

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CON ESTUDIOS RECONOCIDOS
OFICIALMENTE POR ACUERDO 3213 – 25 – DEL 03 –VII – 1997 DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS HACIA LA INFECCIÓN POR VIH Y EL USO DE CONDÓN COMO MÉTODO PREVENTIVO PARA EVITAR SU TRANSMISIÓN

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

CARLOS ARTURO GONZÁLEZ CHÁVEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CON ESTUDIOS RECONOCIDOS
OFICIALMENTE POR ACUERDO 3213 – 25 – DEL 03 –VII – 1997 DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS HACIA LA INFECCIÓN POR VIH Y EL USO DE CONDÓN COMO MÉTODO PREVENTIVO PARA EVITAR SU TRANSMISIÓN

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

CARLOS ARTURO GONZÁLEZ CHÁVEZ

ASESORA:

MTRA. MA. DEL CARMEN SEGURA MÉNDEZ

CÉDULA PROFESIONAL

2484990

AGRADECIMIENTOS

A mi Asesora de Tesis, Lic. Carmen Segura Méndez, por compartir tu conocimiento y experiencia conmigo, por la dedicación, confianza, paciencia y APOYO durante mi formación académica y profesional; gracias por hacer menos pesada esta última fase de mi carrera.

GRACIAS POR TODO CARMEN.

A mis maestros en especial a quienes formaron parte fundamental del término de esta investigación: Ma. Edith Castañeda Sánchez, Lic. Bertila Charolet Hernández y al director de la carrera de psicología.

Alfonso Sabino Fernández

A mis compañeros que SIEMPRE estuvieron conmigo incondicionalmente en todos los momentos difíciles de la carrera, los quiero mucho.

A mi familia que quiero tanto y que a pesar de estar lejos siempre confió en mí y estuvo apoyándome y dándome ánimos para salir adelante. Con mucho cariño para mi hermano Alex.

A mi segunda familia, gracias por haberme abierto las puertas de su hogar y confiar plenamente en mis capacidades para poder terminar este sueño, los quiero mucho.

**Especialmente a Gerardo: (Espa), por todo lo que hemos vivido, por estar conmigo y brindarme tu cariño, confianza y apoyo para salir adelante cuando más lo necesitaba; por recordarme lo que valgo y que puedo hacer todo lo que me proponga.*

*Y además por ser mí mejor amigo, Espacial. **

A todas las personas que creyeron y que no creyeron que lo iba a lograr, gracias también eso me impulsó, gracias. Paty y Vero y a todo control escolar, gracias también por todo su apoyo y paciencia desde el inicio.

A la Universidad del Tepeyac por ser vehículo de una gran cantidad de energía, conocimientos y experiencias que estoy seguro sabré aprovechar en mi vida profesional, así como el apoyo y preocupación brindados a lo largo de mi carrera.

Gracias por haber formado parte de este sueño, que sin duda alguna aun no termina.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I

CAPÍTULO I.- PERCEPCIÓN DE RIESGO

1.1 Definición y características de percepción de riesgo	1
1.1.2 Modelo de toma de decisiones	12
1.1.3 Procesos en la toma de decisiones	13
1.2 La naturaleza de la percepción como proceso de extracción de información	14
1.2.1 Relación entre percepción y aprendizaje	16
1.3 La causalidad personal y el proceso de atribución	19
1.4 Percepción de personas	22
1.5 Teorías que abordan la percepción	25
1.5.1 Comparación social	26
1.5.2 Teoría de la disonancia cognoscitiva	28
1.5.3 Conceptos básicos de las teorías del refuerzo	33
1.5.4 El papel de la imitación	37
1.5.5 El desarrollo del autocontrol	39
1.6 Estudios sobre percepción	40
1.6.1 Conductas de alto riesgo, percepción de riesgo e investigaciones	42

CAPÍTULO II.- VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

2.1 Definición del VIH / Virus de Inmunodeficiencia Humana	66
2.2 Antecedentes del virus de inmunodeficiencia humana adquirido en el mundo	70
2.2.1 Diversas teorías que abordan el origen del VIH	77
2.3 Epidemiología	81
2.3.1 Epidemiología en México	82

2.4 Antecedentes de la conducta sexual de los jóvenes	95
2.4.1 Riesgos y conducta sexual en los jóvenes	101
2.5 Factores sociodemográficos involucrados en la conducta sexual, y su relación con la infección del virus de inmunodeficiencia humana	105

CAPÍTULO III.- INVESTIGACIONES ACERCA DEL SIDA Y EL USO DE CONDÓN

3.1 Antecedentes del preservativo	109
3.2 Investigaciones en el Mundo	116
3.3 Salud en México	121
3.4 Eficacia de los condones	123
3.5 Causas de falla en el método	127
3.6 Promoción de condones en la era del SIDA	131
3.6.1. Nuevos mercados y nuevos productos	133
3.6.2. La promoción del condón surte efecto	136
3.6.3. Elaboración de una promoción apropiada para diferentes públicos	140
3.7. Imagen positiva del uso del condón	142

CAPÍTULO IV.- METODOLOGÍA Y RESULTADOS

4.1 Tipo de investigación	147
4.2 Pregunta de investigación	148
4.3 Objetivo	148
4.4 Hipótesis	148
4.5 Variables	149
4.5.1 Definición Conceptual	150
4.5.2 Definición Operacional	151
4.6 Instrumento	152
4.7 Procedimiento	155
4.8 Muestra	156
4.9 Resultados	157
4.9.1 Análisis de resultados	166
4.8 Propuesta	169

CONCLUSIONES	175
BIBLIOGRAFÍA	180
ANEXOS	190
Anexo 1.- Validez del instrumento	191
Anexo 2.- Norma de calificación	203
Anexo 3.- Instrumento	204
Anexo 5.- Condón masculino	210
Anexo 6.- Condón femenino	211

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de los jóvenes, por lamentable que parezca hablamos de jóvenes que forman parte de la generación del SIDA o *Síndrome de Inmunodeficiencia Humana*; nunca han conocido un mundo sin el VIH, el *Virus de Inmunodeficiencia Humana* el virus que ocasiona y millones de ellos ya han muerto a causa de esta apocalíptica enfermedad. Pero para los adultos y los jóvenes mismos la epidemia entre estos últimos permanece casi invisible. Para detener la propagación del VIH/SIDA se necesitan estrategias globales centradas en la juventud.

La aparición de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana planteó un reto enorme para la medicina y las ciencias afines; se trataba de lograr, de la manera más rápida posible, una comprensión frente a la etiología, trayectoria, tratamiento y prevención a fin de aminorar el impacto que esa nueva condición implicaría en los más diversos sectores de la sociedad.

Con el paso del tiempo, esta infección catalogada como sexualmente transmisible o *infección de transmisión sexual* (ITS) ha cambiado muchas de las creencias y conceptos que en las ciencias de la salud y en las sociales se tenían por seguros y que se creían poco modificables.

Se sabe que las infecciones de transmisión sexual, son un importante problema de salud pública que afecta a los grupos de personas sexualmente activas, influyendo principalmente en los jóvenes y dado que la salud sexual es importante en el desarrollo del ser humano, el desconocimiento puede causar desequilibrio en la misma, reflejándose en el peligro de la aparición de enfermedades en esta importante porción de la sociedad.

Los atributos físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia contribuyen a que en la juventud exista esta particularmente vulnerabilidad al VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Los adolescentes por lo común no pueden comprender enteramente el alcance de su exposición al riesgo.

La sociedad suele llevar a que aumente el riesgo que corren los jóvenes al *dificultar* que estos aprendan lo relativo al VIH y al Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) así como a la salud reproductiva. Aunado a esto, el hecho de que muchos jóvenes son socialmente inexpertos y dependen de otros. La presión que ejercen sus iguales influye fácilmente en ellos de modos que pueden aumentar el riesgo.

Dentro de esta investigación surge el interés de identificar la necesidad que se tiene en relación a un problema de salud como es la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en nuestra sociedad mexicana; esto, aunado a la discriminación de preferencias sexuales, roles de género estereotipados en nuestra sociedad y la formación en aspectos sexualidad mal encausada en los jóvenes, constituye una prioridad y un problema en cuanto a la salud de la sociedad mexicana.

