIH – SIDA en adolescentes*". Tesis de licenciatura en psicología no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Girmek, M. D. (1992). Etapas del SIDA. En: M. Girmek (Ed.), *Historia del SIDA*. (137 - 152). España: Siglo XX.
- Gulich, A. (2000). "HIV risk behavior in gay men: on the rise?". British Medical Journal. (En red). Disponible en: [www.bmj.com/gay-vih-risk.htm](http://www.bmj.com/gay-vih-risk.htm)
- Gullette, D., (1999) Condom use among gay and bisexual men: the transtheoretical model of behavioral change explored via the world wide web. National HIV Prevention Conference. En prensa.
- Haignere, S. C., Gold, R., Maskovsky, J., Ambrosini, J., Rogers, C., Gollub, E., (2000). *High – Risk adolescents of female condoms: knowledge, attitudes, and Use Patterns*. Journal of Adolescent Health, 26 (6), 396 – 380.
- Holtzman, H. W., Evans, R. L., Kennedy, S. e Iscoe, I. (1988). Psicología y Salud; Contribuciones de la Psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de Salud. Psicología y Salud 105 (3), 245 – 281.
- Hope, V. D., MacArthur, C. (1998). Safer sex and social class: findings from a study of men using the gay "scene" in the West Midland region of the United Kingdom. AIDS CARE, 10, (1), 81 – 88.
- Kalichman, S. C., Nachimson D., Cherry, C., Williams, E. (1998) AIDS treatment advances and behavioral prevention setbacks: preliminary assessment of reduced perceived threat of HIV-AIDS. Health Psychology, 17, (6), 546 –550.
- Katrin, S., Kohl, D., Wendell, T. y Farley, (1999). Sexual Risk behavior in who have sex with men: Statewide gay bar surveys, Louisiana , 1995 – 1998. National HIV Prevention Conference.
- Kelle, J. A., Kalichman, S. C. (1998). Reinforcement value of unsafe sex as a predictor of condom use and continued HIV/AIDS riskbehavior among gayand bisexual men. Health Psychology, 17 (4), 328 – 335.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Kendal, P. Northon, F. J. (1988). Medicina conductual y Psicología de la Salud. En: P. Kendal (Ed.), Psicología Clínica: Perspectivas científicas y profesionales.(3 – 13). México: Limusa.
- Kerllinger, N. F. (1982). Construcciones hipotéticas, variables y definiciones. En: N. Kerllinger (Ed.), Investigación del comportamiento. (19 – 31). México: Editorial Interamericana.
- Martínez, L. S. (1997). "Capacitación sobre SIDA, un modelo aplicado dentro del área educativa del comité humanitario de esfuerzo compartido contra el SIDA, en la Cd. de Guadalajara". Tesis de licenciatura en psicología no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Matarazzo, J.D. (1994). Conducta y Salud: integración a la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después. Psicología Contemporánea, 2, (1), 16 – 29.
- Mayne, T. J., Chesney M. A., Folkman, S. (1998). *III' sexual risk behavior following berevement in gay men*. Health Psychology, 17, (5), 403 – 411.
- Mejía, A. (2000). "Evaluación Cognitiva, Representación y estrategias de afrontamiento en personas con VIII/ SIDA, una aproximación desde la Psicología de la Salud". Tesis en Licenciatura en psicología no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Morales, C. F. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud*. España: Martínez Roca.
- Myers, T., Llamán, D., Calzavara, L., Morrison, K., Marchand, R., Major, C. (1999). *Gay and bisexual men's sexual partnerships and variations in risk behavior*. Journal of Human Sexuality (Canada), 8, (2), 115 – 125.
- Phares, J. E. (1992). "Psicología de la Salud y Medicina Conductual". En: J. Phares (Ed.), Psicología Clínica, Conceptos, métodos y Práctica. (451-469). México: Manual Moderno.
- Piña L. J.A. (1988). El papel de la psicología en la prevención del SIDA: el trabajo comunitario. La Psicología social en México, 5, 291- 295.
- Piña, J. A., Jiménez, S. Mondragón, V. (1992). "La relación entre la investigación y el diseño de programas preventivos para el SIDA ". Revista Latinoamericana de Psicología, 24, (1) – 2, 201 – 211.
- Piña, J. A., Obregón, S. F., Corral, V. B., Márquez, M. I. (1996). ¿Constituye la medicina conductual una alternativa multidisciplinaria de la Psicología para el campo de la salud?. En: S.Sánchez., R. Carpio., E. Díaz-González (Eds.). Aplicaciones del conocimiento Psicológico.( 95 – 115). México: UNAM Iztacala.

- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Richardson, D. (1990) Relaciones sexuales más seguras. En: D. Richardson (Ed.), La mujer y el SIDA. (59 – 71). México: Manual Moderno.
- Robles, S. S., (1999) “*Evaluación de conocimientos y prácticas sexuales relacionados con el VIH / SIDA en estudiantes universitarios*”, Tesis de Maestría en Psicología no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Robles, S. M. y Moreno, R. D. (1999). “Parámetros de riesgo y prevención de las prácticas sexuales relacionadas con el VIH / SIDA en estudiantes universitarios”. (1 - 5). Escuela Nacional de Estudios Profesionales Campus Iztacala.
- Rodríguez, C. M., Moreno R. D., Robles, R. S., Díaz - González y A. E. (2001). “*El SIDA desde el Modelo Psicológico de la Salud Biológica*”. (160 – 175). Psicología de la Salud, **10**, (2).
- Rosario, M., Mahler, K., Hunter, J., Gwadz, M., (1999). “Understanding the unprotected sexual behavior of gay, lesbian, and bisexual youths: an empirical Test of the cognitive – environmental model”. Health Psychology, **18**, (3), 272 – 280.
- Santaereu, J., Rubio, V. J., Márquez, M. O. (2000). “*La prevención en el marco de la psicología de la salud*”. (1- 17). Dto. Psicología de la Salud.
- Skrondal, A., Eskild, A., Thorvaldsen, J. (2000). “*Changes in condom use after HIV diagnosis*”. Journal of Public Health (Scandinavian), **28**, (1), 71 - 76.
- Suaudeau, J. (1998). “*El “sexo seguro” y el preservativo ante el desafío del SIDA*”. Revista de Medicina y Ética, **2**, 244 – 275.
- Valdez, M. M. (1983). Ansiedad y trastornos psifisiológicos. En: M. Valdez (Ed.), En la enfermedad psicosomática, modelos y teorías específicas. (201 – 211). España: Pegaso.
- Valenzuela, E. (2001, octubre ). *Transmisión del VIH / SIDA. VIH/SIDA en Chile* (En red). Disponible en : [www.vih sida.cl](http://www.vih sida.cl)
- Vasquez – Rivera, C., Cunningham, I., Pérez – Jiménez, D., Coss – Rodríguez, J., Ortiz – Torres, B., Velásquez – López, J., Franco – Ortiz M. L. (2001, septiembre). Masculinities, sexual negotiation and HIV/AIDS prevention in Puerto Rico. Int. Conf AIDS. OVID (En red). Disponible en : <http://gateway1.ovid.com>
- Villagran – Vázquez, G., Díaz – Loving, R. (1992). “*Conocimiento sobre SIDA, prácticas sexuales, actitudes y creencias hacia el uso del condón*”. Revista Mexicana de Psicología, **9**, (1), 35 – 40.

Zanetta, DM., Massad, E., Burattini, MN., Paiva, V., Buchalla, CM., Strazza, L. y Meneghin. (2001, septiembre). The prevalence of risk – taking behaviors among university students in Sao Paolo Brazil. International Conf. AIDS. OVID (En red). Disponible en: <http://gateway1.ovid.com>

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

**ANEXOS**

Tabla No.1

Muestra el porcentaje de sujetos que reportaron tener su primera relación sexual en diferentes rangos de edad.

| EDAD DE INICIO            | UNIVERSITARIOS | SEROPOSITIVOS |
|---------------------------|----------------|---------------|
| Antes o hasta los 15 años | 22 (26%)       | 36 (42 %)     |
| 16-18                     | 46 (54%)       | 28 (33 %)     |
| 19-22                     | 17 (20%)       | 10 (11 %)     |
| 23-27                     | 0              | 9 (14%)       |

**Tabla No 2.**  
**Frecuencia y porcentaje de sujetos que reportan diversidad de prácticas por grupo,**  
**así como el nivel de significancia de Chi Cuadrada para cada una de estas.**

| Práctica.            | Universitarios |             |            | Seropositivos |             |            | $\alpha$<br>X <sup>2</sup> |
|----------------------|----------------|-------------|------------|---------------|-------------|------------|----------------------------|
|                      | Si             | no          | total      | si            | No          | total      |                            |
| Rel. Homosexuales.   | 9<br>10,6%     | 76<br>89,4% | 85<br>100% | 81<br>95,3%   | 4<br>4,7%   | 85<br>100% | .001                       |
| Sexo en grupo.       | 7<br>8,4%      | 76<br>91,6% | 83<br>100% | 29<br>33,7%   | 57<br>66,3% | 86<br>100% | .001                       |
| Rel. Ocasionales.    | 26<br>31,3%    | 57<br>68,7% | 83<br>100% | 37<br>43,6%   | 49<br>57%   | 86<br>100% | 0.116                      |
| Rel. Anales Pasivas. | 11<br>13,1%    | 73<br>86,9% | 84<br>100% | 77<br>89,5%   | 9<br>10,5%  | 86<br>100% | .001                       |
| Rel. Anales Activas. | 21<br>25,6%    | 63<br>75,6% | 84<br>100% | 61<br>71,8%   | 24<br>28,2% | 85<br>100% | .001                       |
| Rel. Orales Activas. | 49<br>57,6%    | 36<br>42,4% | 85<br>100% | 76<br>88,4%   | 10<br>11,6% | 86<br>100% | .001                       |
| Rel. Orales Pasivas. | 53<br>63,1%    | 31<br>36,9% | 84<br>100% | 36<br>34,9%   | 56<br>65,1% | 86<br>100% | .001                       |
| Uso de instrumentos. | 2<br>2,5%      | 79<br>97,5% | 81<br>100% | 7<br>8,1%     | 79<br>91,9% | 86<br>100% | 0.105                      |
| Práctica             | X <sup>2</sup> |             |            | gl.           |             |            | Nivel de sig.              |
| Rel. homosexuales.   | 122,400        |             |            | 1             |             |            | .001                       |
| Sexo en gpo.         | 16,11          |             |            | 1             |             |            | .001                       |
| Rel. Ocasionales.    | 2,47           |             |            | 1             |             |            | 0,116                      |
| Rel. Anales Pasivas. | 99,44          |             |            | 1             |             |            | .001                       |
| Rel. Anales Activas. | 36,99          |             |            | 1             |             |            | .001                       |
| Rel. Orales Activas. | 20,53          |             |            | 1             |             |            | .001                       |
| Rel. Orales Pasivas. | 13,53          |             |            | 1             |             |            | .001                       |
| Uso de Instrumentos. | 2,63           |             |            | 1             |             |            | 0,105                      |

**Tabla No. 3**  
**Frecuencia y porcentaje sujetos que reportan el no uso del condón en cada práctica así como nivel de significancia de Chi Cuadrada para cada una de estas.**

| Práctica.            | Universitarios |             |            | Seropositivos |             |            | $\alpha$<br>N <sup>2</sup> |
|----------------------|----------------|-------------|------------|---------------|-------------|------------|----------------------------|
|                      | Si             | no          | Total      | si            | No          | total      |                            |
| Rel. Homosexuales    | 4<br>44.4%     | 5<br>55.6%  | 9<br>100%  | 28<br>35%     | 52<br>65%   | 80<br>100% | 0.576                      |
| Sexo en grupo.       | 4<br>57.1%     | 3<br>42.9%  | 7<br>100%  | 11<br>36.7%   | 19<br>63.3% | 30<br>100% | 0.320                      |
| Rel. Ocasionales.    | 13<br>72%      | 7<br>28%    | 25<br>100% | 13<br>36.1%   | 23<br>63.9% | 36<br>100% | 0.006                      |
| Rel. Anales Pasivas. | 5<br>50%       | 5<br>50%    | 10<br>100% | 34<br>45.3%   | 41<br>54.7% | 75<br>100% | 0.781                      |
| Rel. Anales Activas. | 7<br>35%       | 13<br>65%   | 20<br>100% | 21<br>33.3%   | 42<br>66.7% | 63<br>100% | 0.891                      |
| Rel. Orales Activas. | 2<br>4.3%      | 45<br>95.7% | 47<br>100% | 6<br>8.5%     | 65<br>91.5% | 71<br>100% | 0.375                      |
| Rel. Orales Pasivas. | 5<br>9.4%      | 48<br>90.6% | 53<br>100% | 4<br>13.9%    | 26<br>86.7% | 30<br>100% | 0.583                      |
| Uso de instrumentos. | 1<br>25%       | 3<br>75%    | 4<br>100%  | 1<br>14.3%    | 6<br>85.7%  | 7<br>100%  | 0.658                      |

| Práctica             | N <sup>2</sup> | gl. | Nivel de sig. |
|----------------------|----------------|-----|---------------|
| Rel. homosexuales.   | .313           | 1   | 0.576         |
| Sexo en gpo.         | .987           | 1   | 0.320         |
| Rel. Ocasionales.    | 7.603          | 1   | .006          |
| Rel. Anales Pasivas. | 0.077          | 1   | 0.781         |
| Rel. Anales Activas. | 0.019          | 1   | 0.891         |
| Rel. Orales Activas. | 0.788          | 1   | 0.375         |
| Rel. Orales Pasivas. | 0.301          | 1   | 0.583         |
| Uso de Instrumentos. | 0.195          | 1   | 0.658         |