Las ITS como se ha venido mencionado han mermado nuestra calidad de vida y son un grave problema de salud, debido al grado de peligrosidad que representan para la sociedad sexualmente activa y aunque existen procedimientos seguros para hacerles frente; en nuestros días se considera mas importante manejar los aspectos preventivos hacia las ITS, por lo que se pretende que uno de los objetivos de esta investigación sea enfatizar en la importancia de las normas de prevención a través de la educación como el medio mas adecuado de control de estos padecimientos.¹

Por otra parte, durante los últimos 25 años, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha alertado al mundo sobre los peligros y riesgos de los nuevos virus y las nuevas enfermedades. En México entre 1983 y noviembre del 2004, se han

¹ Anamely Monroy de Velasco. Salud y sexualidad del adolescente p.21-23

contabilizado en forma acumulada 90 mil 43 casos de SIDA; de éstos, 16.2% corresponde a mujeres.

Datos del 2003, muestran que en las estimaciones de tasas de mortalidad por SIDA entre la población de 25 a 44 años, los hombres registran 17 muertes por cada 100 mil habitantes; en el caso de las mujeres, la tasa es de tres. Por entidad federativa, Baja California, Veracruz y Guerrero presentan la mayor tasa de mortalidad por SIDA para ambos sexos; Aguascalientes, Querétaro y Durango, tienen las menores tasas de mortalidad para las mujeres y Querétaro, Hidalgo y Zacatecas las menores en los varones.

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el VIH/SIDA se ha convertido en un serio problema de salud pública, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, morales, religiosas, económicas y políticas, convirtiéndose en la tercer causa de muerte en los hombres con edades que oscilan entre 25-35 años de y la sexta entre mujeres de la misma edad.

Al 1° de Noviembre del 2003, se han registrado de manera acumulada 71, 526 casos de SIDA sin tomar en cuenta el 35% el retraso en la notificación, se calcula que existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH en el grupo de 15-44 años (individuos sexualmente activos) con una estimación media de 150 mil, de la que se obtiene una prevalencia estimada de personas viviendo con VIH/SIDA de 0.3%.²

Desde el inicio de la epidemia hasta el 1 de noviembre del año 2003, en México se han registrado de manera acumulada 71,526 casos de SIDA. Se calcula que, existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH en el grupo de 15-49 años, con una estimación media de 150 mil, de la que se obtiene un estimador de la prevalencia de personas viviendo con VIH/SIDA en este grupo poblacional, la cual asciende a 0.3%.

² notificación de casos en México: <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/vi/1/ensayos/vih.htm>

La transmisión sexual ha sido la causante del 89.7% de los casos acumulados de SIDA en México, el 8.0% se originaron por vía sanguínea; la transmisión perinatal representa el 1.8% del total de casos; y la categoría combinada de hombres que tienen sexo con otros hombres y usuarios de drogas inyectables (HSH/UDI) el 0.5%.

El 84.8% de los casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 15.2% a mujeres, estableciéndose una relación hombre-mujer de 6 a 1. Sin embargo, al interior del país se observan entidades federativas con relaciones que van de 3 a 1 (Puebla, Tlaxcala y Morelos), hasta otras con razones de 9:1 (Nuevo León y Distrito Federal). Lo anterior, muestra la heterogeneidad en la forma de transmisión del SIDA a lo largo del territorio nacional, que en algunas entidades es predominantemente homo/bisexual y en otras heterosexual.

El SIDA afecta mayoritariamente a la población en edad productiva en ambos sexos (79.1% de los casos corresponde al grupo de 15-44 años), teniendo graves repercusiones en el bienestar económico de miles de familias. El 2.4% de los casos corresponden a menores de 15 años.

Las entidades federativas las mayores tasas acumuladas de SIDA son Baja California Sur, el Distrito Federal, y Campeche; y las de menores tasas acumuladas son Zacatecas, Tabasco e Hidalgo. Según el Registro Nacional de Casos de SIDA, actualmente se encuentran vivos el 44.3% de los casos de SIDA. Un análisis por institución nos muestra que, uno de cada dos casos se concentran en la Secretaría de Salud (51.3%), y una tercera parte en el Instituto Mexicano del Seguro Social (34.0%).³

La pandemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) en la Ciudad de México va en aumento, ya que se incrementaron casi al doble en los últimos años, ya que el número de expedientes de

³ CONASIDA: <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/pre2003.pdf>

enfermos de mil 300 paso a 2 mil 500, según cifras del Programa de VIH-Sida del Gobierno del Distrito Federal.

Aunque la ONUSIDA considera que el cuadro de infecciones es de baja prevalencia, es decir una de cada cien personas está infectada; el mayor problema sigue siendo el costo del tratamiento y aun mayor es la falta de educación en el tema de prevención.⁴

Cabe mencionar que el grupo de edad más afectado es el de personas que tienen entre 25 y 35 años de edad, y que también se mantiene la *vía sexual* como la forma de transmisión más frecuente. A su vez es importante hacer notar que México es de los países que se han mantenido estables en cuanto al número de infecciones por VIH. Sin embargo, lo que hay que entender es que si tenemos pacientes de 20 ó 25 años esto implica que se infectaron por lo menos cinco años atrás. Este dato es importante en el diseño de las estrategias de prevención en adolescentes y jóvenes⁵

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, diariamente ocurren en el mundo 100 millones de relaciones sexuales, de las cuales alrededor de un millón terminan en embarazos no deseados, sin embargo esta situación aunque alarmante, viene acompañada muchas veces de otra de igual magnitud ya que dentro de estas actividades cerca de medio millón derivan en alguna enfermedad de transmisión sexual. Estos riesgos pueden disminuirse con el uso correcto y constante de los condones.⁶

Tomando en cuenta la información arrojada por el Programa de VIH-SIDA del Gobierno del Distrito Federal, la mayoría de personas infectadas oscilan entre los 25 y 35 años de edad, y como causa principal aparecen las prácticas sexuales de alto riesgo las

⁴ Idem

⁵ Mirtha Hernández, Grupo Reforma. 21 de octubre de 2002:
http://www.sexualidadjoven.cl/noticias/Not_Mexico/not_mexico_29%20oct_JOVENES_Piden%20espacio%20para%20desarrollo_Reforma_21OCT2002.htm

⁶ <http://www.ssa.gob.mx/conasida/preven.htm> diciembre de 2003

cuales para efecto de esta investigación serán entendidas como relaciones sexuales sin uso del condón; o algún otro método de protección que evite la transmisión del VIH, como la práctica del sexo seguro.⁷

Algunas dudas que surjan con relación al tema se podrán responder con esta investigación, y en un futuro será de gran ayuda en la implementación de nuevos planes de acción en contra de la transmisión del VIH/SIDA a través de la prevención en este caso el uso del condón. Para enriquecer esta investigación ha sido necesario contar con un marco teórico sobre VIH, en los subsiguientes capítulos se abordarán temas que permitirán dilucidar a qué nos enfrentamos y cuál es la visión del universitario ante esta situación.

En el capítulo uno se tocará tema de la percepción de riesgo, sus características, el papel tan importante que juega la toma de decisiones y además de conocer cómo es el proceso que se lleva a cabo, es decir; que elementos están implícitos al momento de realizar una acción específica, así como los supuestos teóricos que explican cómo se lleva a cabo una toma de decisiones de manera adecuada.

Lo anterior ayudara a hacer más fácil de comprender la naturaleza de la percepción como un proceso de extracción de información que reconoce al conocimiento como parte de esta toma de decisión, lo cual es un factor muy importante en la prevención.

En el capítulo dos se conocerá la etiología de esta enfermedad, así como la definición correcta del virus para aprender a diferenciarlo de la enfermedad en sí, esto como parte de la importancia del manejo de la información que poseen las personas acerca del tema, antecedentes y origen del VIH, su desarrollo en el mundo y en México, así como los factores causales de la infección y como repercute la conducta sexual plagada de mitos

⁷ Mirtha Hernández, Grupo Reforma. 21 de octubre de 2002:
http://www.sexualidadjoven.cl/noticias/Not_Mexico/not_mexico_29%20oct_JOVENES_Piden%20espacio%20para%20desarrollo_Reforma_21OCT2002.htm

y roles estereotipados, desde la adolescencia hasta la juventud para que se sigan replicando conductas de riesgo entre los jóvenes.

Asimismo los factores sociales y demográficos involucrados en la conducta sexual y su aportación para que la infección siga adelante además de ver el impacto que causa hoy en día en la población.

En el capítulo tres, teniendo como antecedente que las infecciones de transmisión sexual durante muchos años han sido causa de muertes y que hoy en día la situación sigue siendo la misma, se abordaran las diferentes investigaciones realizadas acerca del SIDA y el uso de condón, así como la situación de salud en México, a su vez se tocara el tema relacionado con la promoción eficaz del condón como método seguro de prevención de infecciones.

El desconocimiento acerca de los tópicos referentes a la sexualidad es el resultado de la educación sexual que se maneja en nuestro país, el tema de la sexualidad sigue siendo un tema tabú entendiendo esto como algo de lo que no se puede tocar o hablar libremente, un mito, una semi-verdad que se transmite de generación en generación para toda la sociedad mexicana, y más aun cuando se habla de uno de los métodos de barrera más efectivos de prevención de estas infecciones y del embarazo: el condón.

La situación parece sencilla pero regularmente se abordan estos temas de una manera antinatural, irreal, negativa y prejuiciada, cuando lo ideal sería abordar la educación sexual de una forma natural, real, positiva y androgina, esto último significa que no se le debe masculinizar ni feminizar, sino enseñarse por igual la necesidad de crear estereotipos.

Además aquí se dará una perspectiva diferente de lo que conocemos del condón ya que se abordan distintas investigaciones acerca del SIDA y del uso del condón como método preventivo de la infección, conoceremos su eficacia y se abordará el tema de la

apropiada promoción del uso del condón para diferentes públicos y países, y de cómo esto nos dará una imagen más positiva del condón.

En el capítulo cuatro se podrá conocer la metodología que siguió esta investigación, el tipo de estudio que se realizó definiciones, técnicas utilizadas para la obtención de resultados y el análisis y discusión de los mismos.

Todo lo anterior se podría resumir a la falta de conocimiento de los jóvenes en cuanto las causas de infección del VIH y la no utilización del condón o falta de auto-percepción como persona vulnerable a la infección debido a que cargan con mitos, estereotipos, tabúes e ideas erróneas acerca de la sexualidad; lo que deriva en prácticas de riesgo y el bajo uso de métodos anticonceptivos que a su vez permiten el paso a infecciones de transmisión sexual.

Tomando en cuenta que el universitario está viviendo un periodo de transición y búsqueda de ideales así como la identificación con otros jóvenes lo cual hace más difícil que el mensaje de prevención llegue intacto y modifique la conducta del joven debido a los paradigmas con los que ha crecido desde la adolescencia, el objetivo de esta investigación es identificar si existen diferencias entre géneros con relación a la percepción de riesgo de infección de VIH que tienen los estudiantes de la Universidad del Tepeyac y el uso del condón como método preventivo para evitar esta infección.

CAPÍTULO I
PERCEPCIÓN DE RIESGO

Para abordar el tema de la percepción hacia la transmisión del VIH es obligatorio partir de la necesidad de conocer la naturaleza de la misma, es decir, se requiere conocer los elementos implícitos al momento de llevar a cabo una acción específica. Además será importante conocer las teorías que explican como llevar a cabo una toma de decisiones de manera adecuada, teniendo en cuenta que el conocimiento y el aprendizaje son elementos claves en la prevención ante la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

1.1 Definición y características de Percepción de Riesgo

Percibir no es simplemente el hecho de recibir, es principalmente comprender, primero que nada habrá que analizar lo que es la percepción:

En psicología se han hecho muchas definiciones acerca de la percepción, algunas dicen que la sensación y la percepción constituyen simultáneamente la experiencia sensorial. Las sensaciones vienen a ser una interpretación de las percepciones llevando consigo un significado.

La *percepción* es parte de lo que se conoce como *proceso de aprendizaje*; y esta se forma a través de una serie de situaciones enlazadas que dan como resultado la transmisión de información del organismo de un individuo y le permite conocerlo que ocurre tanto en el exterior así como sus reacciones ante esta información.⁸

⁸ Citado en: Claudia Colin, Basilio, Estrategias de enfrentamiento que utilizan los estudiantes universitarios de C.U. y no estudiantes, hombres y mujeres con percepción y autopercepción de riesgo de contagio de VIH. Tesis Facultad de Psicología. UNAM. p.109

En general, la percepción puede definirse como el proceso por medio del cual un organismo recibe o extrae alguna información del medio que lo rodea, es decir que adquiere el conocimiento del medio, en otras palabras; la percepción es el proceso fundamental en la adquisición de conocimiento.⁹

La percepción es un proceso equiparable a la discriminación o a la diferenciación, y ligada íntimamente a la observación. Regularmente se usa para referirse a procesos nerviosos y de recepción complejos en relación a otros, que se encuentran en la base de la conciencia que tenemos de nosotros mismos y de nuestro mundo. Aunque este término se restringe a los aspectos que se refieren a la experiencia, tiene ciertas *implicaciones conductuales*. La percepción de objetos, situaciones y relaciones está frecuentemente correlacionada con relaciones externas particulares.

Por ejemplo; si *percibimos* que una caja es pesada, lo más seguro es que usaremos ambas manos para cargarla, de otra forma utilizaríamos solo una mano, con esto quiero decir que sí podemos notar diferencias entre objetos esto nos hace comportarnos de diferente manera hacia cada uno de ellos, de no notar ninguna diferencia la conducta diferencial dejará de aparecer.

Por su parte Boring y Weld manifiestan que la percepción es el primer fenómeno en la cadena que conduce del estímulo a la acción, o bien es la respuesta hacia algún cambio o como se hablaba antes una diferencia, por su parte Johnson afirma que la materia prima entregada al cerebro por los órganos, y que es conducida por los nervios sensoriales, es interpretada y utilizada acorde a las experiencias pasadas del individuo y le permitirán seguir llevando a cabo cualquier actividad que en algún momento éste se encuentre llevando a cabo.¹⁰

⁹ Ronald, H, Forgas Percepción proceso básico en el desarrollo cognoscitivo, p. 13,15.

¹⁰ Citado en: Claudia Colin, Basilio, Estrategias de enfrentamiento que utilizan los estudiantes universitarios de C.U. y no estudiantes, hombres y mujeres con percepción y autopercepción de riesgo de contagio de VIH. Tesis Facultad de Psicología. UNAM.

Para Feldman, la percepción incluye la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización. La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no sólo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro.¹¹

Por otro lado, la percepción según Bartley es la actividad general y total del organismo que acompaña a las impresiones energéticas que se producen en los órganos de los sentidos, y que el aparato sensorial es el mediador entre el interior y el exterior tal mediación antecede a la utilización.¹²

Por tanto, este tipo de conducta no puede considerarse como una unidad aislada de actividad, sino como una serie de reacciones cada una de las cuales puede tomarse como una unidad y llamarse respuesta perceptual, es decir, antes de que una persona emita una respuesta ante un estímulo, primero habrá realizado una serie de reacciones inmediatas, a las que denominará respuesta perceptual al exterior; una vez que se llega al punto terminal, su reacción se designará expresión de un juicio. El juicio es la integración de varios conceptos o percepciones inclusive de memorias.

Cuando se habla de la percepción como respuesta ante una situación se refiere a una experiencia o a una expresión que proviene del exterior. Las emociones y las acciones pueden estar mezcladas de una manera más fuerte en la que se podían discernir entre sentimientos y acciones al tratar de describir una conducta en el individuo. No obstante autores como, Bartley que decían que no era imperante la existencia de la experiencia antes de la acción, sino que se debía resolver el problema directamente a través de la acción misma.

¹¹ Robert Feldman, Psicología, p. 646.

¹²Op. cit. p.45

Asimismo, explicaba que es necesario identificar las respuestas motoras de acción inmediata ya que estas van a servir para definir las como percepciones. Estas reacciones son llamadas reflejos, las cuales serían consideradas como ejemplos de conducta perceptual siempre y cuando adquieran la forma de conducta discriminativa.

Un punto que se considera importante de la percepción, es que es simbólica, es decir; existe una relación entre el organismo y el medio ambiente y ésta se ve reflejada en sus conductas. Por ejemplo, un individuo puede ver felicidad o tristeza, pero este tipo de reacciones son meramente simbólicas, sin embargo las energías reales le proporcionan algo que no está en ella. Los aspectos emotivos de la conducta expresan el valor que la situación tiene para quien la recibe, incluyéndose también la evaluación de daño, indiferencia y bienestar.

Lo anteriormente expuesto puede darnos una pauta acerca de que las propiedades emocionales de la percepción constituyen uno de los aspectos de la misma; es decir que están implícitas y no existe forzosamente relación con el estímulo, pudiendo ser cualquier cosa sometida a lo que el que percipiente es, como a sus experiencias pasadas. Así mismo toda conducta del individuo está relacionada de alguna forma con el medio que lo rodea. Por tanto, según Bartley tenemos varios nombres para referirnos a las actividades de relación del individuo como son: percepción, conocimiento, pensamiento, memoria, reflexión, etc.¹³

Una forma de mediación de nuestros pensamientos se hace a través de la reflexión o el juicio, esto sería pensar, lo que implicará forzosamente un proceso activo en el tiempo y sin conexión temporal a un algún evento externo o definido. Conocer es igual a aprehender la verdad, es decir, ser poseedor de la experiencia directa o mental de estar seguro de algo cuyas características sean entendibles. Esto es; conocer es igual a percibir directamente

¹³ Idem

cualquier cosa o situación como verdadero, de esta forma el conocimiento sería una forma de percepción.