Tabla No. 4

Frecuencia y porcentaje de sujetos que reportaron usar consistentemente el condón por práctica sexual, y nivel de significancia de la Chi Cuadrada para las mismas prácticas.

| Práctica.            | Universitarios |            |            | Seropositivos |             |            | $\alpha$<br>X <sup>2</sup> |
|----------------------|----------------|------------|------------|---------------|-------------|------------|----------------------------|
|                      | Sí             | no         | total      | sí            | no          | total      |                            |
| Rel. Homosexuales    | 2<br>50%       | 2<br>50%   | 4<br>100%  | 4<br>14,3%    | 24<br>85,7% | 28<br>100% | 0,031                      |
| Sexo en grupo.       | 1<br>33,3%     | 2<br>66,7% | 3<br>100%  | 8<br>72,7%    | 3<br>27,3%  | 11<br>100% | 0,033                      |
| Rel. Ocasionales.    | 11<br>57,9%    | 8<br>42,1% | 19<br>100% | 6<br>46,2%    | 7<br>53,8%  | 13<br>100% | 0,872                      |
| Rel. Anales Pasivas. | 2<br>50%       | 2<br>50%   | 4<br>100%  | 12<br>35,3%   | 22<br>64,7% | 34<br>100% | 0,863                      |
| Rel. Anales Activas. | 3<br>42,9%     | 4<br>57,1% | 7<br>100%  | 9<br>42,9%    | 12<br>57,1% | 21<br>100% | 0,849                      |
| Rel. Orales Activas. | 0<br>0%        | 3<br>100%  | 3<br>100%  | 2<br>33,3%    | 4<br>66,7%  | 6<br>100%  | 0,290                      |
| Rel. Orales Pasivas. | 1<br>20%       | 4<br>80%   | 5<br>100%  | 1<br>25%      | 3<br>75%    | 4<br>100%  | 0,268                      |
| Uso de instrumentos. | 1<br>100%      | 0<br>0%    | 1<br>100%  | 1<br>100%     | 0<br>0%     | 1<br>100%  | -                          |

| Práctica             | N <sup>2</sup>   | gl. | Nivel de sig. |
|----------------------|--|-----|---------------|
| Rel. homosexuales.   | 10,667   | 4   | 0,031         |
| Sexo en gpo.         | 8,721  | 3   | 0,033         |
| Rel. Ocasionales.    | 0,704  | 3   | 0,872         |
| Rel. Anales Pasivas. | 0,743  | 3   | 0,863         |
| Rel. Anales Activas. | 0,800  | 3   | 0,849         |
| Rel. Orales Activas. | 3,750  | 3   | 0,290         |
| Rel. Orales Pasivas. | 3,938  | 3   | 0,268         |
| Uso de Instrumentos. | Solo 1 sujeto de cada grupo respondió que siempre usa el condón en este tipo de relación sexual. |     |               |

Tabla No. 5

Se muestran los porcentajes sobre consistencia de uso de condón tanto en seropositivos como en universitarios

| Uso de condón     |                        | SEROPOSITIVOS |           | UNIVERSITARIOS |           |
|-------------------|------------------------|---------------|-----------|----------------|-----------|
|                   |                        | Consistente   | Inconsis. | Consistente    | Inconsis. |
| Tipo de prácticas | Homosexuales           | 14.3% (4)     | 86%(24)   | 50% (2)        | 50% (2)   |
|                   | Sexo en grupo          | 72.7% (8)     | 27.3% (3) | 33.3% (1)      | 66.7% (2) |
|                   | Relaciones ocasionales | 35.3% (6)     | 64.7%(7)  | 57.9% (11)     | 42.1% (8) |
|                   | Rel. Anal. pasivas     | 35.3% (12)    | 64.7%(22) | 50% (2)        | 50% (2)   |
|                   | Rel. Anal. activas     | 42.9% (9)     | 57%(12)   | 42.9% (3)      | 57.1% (4) |
|                   | Rel. Orales pasivas    | 35% (1)       | 75% (3)   | 20% (1)        | 80% (4)   |
|                   | Rel. Orales activas    | 33.3% (2)     | 66.7% (4) | 0              | 100% (3)  |
|                   | Uso de instrumentos    | 100% (1)      | 0         | 100% (1)       | 0         |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 6

Frecuencia y porcentaje de sujetos para cada tipo de pareja riesgosa con la que se usa condón por práctica y nivel de significancia de Chi Cuadrada.

| Práctica.            | Universitarios |            |            | Seropositivos |             |            | $\alpha$<br>$X^2$ |
|----------------------|----------------|------------|------------|---------------|-------------|------------|-------------------|
|                      | estable        | riesgosa   | Total      | estable       | riesgosa    | total      |                   |
| Rel. Homosexuales    | 0<br>0%        | 4<br>100%  | 4<br>100%  | 10<br>35.7%   | 18<br>64.3% | 28<br>100% | 0.226             |
| Sexo en grupo.       | 0<br>0%        | 3<br>100%  | 3<br>100%  | 0<br>0%       | 9<br>100%   | 9<br>100%  | 0.721             |
| Rel. Ocasionales.    | 0<br>0%        | 19<br>100% | 19<br>100% | 0<br>0%       | 13<br>100%  | 13<br>100% | 0.073             |
| Rel. Anales Pasivas. | 1<br>25%       | 3<br>75%   | 4<br>100%  | 17<br>50%     | 17<br>50%   | 34<br>100% | 0.190             |
| Rel. Anales Activas. | 2<br>28.6%     | 5<br>71.4% | 7<br>100%  | 6<br>28.6%    | 15<br>71.4% | 21<br>100% | 0.511             |
| Rel. Orales Activas. | 0<br>0%        | 2<br>100%  | 2<br>100%  | 2<br>33.3%    | 4<br>66.7%  | 6<br>100%  | 0.092             |
| Rel. Orales Pasivas. | 3<br>50%       | 3<br>50%   | 6<br>100%  | 1<br>25%      | 3<br>75%    | 4<br>100%  | 0.393             |
| Uso de instrumentos. | 0<br>0%        | 1<br>100%  | 1<br>100%  | 1<br>100%     | 0<br>0%     | 1<br>100%  | 0.157             |

| Práctica             | N°    | gl. | Nivel de sig. |
|----------------------|-------|-----|---------------|
| Rel. homosexuales.   | 5.660 | 4   | 0.226         |
| Sexo en gpo.         | 1.333 | 3   | 0.721         |
| Rel. Ocasionales.    | 6.970 | 3   | 0.073         |
| Rel. Anales Pasivas. | 6.130 | 4   | 0.190         |
| Rel. Anales Activas. | 3.289 | 4   | 0.511         |
| Rel. Orales Activas. | 8.0   | 4   | 0.092         |
| Rel. Orales Pasivas. | 4.097 | 4   | 0.393         |
| Uso de Instrumentos. | 2.0   | 1   | 0.157         |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No.7

Frecuencia y porcentaje de sujetos que reportan Situaciones Riesgosas en las que no se usa condón por práctica, así como nivel de significancia de Chi Cuadrada.

| Práctica.            | Universitarios |             |            | Seropositivos |             |            | $\alpha$<br>X <sup>2</sup> |
|----------------------|----------------|-------------|------------|---------------|-------------|------------|----------------------------|
|                      | Si (riesgo)    | No (riesgo) | Total      | Si (riesgo)   | No (riesgo) | total      |                            |
| Rel. Homosexuales    | 0<br>0%        | 6<br>100%   | 6<br>100%  | 4<br>5,6%     | 67<br>94,4% | 71<br>100% | 0.122                      |
| Sexo en grupo.       | 2<br>33,4%     | 4<br>66,7%  | 6<br>100%  | 5<br>18,6%    | 22<br>84,4% | 27<br>100% | 0.500                      |
| Rel. Ocasionales.    | 5<br>29,4%     | 12<br>70,6% | 17<br>100% | 6<br>18,2%    | 27<br>81,8% | 33<br>100% | 0.001                      |
| Rel. Anales Pasivas. | 0<br>0%        | 6<br>100%   | 6<br>100%  | 10<br>14,9%   | 57<br>85,1% | 67<br>100% | 0.265                      |
| Rel. Anales Activas. | 0<br>0%        | 15<br>100%  | 15<br>100% | 8<br>15,9%    | 43<br>84,3% | 51<br>100% | 0.001                      |
| Rel. Orales Activas. | 4<br>9,8%      | 37<br>90,2% | 41<br>100% | 8<br>13,6%    | 51<br>86,4% | 59<br>100% | 0.001                      |
| Rel. Orales Pasivas. | 7<br>15,2%     | 39<br>84,8% | 46<br>100% | 7<br>29,2%    | 17<br>70,8% | 24<br>100% | 0.001                      |
| Uso de instrumentos. | 1<br>100%      | 0<br>0%     | 1<br>100%  | 3<br>50%      | 3<br>50%    | 6<br>100%  | 0.030                      |

| Práctica             | X <sup>2</sup> | gl. | Nivel de sig. |
|----------------------|----------------|-----|---------------|
| Rel. homosexuales.   | 7.285          | 4   | 0.122         |
| Sexo en gpo.         | 4.351          | 5   | 0.500         |
| Rel. Ocasionales.    | 19.284         | 4   | 0.001         |
| Rel. Anales Pasivas. | 3.971          | 3   | 0.265         |
| Rel. Anales Activas. | 20.220         | 3   | 0.001         |
| Rel. Orales Activas. | 27.019         | 3   | 0.001         |
| Rel. Orales Pasivas. | 24.227         | 3   | 0.001         |
| Uso de Instrumentos. | 7.00           | 2   | 0.030         |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 8

Frecuencia y porcentaje de sujetos que reportan las razones de riesgo en las que se usa protección, así como el nivel de significancia de Chi Cuadrada para cada práctica.

| Práctica.            | Universitarios |                |            | Seropositivos  |                |            | $\alpha$<br>X <sup>2</sup> |
|----------------------|----------------|----------------|------------|----------------|----------------|------------|----------------------------|
|                      | No<br>(riesgo) | Si<br>(riesgo) | Total      | No<br>(riesgo) | Si<br>(riesgo) | Total      |                            |
| Rel. Homosexuales    | 3<br>75%       | 1<br>25%       | 4<br>100%  | 24<br>92.3%    | 2<br>7.7%      | 26<br>100% | 0.744                      |
| Sexo en grupo.       | 2<br>66.7%     | 1<br>33.3%     | 3<br>100%  | 7<br>9.15      | 3<br>27.3%     | 11<br>100% | 0.849                      |
| Rel. Ocasionales.    | 11<br>61.1%    | 7<br>38.9%     | 18<br>100% | 11<br>84.6%    | 2<br>15.4%     | 13<br>100% | 0.37                       |
| Rel. Anales Pasivas. | 4<br>100%      | 0<br>0%        | 4<br>100%  | 26<br>83.9%    | 5<br>16.1%     | 31<br>100% | 0.447                      |
| Rel. Anales Activas. | 7<br>100%      | 0<br>0%        | 7<br>100%  | 15<br>75%      | 5<br>25%       | 20<br>100% | 0.330                      |
| Rel. Orales Activas. | 2<br>66.6%     | 1<br>33.4%     | 3<br>100%  | 6<br>85.8%     | 1<br>14.2%     | 7<br>100%  | 0.644                      |
| Rel. Orales Pasivas. | 2<br>40%       | 3<br>60%       | 5<br>100%  | 3<br>75%       | 1<br>25%       | 4<br>100%  | 0.591                      |
| Uso de instrumentos. | 0<br>0%        | 1<br>100%      | 1<br>100%  | 1<br>100%      | 0<br>0%        | 1<br>100%  | 0.157                      |

| Práctica             | X <sup>2</sup> | gl. | Nivel de sig. |
|----------------------|----------------|-----|---------------|
| Rel. homosexuales.   | 1.236          | 3   | 0.744         |
| Sexo en gpo.         | .801           | 3   | 0.849         |
| Rel. Ocasionales.    | 10.192         | 4   | 0.37          |
| Rel. Anales Pasivas. | 2.658          | 3   | 0.447         |
| Rel. Anales Activas. | 4.609          | 4   | 0.330         |
| Rel. Orales Activas. | 1.667          | 3   | 0.644         |
| Rel. Orales Pasivas. | 1.913          | 3   | 0.591         |
| Uso de Instrumentos. | 2.000          | 1   | 0.157         |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 9

Frecuencia y porcentaje de sujetos que reportan el no uso del condón con parejas riesgosas en cada práctica, así como nivel de significancia de Chi Cuadrada.