Lo anterior nos dice que el individuo hace lo posible por que sus experiencias formen parte del encuadre que existe en el exterior y que es independiente a el, en otras palabras; si reconoce actuará correctamente. El conocimiento será la expresión de la acción correcta y esto será igual a la experiencia correcta. Si no se conoce, la conducta entrara en conflicto con los propósitos y con las condiciones externas, entonces la percepción es un medio de conocimiento.

Por su parte Darley considera, que las experiencias que llamamos *percepciones* suelen depender tanto de nuestras experiencias anteriores como de nuestro conocimiento del entorno cuya información llega a nuestro cerebro. Sin embargo, investigadores como J. Gibson comentan que estas investigaciones nunca tomaron en cuenta que la interacción activa que en la búsqueda de información se lleva a cabo entre los organismos y su medio natural. Por lo que nuestros sistemas sensoriales no se limitan a percibir y sacar inferencias a través del cerebro sino que ha evolucionado hasta convertirse en sistemas perceptuales por si mismo.¹⁴

La percepción abarca todos aquéllos procesos de entendimiento de un individuo, ya que al parecer es una característica aprendida del comportamiento que en ella influyen factores internos y externos, y en ambos tipos de factores o señales afectan la manera cómo la persona atiende a estos estímulos, de esta manera las experiencias anteriores influyen en la percepción de los estímulos con que hubo un contacto previo, aunque también se dice que otros factores que influyen en la percepción de los estímulos son los estados fisiológicos, los factores socioculturales asimismo los factores de la personalidad.¹⁵

¹⁴ Citado en: Claudia Colín, Basilio, Estrategias de enfrentamiento que utilizan los estudiantes universitarios de C.U. y no estudiantes, hombres y mujeres con percepción y autopercepción de riesgo de contagio de VIH. Tesis Facultad de Psicología. UNAM. p. 113

¹⁵ Ronald, H., Forgas, Percepción proceso básico en el desarrollo cognoscitivo, p. 13

Tomando en cuenta lo anterior se puede encontrar una relación con la teoría de Asch en la que trató de demostrar el principio de la Gestalt que establece que la experiencia social no es arbitraria sino que es el resultado de una organización vinculada y significativa.¹⁶ Asch, empleando procedimientos experimentales, mostró que algunos rasgos son más centrales que otros en la formación de impresiones y que un rasgo que es central en un conjunto de rasgos puede ser totalmente periférico en otros, y además posee la propiedad de una parte de un todo por lo que ejerce influencia sobre la organización total de la cual forma parte y es influida por ella, así mismo las impresiones existentes determinan el contexto en el que se forman otras impresiones.¹⁷

De esta manera la percepción que las personas tienen sobre el VIH está influida por factores como el contexto en que se ha dado, la forma en que las personas manejan la información y sus características de personalidad que ocasionan que los individuos no estimen objetivamente su propio riesgo de adquirir el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH).

Para comprender más el significado de percepción de riesgo, es necesario hacer un alto para conocer a que se refiere el término *riesgo*, a continuación veremos varias definiciones de lo que esta palabra significa dentro de diferentes ámbitos:

- Se denomina riesgo a la probabilidad de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente desencadenar alguna perturbación en la salud o integridad del trabajador.¹⁸

¹⁶ Morton, Deutsch , Robert, M. Krauss, Teorías en psicología social, p. 140

¹⁷ Edward, E., Jones, Fundamentos de psicología social, p. 285-289

¹⁸ Riesgo: saludocupacional.univalle.edu.co/diccionario.htm , Octubre,2005.

- Para Turner es un evento concentrado en tiempo y espacio, el cual amenaza una sociedad con consecuencias mayores no deseadas, como resultado del colapso de las precauciones culturalmente aceptadas como adecuadas.¹⁹
- Arriesgarse o hacer un intento. Tener cualquier tipo de sexo sin condón de látex puede llevar riesgos de infección con una infección de transmisión sexual (ITS). También es riesgoso para la infección del VIH y otras infecciones de la sangre como la hepatitis B, compartir agujas de drogas.²⁰
- Probabilidad de que se produzca una pérdida, ya sea de la salud, monetaria, bienes, el hecho de obtener un resultado desfavorable como resultado de la exposición a un evento azaroso dado.²¹
- Contingencia o proximidad de un daño.²²

Los investigadores se han esforzado por entender el riesgo como una variable psicológica que afecta la percepción, los modelos que hablan sobre riesgo, consideran el cambio de conducta como resultado del riesgo percibido y entenderemos como riesgo, la contingencia y/o proximidad de una daño, es decir, un suceso que pueda desencadenar consecuencias mayores no deseadas dentro de la gran variedad de situaciones precautorias impuestas y aceptadas por la sociedad.

La percepción de riesgo a contraer esta enfermedad es un factor que se ha estudiado últimamente, dado que se espera que el reconocer el riesgo de infección sería un agente favorecedor para disminuir las relaciones de alto riesgo, entendiendo por estas; aquellas

¹⁹ The development of disasters: a sequence model for the analysis of the origin of disasters. *The Sociological Review* 24(4), pp. 753-774

²⁰ Anameli Monroy de Velasco. Salud y sexualidad del adolescente. p. 24

²¹ Riesgo: es.wikipedia.org/wiki/Riesgo

²² Riesgo: <http://www.definicion.org/riesgo>

relaciones sexuales que son practicadas sin una medida de protección como sería el uso de un condón o preservativo.

Lo anterior es de suma importancia ya que el único método de control de la infección por el VIH, es que las personas no realicen prácticas de alto riesgo de contraer el virus que causa el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), sin embargo se ha encontrado en diversos grupos de la población que las personas no se sienten en ningún riesgo de contraer la enfermedad debido a que estiman sus posibilidades de contagio como muy bajas, pero tienden a percibir más alta la probabilidad de contagio en otros grupos de los cuales ellos no forman parte. Es decir, la gente tiende a estereotipar clasificar a los demás a partir de determinadas características de un grupo.²³

Según el Dr. Lawrence Green, director del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston, "la percepción de un alto riesgo y un resultado catastrófico son factores que pueden influir grandemente para la motivación al cambio, mientras que la percepción que tiene la mayoría de los heterosexuales acerca del riesgo que ellos enfrentan de contraer la enfermedad es tan bajo, que difícilmente las campañas educativas a favor de relaciones monógamas tendrán efecto"²⁴

La mayoría de las personas presentan sesgos cognoscitivos lo que ocasiona que sus estimaciones de sean basadas en estereotipos y esto permite atribuir las situaciones a una causa-efecto a gente fuera del grupo a que pertenece; es decir "esto le pasa a fulanito porque es gay... o porque es prostituta...es que era drogadicto..."y frases como éstas con sus respectivas variantes cargadas de ignorancia, y es por esto que las personas pueden considerarse sujetos de bajo riesgo de contagio ya que no pertenecen a uno de los grupos que comúnmente han considerado como de riesgo.

²³ Rolando Díaz, Loving, et.al; Patrones de Conducta Sexual, Autopercepción de Riesgo y uso del Condón en estudiantes. Revista de psicología Social y Personalidad. Vol. 8 No.1 y 2 pp. 1-32

²⁴ Estudios de Percepción de riesgo: CENSIDA, 1989, <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>

A continuación revisaremos algunas definiciones de lo que es percepción de riesgo:

El estudio de la autopercepción o estimación de riesgo de enfermarse es importante para entender por qué la gente realiza conductas que ponen en riesgo su salud o en su defecto conocer qué agentes motivan a las personas buscar el cuidado de su salud.²⁵

Sin embargo, se plantea que los individuos modificarán sus conductas si tienen conocimiento de la enfermedad y su forma de contagio y su propensión a ella²⁶; es decir que la estimación de riesgo está vinculado a los conocimientos y creencias acerca del contagio de dicha enfermedad ya que esto llevaría a los sujetos a evaluar en primer término sus conductas y en segundo término a tomar medidas de prevención.