| Práctica.            | Universitarios  |             |            | Seropositivos  |             |            | $\alpha$<br>N <sup>2</sup> |
|----------------------|-----------------|-------------|------------|----------------|-------------|------------|----------------------------|
|                      | Pareja estable. | De riesgo   | Total      | Pareja estable | De riesgo   | total      |                            |
| Rel. Homosexuales    | 2<br>28.6%      | 5<br>71.4%  | 7<br>100%  | 24<br>31.2%    | 53<br>68.8% | 77<br>100% | 0.267                      |
| Sexo en grupo.       | 0<br>0%         | 6<br>100%   | 6<br>100%  | 0<br>0%        | 27<br>100%  | 27<br>100% | 0.004                      |
| Rel. Ocasionales.    | 0<br>0%         | 18<br>100%  | 18<br>100% | 0<br>0%        | 32<br>100%  | 32<br>100% | 0.456                      |
| Rel. Anales Pasivas. | 5<br>62.5%      | 3<br>37.5%  | 8<br>100%  | 25<br>34.2%    | 48<br>65.8% | 73<br>100% | 0.02                       |
| Rel. Anales Activas. | 13<br>72.2%     | 5<br>27.8%  | 18<br>100% | 19<br>33.9%    | 37<br>66.1% | 56<br>100% | 0.05                       |
| Rel. Orales Activas. | 38<br>82.6%     | 8<br>17.4%  | 46<br>100% | 21<br>33.9%    | 41<br>66.1% | 62<br>100% | 0.001                      |
| Rel. Orales Pasivas. | 38<br>79.2%     | 10<br>20.8% | 48<br>100% | 1<br>4.3%      | 22<br>95.7% | 23<br>100% | 0.001                      |
| Uso de instrumentos. | 0<br>0%         | 1<br>100%   | 1<br>100%  | 1<br>14.3%     | 6<br>85.7%  | 7<br>100%  | 0.753                      |

| Práctica             | X <sup>2</sup> | gl. | Nivel de sig. |
|----------------------|----------------|-----|---------------|
| Rel. homosexuales.   | 5.209          | 4   | 0.267         |
| Sexo en gpo.         | 13.580         | 3   | 0.004         |
| Rel. Ocasionales.    | 13.252         | 2   | 0.456         |
| Rel. Anales Pasivas. | 13.183         | 5   | 0.02          |
| Rel. Anales Activas. | 9.595          | 4   | 0.05          |
| Rel. Orales Activas. | 29.075         | 4   | 0.001         |
| Rel. Orales Pasivas. | 41.292         | 5   | 0.001         |
| Uso de Instrumentos. | 1.905          | 4   | 0.753         |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No.10

Frecuencia y porcentaje de sujetos que reportan la iniciativa del uso del condón, así como nivel de significancia de Chi Cuadrada para cada práctica.

| Práctica.            | Universitarios |            |            | Seropositivos |            |             | $\alpha$<br>X <sup>2</sup> |
|----------------------|----------------|------------|------------|---------------|------------|-------------|----------------------------|
|                      | tu             | Tu pareja  | ambos      | tu            | Tu pareja  | ambos       |                            |
| Rel. Homosexuales    | 2<br>50%       | 1<br>25%   | 1<br>25%   | 11<br>40.7%   | 7<br>25.9% | 9<br>33.35  | .929                       |
| Sexo en grupo.       | 1<br>33.3%     | 1<br>33.35 | 1<br>33.3% | 8<br>72.9%    | 1<br>9.1%  | 2<br>18.2%  | .408                       |
| Rel. Ocasionales.    | 11<br>57.9%    | 1<br>5.35  | 7<br>36.8% | 10<br>76.9%   | 1<br>7.7%  | 2<br>15.4%  | .414                       |
| Rel. Anales Pasivas. | 1<br>25%       | 1<br>25%   | 2<br>50%   | 12<br>37.7%   | 5<br>16.1% | 14<br>45.2% | .835                       |
| Rel. Anales Activas. | 5<br>71.4%     | 0          | 2<br>28.6% | 8<br>38.1%    | 4<br>19%   | 9<br>42.9%  | .239                       |
| Rel. Orales Activas. | 1<br>50%       | 1<br>50%   | 0          | 4<br>66.7%    | 1<br>16.7% | 1<br>16.7%  | .587                       |
| Rel. Orales Pasivas. | 1<br>25%       | 0          | 3<br>75%   | 1<br>25%      | 2<br>50%   | 1<br>25%    | .223                       |
| Uso de instrumentos. | 0              | 1<br>100%  | 0          | 1<br>100%     | 0          | 0           | .157                       |

| Práctica             | X <sup>2</sup> | gl. | Nivel de sig. |
|----------------------|----------------|-----|---------------|
| Rel. homosexuales.   | 1.47           | 2   | .929          |
| Sexo en gpo.         | 1.791          | 2   | .408          |
| Rel. Ocasionales.    | 1.762          | 2   | .414          |
| Rel. Anales Pasivas. | .360           | 2   | .835          |
| Rel. Anales Activas. | 2.862          | 2   | .239          |
| Rel. Orales Activas. | 1.067          | 2   | .587          |
| Rel. Orales Pasivas. | 3.00           | 2   | .223          |
| Uso de Instrumentos. | 2.00           | 1   | .157          |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EDAD DE INICIO DEL DEBUT SEXUAL

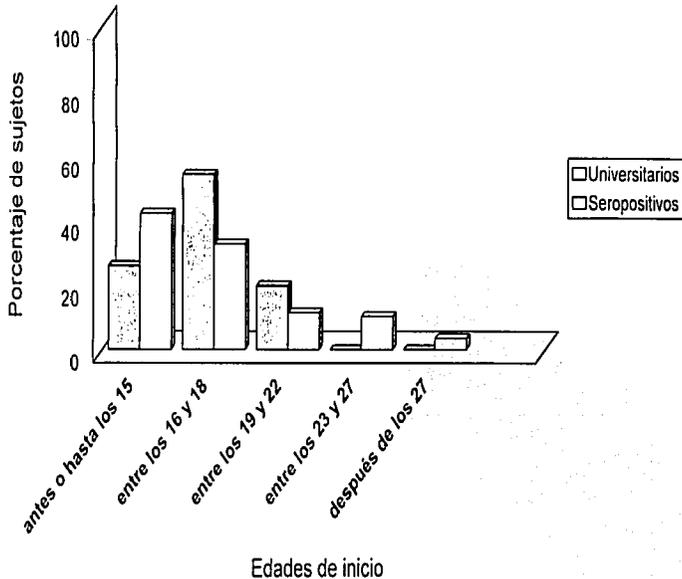


Figura 1. Porcentaje de sujetos que tuvieron su debut sexual en diferentes rangos de edad.

# PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

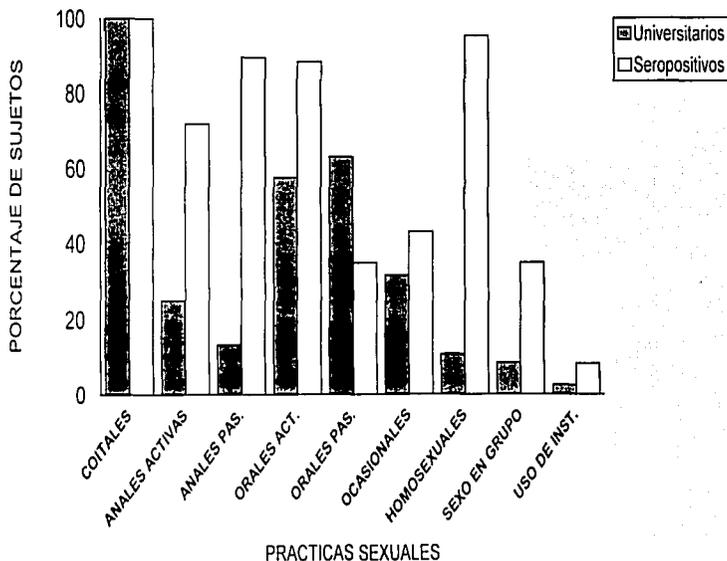


Figura 2. Porcentaje de estudiantes y seropositivos que llevaron a cabo cada práctica sexual evaluada.

# NO USO DE PROTECCIÓN EN CADA PRÁCTICA SEXUAL

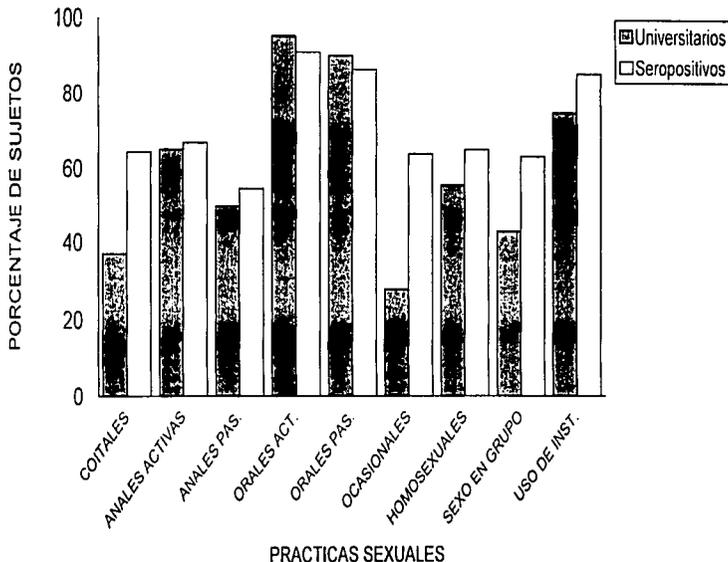


Figura 3. Porcentaje de estudiantes y seropositivos que no usan protección en cada una de las prácticas sexuales evaluadas.

# INCONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN

TESIS CON  
FALTA DE CUIDEN

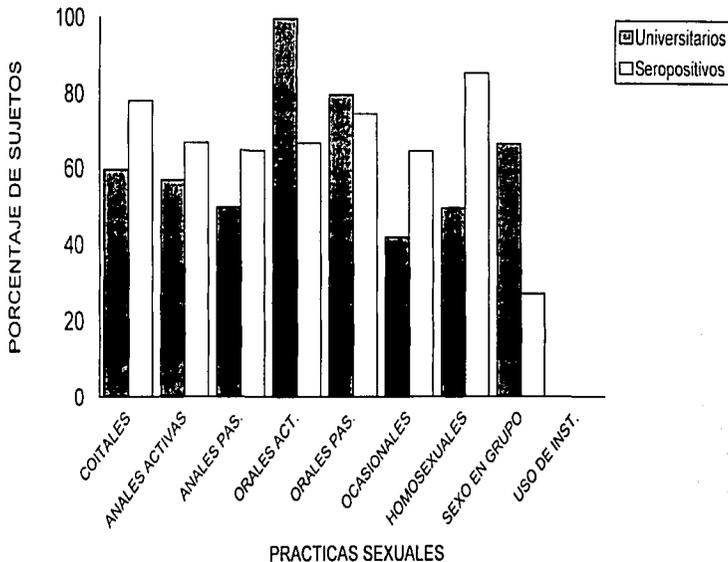
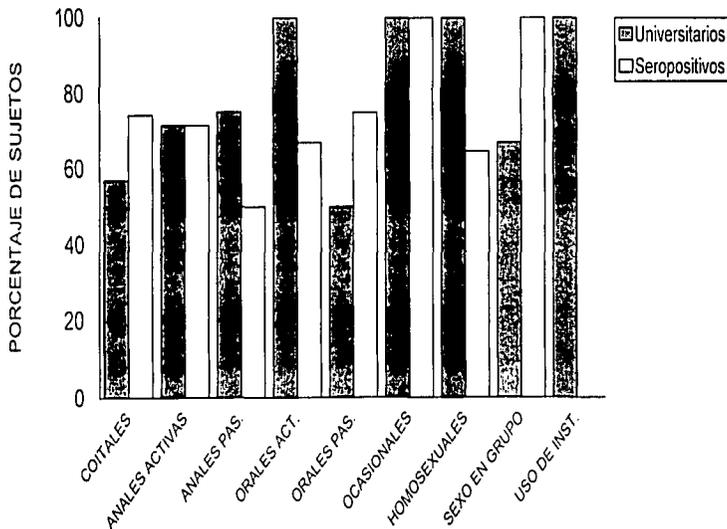


Figura 4. Del total de sujetos que reportaron tener cada práctica sexual usando condón, se muestra el porcentaje de aquellos que usaron el condón de manera inconsistente.

# USO DEL CONDÓN CON PAREJAS RIESGOSAS



## PRACTICAS SEXUALES

Figura 5. Del total de sujetos que reportaron tener cada práctica sexual usando condón, se muestra el porcentaje de aquellos que usaron el condón con parejas riesgosas (eventuales, prostitutas, amistades, desconocidos, otros).