La percepción de riesgo se refiere a la estimación que el sujeto emite acerca del probable suceso o de un evento.²⁷

La percepción de riesgo es una representación cognitiva que capta la persona en el medio ambiente y que le resultan significativamente amenazantes.²⁸

A su vez Johnson propone algunos aspectos en los que está basada la percepción de riesgo:

²⁵ Citado en: Claudia López Becerra, Estilos de enfrentamiento y percepción de riesgo en adolescentes, Tesis UNAM

²⁶ Daniel Wilson, R, Greenspan. “Psychological Predictors of HIV-Preventive Behaviour Among Zimbabwean Students” The Journal of Social Psychology, 19 (2), pp. 293-295, traduc. Hope Marie Aune

²⁷ Thomas, Prohaska, et.al. , Determinants of Self –perceived Risk of AIDS. Journal of Health on Social Behaviour, pp. 5-9 traduc. Hope Marie Aune

²⁸ Benjamin Johnson, Risk and culture. Journal of cross-cultural psychology p. 201, traduc. Hope Marie Aune

- ✓ **Surge la atención:** Qué eventos capta la persona que le llaman la atención porque resultan significativamente amenazantes.
- ✓ **Estimación del riesgo:** La magnitud del riesgo
- ✓ **Evaluación del riesgo:** La seriedad del riesgo
- ✓ **Atribución de la causa y culpa:** Quién causa el riesgo y quién es el culpable de la distribución
- ✓ **El control del peligro:** Cómo trata la persona de controlar el riesgo
- ✓ **Estrategia:** Qué acciones elige la persona para conseguir un control sobre el riesgo²⁹

La percepción de riesgo puede ser delineada a través del análisis factorial como una estructura relativamente simple.³⁰ En particular existen 2 factores típicos a considerar dentro del análisis: el miedo y la comprensión e incomprensión que se tienen del riesgo; sin embargo la gente no solo llega a basar sus percepciones en los factores anteriores, sino también hace uso de una gran cantidad de información para realizar sus inferencias sobre el riesgo y de esta forma buscar explicaciones causales que le permitan entender el riesgo.

La estimación del riesgo implica una toma de decisión y está a su vez involucra procesos motivacionales y cognitivos. Se cree que una visión cognoscitiva de la toma de decisiones ayudará a entender y prever las circunstancias que rodean a los individuos.³¹

1.1.2 Modelos de Toma de decisiones

Existen modelos mediante los cuales se trata de entender el hecho de elegir cualquier alternativa en relación a la práctica del sexo protegido y a su vez proporciona información

²⁹ Rolando Díaz, Loving y S. Rivera, Aragón. Prevención y autopercepción del riesgo ante el Contagio del VIH en estudiantes Universitarios. Investigación Psicológica Vol.2 (1) 27-38

³⁰ Daniel Kahneman, et.al. Probabilidad Sujetiva, Cap. 3 32-47

³¹ Citado en: Citado en: Claudia López Becerra, Estilos de enfrentamiento y percepción de riesgo en adolescentes, Tesis UNAM

acerca de las distintas formas en que se puede analizar la información para llegar a una predicción de elección.

- ✓ En el Modelo de Pesos Aditivos, se hace una elección en base al evento que tuvo mayor preferencia o fue mas popular de entre una serie de eventos diversos, sin embargo se considera que no es posible explicar el nivel de procesamiento de información a través de este modelo.
- ✓ Cuando existe una persistente elección a lo largo de un proceso estamos hablando de un Modelo de Dominancia; el cual consiste en la existencia renuente de no romper paradigmas y hacer las cosas de la manera ya acostumbrada.
- ✓ El Modelo Lexicográfico es aquél que analiza si existe alguna organización entre los factores de una decisión; es decir, se realiza todo un proceso de racionalización basándose en la acción que se va a llevar acabo analizando ventajas y desventajas de la misma.
- ✓ La noción de racionalidad es el argumento de este modelo, donde quien toma la regularmente no puede maximizar en muchas situaciones a la vez por lo que debe optar por una solución o decisión alterna que le resulte mayormente satisfactoria, aun cuando su decisión pudiera optimizarse por encima de la información de las alternativas. A este modelo se le llama de Satisfacción.³²
- ✓ Existe también el Modelo Compuesto, en este tipo de modelo se intenta poner sobre la mesa los pros y contras de las decisiones primarias y secundarias de manera que aunque llegasen a estar ligadas las unas con las otras se logren eliminar a través del

³² Simon, cit. por Berl, Lewis y Morrison, cit. en: Claudia López Becerra, Estilos de enfrentamiento y percepción de riesgo en adolescentes. pp. 54-55

rompimiento de la liga entre ellas, poniendo en consideración cuál de ellas resulta menos satisfactoria.

La toma de decisión consta de tres etapas:

1. Los procesos anteriores a la toma de decisión
2. El acto de la decisión
3. Los procesos posteriores a la toma de decisión.

Situándome en la prevención del contagio del VIH considero importante poner atención en dos importantes etapas³³:

- ✓ En la primera etapa la persona se encontraría en una situación de toma de decisión donde tiene que hacer uso de la información disponible
- ✓ Después entraría la percepción del riesgo y la preocupación del contagio, en esta etapa surge la manifestación verbal sobre la estimación de riesgo del contagio del VIH.

1.1.3 Procesos anteriores a la toma de decisión

Aquí están presentes dos elementos muy importantes de la toma de decisión, es decir, la tarea y el que toma la decisión o decisor. El decisor es quien va a trabajar en la evaluación de una tarea así como su resolución, y ésta deberá poseer ciertas características:

- ✓ La complejidad, que se relaciona con el contenido y número de opciones sean simples o compuestas.

³³ Leonard Mann, Elementos de psicología social Temas básicos de psicología. pp.180-204

- ✓ El dinamismo, se refiere al desarrollo temporal ya sea estático o dinámico y al riesgo, el cual evalúa qué tan seguro es el conocimiento que el sujeto tiene de los elementos implicados y esto le permitiera hacer una evaluación dicotómica de las tareas en determinantes y probabilísticas. El decisor es considerado como un procesador de información activo con sus limitaciones en cuanto a almacenamiento de información y procesos de la misma.

1.2 La naturaleza de la percepción como un proceso de extracción de información

En esa búsqueda de conducta adoptativa, la manera como el individuo adquiere conocimientos acerca de su medio tiene gran importancia. La adquisición de tal conocimiento requiere extraer información del vasto conjunto de energías físicas que estimulan los sentidos del organismo.

Lógicamente, únicamente a los estímulos que tienen trascendencia informativa, es decir, que dan origen a algún tipo de acción reactiva o adaptativa del individuo, se les debe denominar información. Para este propósito, definiremos *la percepción diciendo que es el proceso de extracción de información.*³⁴

Cuando se hace una comparación de los mamíferos superiores y en especial al hombre, con los animales inferiores, es impresionante que los procesos adaptativos de tales animales se hayan perfeccionado tanto a través de la evolución genética. Esto quiere decir que sus programas perceptuales se encuentran *encajados en la estructura, conectados internamente o preconectados* desde el nacimiento.

³⁴ Ronald, H, Forgas, Percepción Proceso en el desarrollo cognoscitivo. p. 13

Lo anterior puesto de otra manera sería simplemente que los programas por los cuales la información se codifica en los animales inferiores, son en gran parte heredados y por lo tanto no es modificable por la experiencia.³⁵

A medida que ascendemos en esta escala de orden filogenético, se puede ver que el aprendizaje influye cada vez más en la percepción y esta determinada por programas innatos. Y esto resulta necesario para el comienzo de la conducta adaptativa, pero el crecimiento, el desarrollo y la experiencia *modifican los programas*. Por ejemplo, en los tipos de información extremadamente complejos y abstractos que deben ser extraídos en diferentes tareas, como las de la apreciación estética de una pintura o una gran composición musical, la solución de un problema matemático o la percepción de otro ser humano.

Esta implicación universal del proceso de extracción de información en la conducta adaptativa del hombre es lo que le indujo a creer que debemos relacionar la percepción con el problema general del desarrollo cognoscitivo, si queremos entender completamente la naturaleza de la recepción, adquisición, asimilación y utilización del conocimiento. Considerada de esta forma, *la percepción es el proceso fundamental en la adquisición de conocimiento*. Por lo tanto se concibe a la *percepción* como el *conjunto total* y el *aprendizaje* y el *pensamiento* como *subconjuntos* incluidos en el proceso perceptual.

Sin embargo no se hará hincapié en la dinámica formal del aprendizaje como tal puesto que eso se puede encontrar en muchos libros que tratan específicamente de los principios y la teoría del aprendizaje. Para crear un sustento en esta posición, habrá que investigar más a fondo la relación entre *percepción*, *aprendizaje* y *pensamiento*. Con la finalidad de hacer ver que las tareas superiores requieren la extracción de una información cada vez más amplia, en el siguiente apartado se tratarán de esbozar las subtareas que implica la compleja tarea de la percepción.