TESIS CON  
FALLA DE  
CUIGEN

# NO USO DEL CONDÓN EN SITUACIONES RIESGOSAS

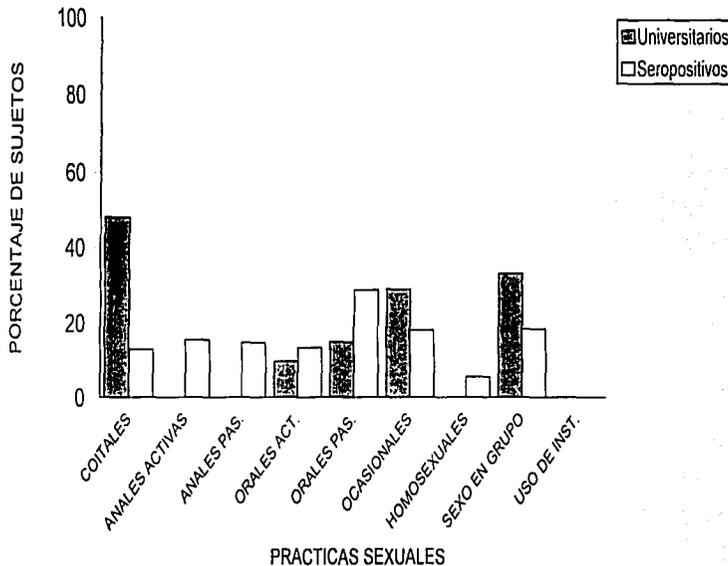


Figura 6. Se muestra el porcentaje de sujetos que no usaron el condón en situaciones riesgosas (cuando no hay probabilidad de embarazo, sólo cuando me piden que no lo utilice, etc.)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# USO DEL CONDÓN EN SITUACIONES RIESGOSAS

TESIS CON  
FALTA DE CONVEN

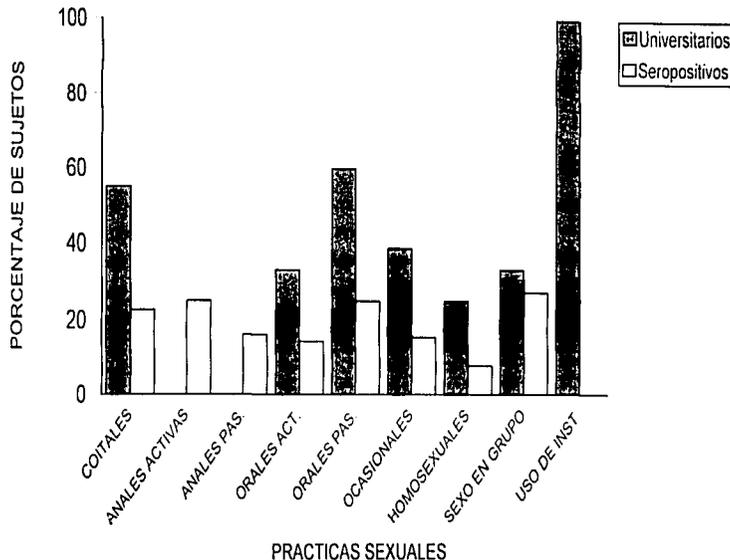


Figura 7. Se muestra el porcentaje de sujetos que usaron el condón en situaciones riesgosas (cuando no hay probabilidad de embarazo, sólo cuando me piden que no lo utilice, etc.)

# NO USO DEL CONDÓN CON PAREJAS RIESGOSAS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

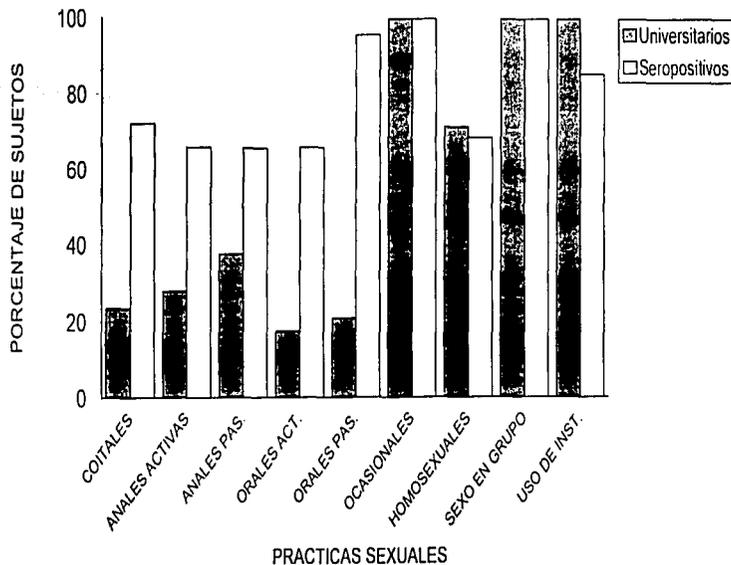


Figura 8. Se muestra el porcentaje de sujetos que no usaron el condón con parejas riesgosas (eventuales, prostitutas, amistades, desconocidos, otros).

# DEL USO DEL CONDÓN POR INICIATIVA DE LA PAREJA (riesgoso)

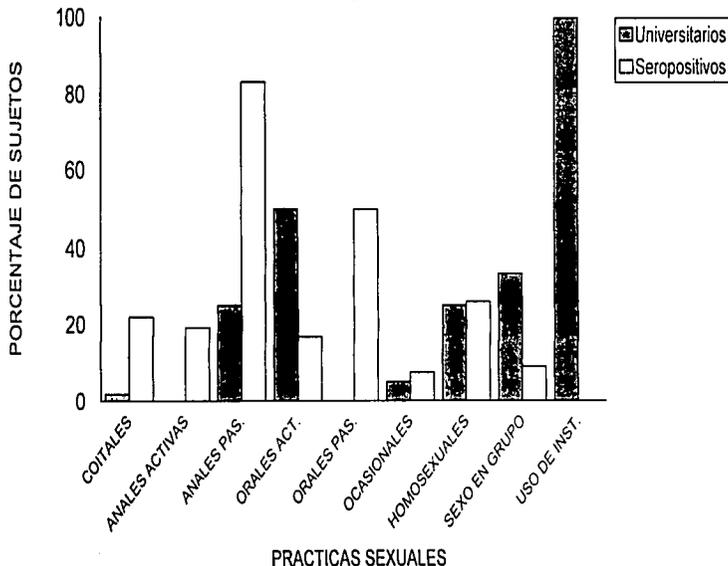


Figura 9. Se muestra el porcentaje de sujetos que usaron el condón por iniciativa de la pareja y no de ellos mismos o de otros.

TESIS CON  
FALLA DE CALIBRE

TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN

## NÚMERO DE PAREJAS EN EL ÚLTIMO MES

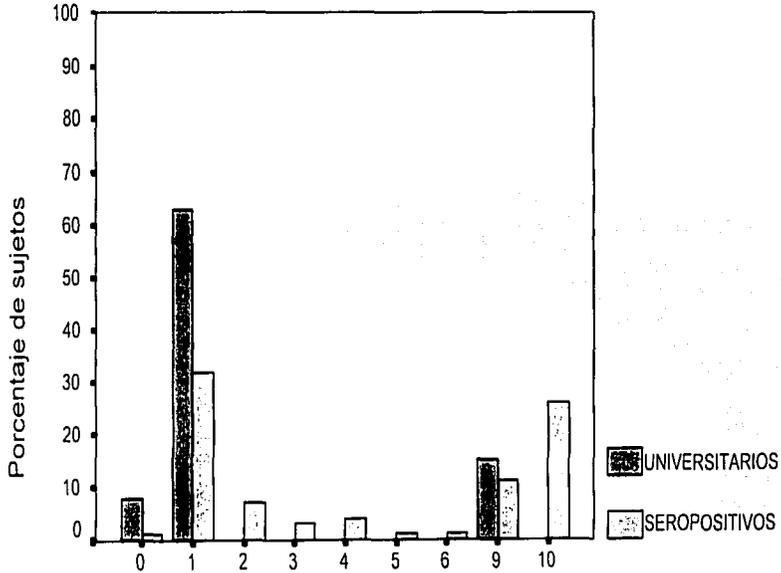


Figura 10. Muestra el número de parejas sexuales de ambos grupos en el último mes a la aplicación del cuestionario.