³⁵ Ibid p. 14

1.2.1 Relación entre percepción y aprendizaje

Siguiendo con la tesis de que la percepción es un conjunto total que incluye los subconjuntos del aprendizaje y del pensamiento en el acto completo de obtención de información resultará demasiado original o extraña para que algunos individuos la acepten. No obstante, se debe comenzar a averiguar cuál es la relación entre estos tres procesos cognoscitivos.

Por tradición, a la *percepción, al aprendizaje y al pensamiento* se les ha llamado *procesos cognoscitivos*, puesto que todos están relacionados, hasta cierto punto, con el problema del conocimiento. En general *la percepción puede definirse como el proceso por medio del cual un organismo recibe o extrae alguna información del medio que lo rodea.*³⁶ El aprendizaje se define como la actividad mediante la cual esa información se adquiere a través de la experiencia y pasa a formar parte del repertorio de datos del organismo. Por tanto, los resultados del aprendizaje facilitan una nueva obtención de información, puesto que los datos almacenados se convierten en modelos por comparación con los cuales se juzgan los indicios.

El más complejo de esos procesos cognoscitivos, llamado pensamiento, que también hace uso de modelos, es una actividad cuya realización inferimos cuando un organismo se ocupa en solucionar problemas.

Ahora bien, la solución de problemas complejos requiere que se empleen símbolos de mediación como el lenguaje, los números, o algún otro dispositivo. La dificultad del problema puede determinarse de acuerdo con la facilidad relativa con la que se puede obtener la información requerida para su solución. Cuando un individuo puede obtener la información casi inmediatamente, no hay problema. El problema se torna más difícil a medida que la "información potencial" va siendo menos accesible o más abstracta. Obtenemos información

³⁶ Idem p. 14

abstracta o "oculta" aprendiendo a usar conceptos. Cuanto mayor sea nuestra capacidad conceptual; tanto mayor será nuestra capacidad general para solucionar los problemas.

En resumen se puede afirmar que a medida que el conjunto perceptual se amplía y se torna más complejo y rico con la experiencia, el individuo se vuelve capaz de extraer más información del medio que lo rodea. El proceso empieza como una simple acción refleja al nacer y crece a través de la maduración y del aprendizaje para producir conjuntos más fuertes que son mediados por conceptos; así, el pensamiento se torna más astuto.³⁷

Aunque he tratado de hacer una distinción entre percepción, aprendizaje y pensamiento en las definiciones anteriores, los tres procesos cognoscitivos presentan una estrecha relación bilateral y es difícil separarlos en situaciones prácticas. Por eso, otras personas podrán definir estos tres términos de manera ligeramente diferente.

Por lo anterior puede alguien verse envuelto en controversias teóricas. Para evitar el argumento y para manipular más fácilmente los fenómenos cognoscitivos en forma descriptiva, haré notoria la continuidad del proceso cognoscitivo.

Al principio de este proceso, aprendizaje y pensamiento son inexistentes, u operan a un bajo nivel. Pondré de ejemplo a las computadoras, podemos decir que es como la programación, existe por naturaleza como parte de la estructura o conectada internamente. Cuando la extracción de información requiere de un esfuerzo más activo por parte del organismo, el aprendizaje y el pensamiento representan un papel cada vez más importante; es decir que la programación básica recibe una modificación. Por lo anterior se considera *al aprendizaje y al pensamiento como eventos o procesos que ayudan en la extracción de información.*

³⁷ Ibid p. 15

Considerando a la percepción definida como el proceso de extracción de información, parece claro por qué la consideramos la construcción principal, ya que la conducta adaptativa tiene su origen en la percepción. Para dar un ejemplo, la distinción de la cara de la madre requiere del aprendizaje niño esto, admite, una reacción hecha en la estructura, que es la percepción.

La relación entre el aprendizaje y el pensamiento en el proceso perceptual se presenta de la siguiente manera: Los estímulos que llevan información potencial son observados por el organismo, que extrae una parte de la información presente, ayudándose con el proceso *llamado aprendizaje*. Ese aprendizaje modifica al organismo de forma que la percepción de los mismos estímulos también será modificada posteriormente. Un ejemplo sería, cuando una persona es presentada por otra desde el momento de escuchar su nombre adquiere un aprendizaje sobre esta. En una próxima ocasión en que tenga un encuentro con esta persona, la percepción y reacción emocional ante esta, será distinta a la primera ocasión, ya sea de manera negativa o positiva con base en la primera experiencia, con esto podemos decir que es cierto lo que dicen que la primera impresión es la que cuenta.³⁸

Se indica también que el aprendizaje puede guiar al pensamiento a través de una manipulación de aspectos aprendidos con anterioridad; este *pensamiento* modifica al organismo a través de la inclusión de nuevo *aprendizaje*, que a su vez, modifica la *percepción* de la situación estimuladora. Ese suceso puede observarse debido al cambio que ocurre en la percepción a medida que vamos comprendiendo la solución de un problema particular, haciéndonos pensar sobre acercamientos posibles. Cuando encontramos una solución apropiada, el problema ya no lo es y todos los aspectos son situados en la perspectiva conveniente.

³⁸ Ibid p. 16

Resumiendo lo anterior; se debe entender relación entre aprendizaje y pensamiento en el complejo proceso de la percepción. Los estímulos disponen de información, que el organismo extrae como aprendizaje. Este aprendizaje modifica al organismo de manera que la percepción posterior de los mismos estímulos será diferente. El proceso de pensamiento que resulta del aprendizaje primero, también modifica al organismo porque ocurre nuevo aprendizaje, modificándose así la percepción de los estímulos.³⁹

1.3. La casualidad personal y el proceso de atribución

De la misma manera en que hemos distinguido entre objetos que sólo son físicos y los que son además sociales, podemos discernir entre casualidad personal e impersonal. Tal distinción la hizo hace muchos años Fauconnet según lo traduce Heider.

“Existe una causalidad peculiar del hombre diferente de la causalidad que se da entre los fenómenos naturales. En cierto sentido, el hombre es causa primera, si no de los movimientos físicos que constituyen sus actos, al menos de su calidad moral...

De esta causalidad perfecta se origina su responsabilidad... Existe auténtico antagonismo entre esa idea (la de la causalidad humana) y la idea científica de la causalidad. Antes que nada, la ciencia sólo sabe de causas secundarias: toda causa en sí misma no es más que un efecto y la explicación causal es una progresión que no tiene fin. En segundo lugar, para la ciencia la causa es un fenómeno y las leyes de la causalidad sólo describen relaciones necesarias sobre fenómenos.

Por otra parte, la persona que se concibe como causa, es causa primera; el acto –dijo Aristóteles- tiene su principio en sí mismo; en segundo lugar, los dos términos son heterogéneos. Entre ellos existe no la relación de fenómeno a fenómeno, que expresa una ley, sino la relación de productor a producto, de trabajador a obra acabada.”⁴⁰

³⁹ Idem

⁴⁰ Edward E., Jones, et.al., Fundamentos de Psicología social. p. 277

Lo anterior se refiere a que la forma en que se dan las situaciones entre hombres es totalmente distinta a los hechos de tipo naturales, ya que el ser humano es responsable de sus actos y por consiguiente esto origina responsabilidad hacia los mismos. Sin embargo existe una discrepancia entre el origen de las situaciones de tipo natural y las de causalidad humana.

El perceptor humano trata de entender la acción hallando una razón suficiente que a veces supone atribuir intenciones y valores al que actúa, pero el perceptor, de una manera ideal, trata de establecer que condiciones han de ocurrir antes de proceder a inferir directamente un valor o una creencia de un acto. Aquí se puede presumir que *lo primordial de un acto es la elección entre alternativas que fueron elaboradas para obtener el máximo de resultado con un esfuerzo minúsculo.*

En otras palabras, todo acto soporta un efecto y, como la gente reacciona con el fin de llevar a término esos efectos, tiene que haber conexiones que deriven entre los efectos y los propósitos. Ahora bien, antes que nada, el perceptor que observa un acto y así como su efecto ha de decidir si el causante sabía que esos resultados o efectos se seguirían de su acto. Las consecuencias de la acción que no fueron previstas por el individuo que llevo a cabo la acción no se pueden calificar como plausibles en relación con la finalidad por la que se llevo a cabo.⁴¹

El tener conocimiento de lo que se va a hacer y sus consecuencias es vital, pues en esto se suelen basar los niveles de responsabilidad ante la acción; por ejemplo en el robo de algo saber si fue hecho de manera *intencional* (lo quería y lo robo), si fue de manera *incidental* (no tenía otra opción) y *accidental* (se lo llevo sin darse cuenta).