# USO DE PROTECCIÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

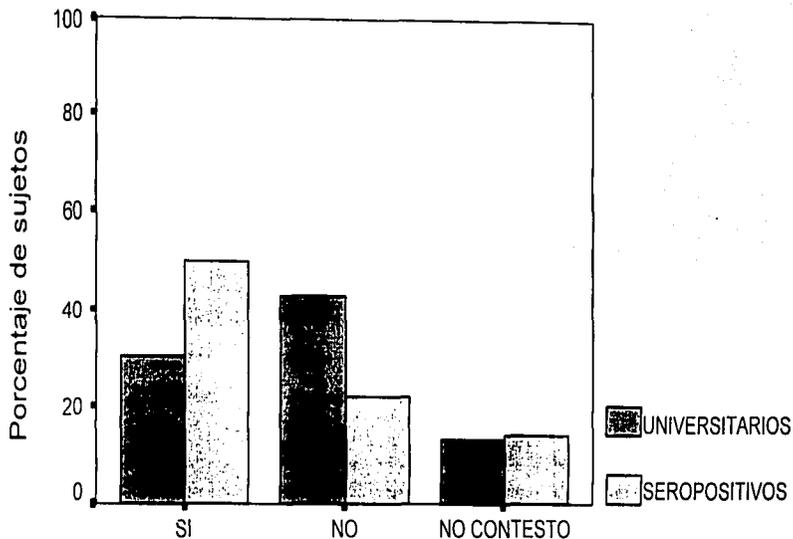


Figura 11. Muestra el porcentaje de sujetos que usaron protección en su última relación sexual.

TESIS CON  
FALTA DE CUBRIR

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# HAS COMPRADO CONDONES ALGUNA VEZ

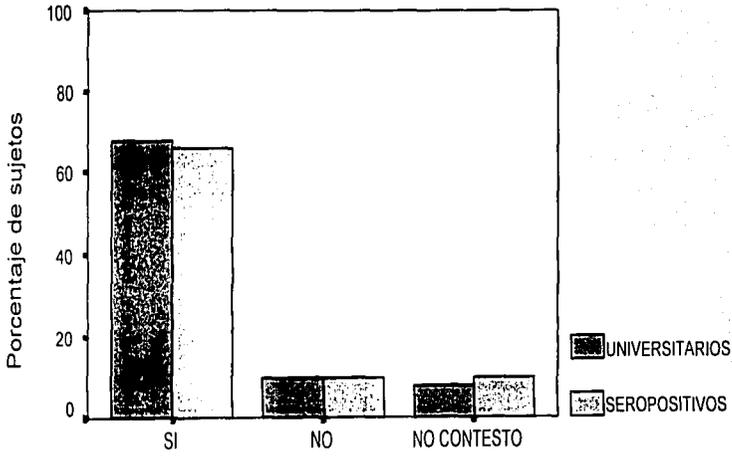


Figura 12. Muestra el porcentaje de sujetos que han adquirido condones.

# CONOCES OTRAS BARRERAS DE PROTECCIÓN

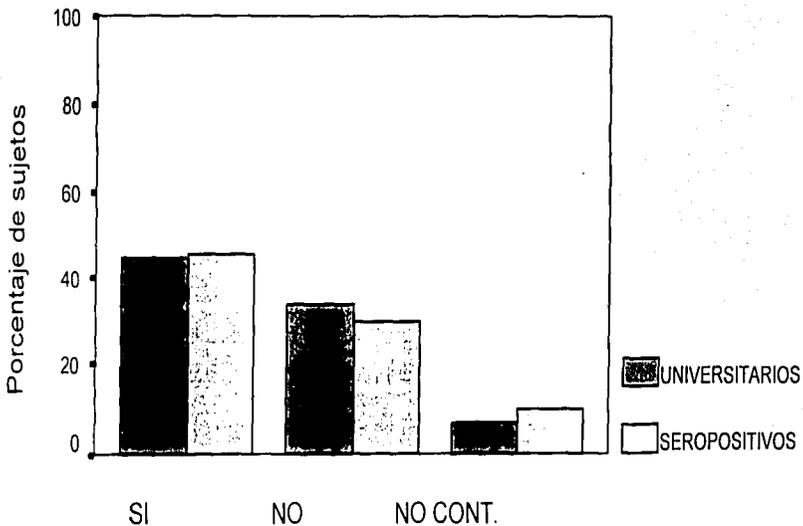


Figura 13. Porcentaje de sujetos que reportan  
conocer otras barreras.

# CONOCES CÖMO EVITAR EL CONTAGIO DE VIH/SIDA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

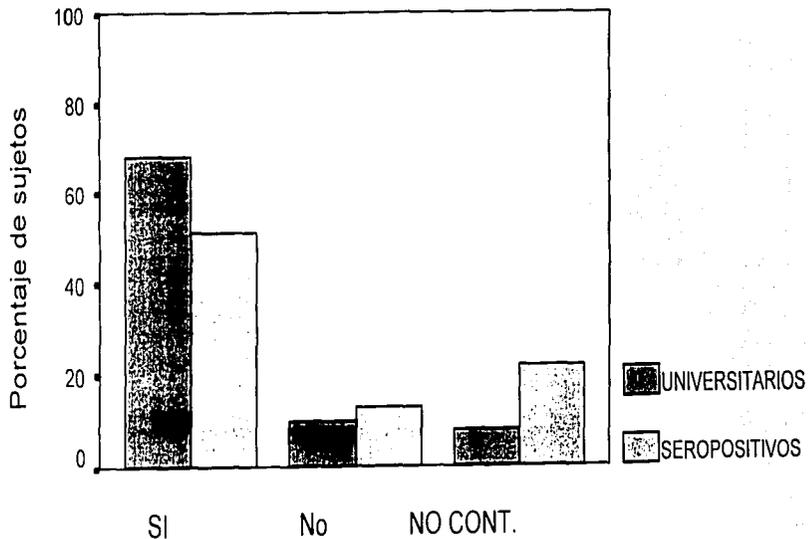


Figura 14. Porcentaje de sujetos que reportan  
conocer como evitar el contagio de VIH.