Además de las suposiciones previas sobre la acción que el causante tenía de las consecuencias, el perceptor también ha de tener en cuenta toda aquella información que sea conveniente sobre la *habilidad* del que realiza la acción. Ya que no se pueden alcanzar los

⁴¹ Idem

objetivos sin la ayuda de capacidades o habilidades para pasar de la condición de deseo a la condición de obtención y satisfacción. Cuando las acciones de alguien tienen ciertas consecuencias, es importante que el perceptor determine si la persona era *capaz* de lograr esos resultados como respuesta a sus intenciones. Especialmente si no se *logran* ciertos efectos esperados por el perceptor, puede surgir una anfibología sobre si no quiso producir tales efectos o quiso producirlos pero no le fue posible.

Incluso cuando se producen los efectos, quien percibe puede tener el problema de valorar la parte de azar que se haya visto inmiscuida en ello. Si una gimnasta novata hace toda su rutina perfecta, lo mas seguro es que le sea atribuido a la suerte y no a su habilidad para hacerlo. Hay otras ocasiones en que no se asignan hechos para explicar situaciones que suceden ya que no consideramos al ejecutante que sea capaz de producir tal efecto por su voluntad. Por ejemplo; resulta mas sencillo que las personas encargadas de decidir sobre un asesinato crean fue accidental si el inculpado, a quien se considera una persona normal, carece de la habilidad para realizar dicho crimen voluntariamente.⁴²

Quien percibe puede tener información acerca del conocimiento, habilidad o simplemente suponer que existía o no dicho conocimiento. Cualquiera que sea la conclusión del perceptor al respecto, esta afectará la percepción que tenga de las intenciones de la persona. El *conocimiento* y la *capacidad* son condiciones previas para la atribución de intenciones y cada una de ellas tiene un papel similar en permitir a quien percibe determinar si un efecto o una consecuencia de una acción fueron accidentales o no. En algunas ocasiones, solo basta atribuir una intención simple para que sea razón suficiente para llevar a cabo un acto ej. "duerme porque tiene sueño".

Cuanto más importante sea el comportamiento del actuante según el esquema de cosas del perceptor, más probable es que este último manipule los propósitos una vez diferidos, como claves o indicadores de posiciones más estables; creencias, valores y

⁴² Ibid, p. 278

actitudes. Para dilucidar esto último punto se retomara al argumento persuasivo de Heider de que, por lo general, *el perceptor trata de descubrir las propiedades invariantes que subyacen a las manifestaciones paladinas y hacerlo al nivel adecuado de abstracción.*⁴³

Las observaciones anteriores se resumen de la siguiente manera, Por lo general el perceptor empieza con la acción abierta de otro y saca algunas *conclusiones respecto a la capacidad de conocimiento que son las que abren el camino para enfrentarse con el problema de atribuirle intenciones particulares.* Al ser atribuidas, estas intenciones sirven de material para hacer inferencias posteriores sobre valores y otras características estables. A la inversa, los valores, creencias y actitudes de una persona se manifiestan a través de modelos de acción intencionada y se pueden deducir llevando a cabo un proceso adecuado de los datos del comportamiento.⁴⁴

1.4 Percepción de personas

Para Jones la percepción de las personas abarca todos aquellos procesos de cognición o entendimiento de un individuo particular o sobre la información de impresiones sobre él. Es posible percibir a una persona en el sentido literal y estricto de la palabra. Las personas además de ser objetos físicos son objetos sociales y quizá la diferencia más importante entre este tipo de objetos, es que como objetos sociales las personas son centros de acción y de intención. Desde el punto de vista del perceptor, los demás individuos disfrutan de relativa autonomía, libertad de movimiento y de acción, de capacidades para proceder caprichosa e impulsivamente, características de las que carecen los objetos meramente físicos⁴⁵

“Las propiedades más importantes de los objetos sociales no suelen manifestarse mediante estados y cambios físicos; se revelan más bien por comunicaciones de acuerdo a

⁴³ Idem

⁴⁴ Ibid p. 279

⁴⁵ Edward, E, Jones, Principios de psicología social,”Percepción y evaluación de personas” , p. 274

ciertos patrones. La tendencia a pasar más allá de la información dada, es decir, a inferir una disposición a partir de otra, es un aspecto importante en el proceso de percepción de personas. A partir de un patrón de breves miradas, ademanes y unas cuantas palabras, podemos desarrollar una impresión acerca del total de una persona"⁴⁶

El comportamiento social, está condicionado por la percepción social. Nuestro comportamiento con otros es, en gran parte, función de la manera como se categorizan los otros. Categorizar a alguien como cariñoso es esperar que haya una respuesta amable; tal es el significado de la palabra en cierto modo.⁴⁷

Osgood dedujo que cuando la información sobre un individuo lleva a inferir un rasgo en forma claramente positiva o claramente negativa, ese rasgo sirve de foco principal en la atribución de otras cualidades positivas o negativas.⁴⁸ Sin embargo, la tendencia a estereotipar (atribuir a un individuo rasgos que se supone caracterizan a su grupo) puede cegar al individuo para percatarse de las diferencias que existen entre los miembros de dichos grupos (sean raciales, étnicos, socioeconómicos, sexo, edad, etc.) con lo que se puede llegar a una rigidez de raciocinio.⁴⁹

"Por su parte, Chester y cols. definen al estereotipo como cualquier creencia culturalmente compartida y como tal representa una economía psíquica, porque hace a un lado la necesidad de obtener información completa respecto a cada persona nueva que uno pueda conocer.

⁴⁶ Krech y cols. , en :Martha, Lorena, Ramírez , Piñón, Percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios, Tesis facultad de psicología, UNAM

⁴⁷ Luis, Manuel, Ramírez Piñón, Percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios, p. 40

⁴⁸ Edward, E, ,Jones ,Principios de psicología social, "Percepción y evaluación de personas" , p. p. 285-290

⁴⁹ Idem

Cuando uno se relaciona con alguien inicialmente, tan pronto como uno sabe cual es su ocupación, preferencias y grado de inteligencia puede ubicado en una categoría y así predecir temas de interés que faciliten la interacción.

Los estereotipos se vuelven disfuncionales cuando no se modifican al recibir más información respecto de la otra persona específica, siendo lo anterior lo que generalmente sucede. Las primeras impresiones son las que resisten más los cambios, un efecto de primacía en éstas se da siempre que la impresión general de un perceptor esté determinada más por información inicial que por la posterior. Es muy probable que ocurra un efecto de primacía cuando la información inicia, conduce a la formación de impresiones estables que el perceptor protege en tanto que procese información subsiguiente y discrepante.⁵⁰

Por esto, la percepción de las personas está dada culturalmente; los individuos tienden a estereotipar, clasificando a las personas y atribuyéndoles rasgos que caracterizan a su grupo. Los individuos tienden a dejarse llevar por la primera impresión o por la información obtenida sobre los demás, a esto se le llama efecto de primacía, esto resulta muy difícil cambiar si la situación ulterior no demuestra mayor validez que la anterior o primera para el individuo.

1.5 Teorías que abordan la percepción

El interés por estudiar la percepción nos transporta a muchos años atrás por lo cual resultan muy variadas dependiendo de la época en que se realizaron. Su definición como se pudo ver anteriormente, no ha cambiado tanto a lo largo del tiempo únicamente se pueden notar algunas variantes sin embargo a continuación se podrán ver desde el punto de vista de varios teóricos. En esta parte podremos revisar diferentes supuestos teóricos.

⁵⁰Chester y cols., en :Martha, Lorena, Ramírez , Piñón, Percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios, Tesis facultad de psicología, UNAM

Cada percepción es una guía para las acciones subsecuentes que están encaminadas a una meta dada, por ejemplo hablando del uso del condón para llevar a cabo esta tendrán que hacerse varios procesos que de una manera introspectiva o externa genere una respuesta inmediata al conjunto de condiciones que existen al momento de tomar la decisión de usarlo o no.

Dentro del campo de la psicología según Bartley, hay diversas teorías que abarcan diferentes aspectos de la percepción a continuación hablare brevemente de ellas:

Teoría del núcleo y el contexto: Según esta teoría la percepción no se produce como resultado de la experiencia de una de las partes, sino que es producto de la conciencia conjunta de partes interrelacionadas entre si.⁵¹

Siguiendo esta teoría, los componentes sensoriales en si mismos carecen de significado, mientras que la percepción como conjunto agregado si lo posee. Esto es, que las sensaciones se combinan para dar lugar a agregados que por medio de las leyes de atención y el principio de conexión sensorial.

Las imágenes de las experiencias pasadas son también parte del agregado. El significado es una contribución que las imágenes y las sensaciones se otorgan entre si, es decir; el contexto proporciona el significado.

Teoría Transaccional: En esta teoría se muestra la percepción como probabilística, que *pronostica*; otorga un lugar central a los propósitos o la direccional del que percibe y es considerada como una guía de las acciones que continúan a gracias al organismo.⁵²

⁵¹ Citado en: Claudia Colín, Basilio, Estrategias de enfrentamiento que utilizan los estudiantes universitarios de C.U. y no estudiantes, hombres y mujeres con percepción y autopercepción de riesgo de contagio de VIH. Tesis Facultad de Psicología. UNAM. p.111

⁵² Ibid, p. 112

Le da fuerte peso a la experiencia sobre la percepción y no solamente a objetos específicos, sino a la naturaleza del entorno del individuo, incluso algunas presunciones resultan ciertas y la percepción tiene es acorde con estas.

Teoría del estado directivo: En esta teoría se desarrolla una de las primeras aportaciones de la psicología social de la percepción y nos habla de dos factores que resultan fuertemente opuestos entre si, los estructurales y los conductuales. En los primeros se habla de los estímulos, los efectos de la impresión sobre los receptores y las diferentes partes del sistema nervioso ligadas a este proceso. En el segundo factor nos dice que se origina en los procesos superiores que determinan otras características de la actividad psicológica.⁵³

En estos procesos se incluyen las experiencias anteriores, necesidades, tensiones, prejuicios y valores del organismo, en esta teoría se supone que toda la persona esta representada en sus percepciones ya sea que esta percepción sea entendida como personalidad o como producto de una situación específicamente dada.

1.5.1 Comparación Social

La teoría de la comparación social explica un supuesto básico acerca de que la gente tiende a averiguar si sus opiniones son correctas. La teoría de la comparación social supone que esta misma tendencia produce también en la gente comportamientos dirigidos a obtener una apreciación exacta de sus propias capacidades.

La teoría nos marca además, que dado que la gente desea una evaluación exacta de sus opiniones o capacidades sean más bien similares a las suyas que discrepantes: se supone que es posible una evaluación más exacta.

⁵³ Idem

Después, Festinger formula la conclusión de que la tendencia a evaluar exactamente las propias opiniones o capacidades puede conducir a una modificación de ellas con el objeto de aproximarlas a las opiniones o capacidades de aquellos accesibles a la comparación.

La predisposición a modificarse o tratar de cambiar a los demás estará ampliamente determinada por el grado de similitud entre la posición propia y la posición moral de un grupo; cuanto más discordante sea la propia posición, mayor será la probabilidad de modificación.

A su vez afirma que la teoría de la *comparación social* tiene claras consecuencias para la formación de los grupos y la estructura. Efectivamente, la tendencia a la autoevaluación puede conducir a la gente a asociarse entre sí. La teoría sugiere, no obstante, que las tendencias selectivas a asociarse con otros que poseen opiniones y capacidades semejantes a las propias, junto con la influencia que provoca la disimilitud, pueden garantizar una relativa homogeneidad de opiniones y capacidades dentro de los grupos.

Los aspectos no obvios de la teoría residen en tres nociones implícitas: La primera afirma que la exactitud de la evaluación requiere que la comparación se limite a gente cuyas características se asemejen a las propias. La siguiente sería el considerar que la necesidad de comparación con personas similares, posiblemente a fin de ser más exacto, se convierte en una necesidad o motivo por sí misma. Como tal, puede motivar al individuo a cambiar su opinión independientemente de que sea o no correcta.

Y por último, la teoría supone que los procesos de comparación social derivan de la necesidad del individuo de evaluar sus opiniones y capacidades con el fin de obtener apreciaciones correctas de ellas.⁵⁴

⁵⁴ Morton, Deutsch y Robert, M. Krauss, Teorías en psicología social, pp. 66-70

*Este aspecto nos habla de la necesidad de pertenencia de los individuos de un grupo para ser parte de él y asociarse entre sí. Un punto rescatable pero peligroso de esta teoría con base en esta investigación sería, que si todos los jóvenes hicieran este proceso de comparación social de sus actos con los de los demás tal vez se darían cuenta de la riesgo que corren al tomar una decisión relativa a su contagio del VIH y el uso de condón. A continuación se hablara de otra teoría de Festinger conocida como la *disonancia cognitiva*.*

1.5.2. La teoría de la disonancia cognitiva

Postulada por León Festinger, cuyo término "disonancia" hace referencia a las relaciones existentes entre parejas de elementos. Dichos pares mantienen una relación disonante si no se pueden emparejar. Tales elementos se refieren a lo que se conoce con el término "cognición", es decir, aquello que una persona conoce sobre sí mismo, de su comportamiento y de lo que le rodea.

Festinger mantiene que cualquier inconsistencia entre nuestras actitudes y nuestro comportamiento nos motiva a reducir esta incomodidad, en primer lugar tomemos la disonancia individual en la que el individuo trata de mejorar la consistencia en sí mismo. Sus opiniones y actitudes tienden a agruparse de forma internamente consistente. El tipo de consistencia es diferente en cada persona, por ejemplo, una persona que considere que los negros son tan buenos como los blancos pero que a su vez no quiere a ninguno viviendo en su vecindario.

En segundo lugar, tomemos la disonancia entre dos personas. Dos o más personas piensan de distinta forma sobre una cuestión, lo puede provenir de sus diferentes conocimientos, opiniones o creencias sobre el entorno y el comportamiento. Por ejemplo, la Democracia vs. Confucionismo. En general la mentalidad americana, proveniente principalmente del espíritu cristiano de respeto hacia la libertad y derechos humanos. Sin

embargo, la mentalidad coreana se desarrolla a partir del respeto a la fidelidad y piedad filial confucionistas.

El incidente del General Sherman explica la disonancia cognitiva entre americanos y coreanos. Cuando la tripulación del barco coreano secuestró a un oficial americano de alto rango, los americanos pensaron que la negociación entre los dos países tendría éxito. Contrariamente, los coreanos pensaban que "la minoría se sacrifica por la mayoría".

Se puede concluir pues que el incidente del General Sherman se produjo a resultas de lagunas en el conocimiento de ambas culturas y de la falta de información entre las dos naciones.

Entre dos o más grupos la disonancia puede surgir debido a:

- ✓ una inconsistencia lógica,
- ✓ valores éticos y culturales,
- ✓ opiniones específicas y
- ✓ experiencias pasadas.⁵⁵

La teoría de la disonancia cognitiva, en algunos aspectos, es, una ampliación de la teoría de la comparación social. Acordemos que esta última teoría suponía que los procesos de comparación social se desarrollan a partir de la *necesidad de conocer*; la teoría de la disonancia señala que se trata de la necesidad de tener un conocimiento aparentemente congruente.⁵⁶

⁵⁵ Disonancia cognitiva: http://www.loshornoslp.com.ar/capacitacion/mi_libro/tema15.htm

⁵⁶ Ibid p. 71

Festinger resume los aspectos fundamentales de la teoría:

- 1) Entre los elementos cognitivos pueden existir "relaciones desajustadas" o disonantes
- 2) La existencia de disonancia determina el surgimiento de presiones para reducirla y para evitar su aumento
- 3) Las manifestaciones de la influencia de estas presiones incluyen cambios en el comportamiento, en el conocimiento, y una exposición circunspecta a la nueva información y a las nuevas opiniones.

A su vez postula que la "resistencia al cambio" de un elemento cognitivo está determinada no sólo por la incapacidad del individuo para influir sobre los acontecimientos a los que la creencia se refiere, sino también por la cantidad de nueva disonancia que el cambio introducirá en las relaciones con otros elementos cognitivos, ej. Una persona que practique actividades sexuales de alto riesgo es decir; sin uso de condón, no solo va a tener problemas para cambiar estas actividad de riesgo en una actividad segura, sino que también la persona tendrá que afrontar con lo que este cambio va a afectar otros elementos ligados a esta actividad, como el hecho de que no le guste usar condón, o que simplemente no vaya de acuerdo con la personalidad de esta.

La disonancia máxima que puede existir entre dos elementos cuales quiera es igual a la resistencia total al cambio del elemento menos resistente. La magnitud de la disonancia no puede exceder este monto porque, en este punto del máximo posible de disonancia, el elemento menos resistente cambiaría, eliminando así la disonancia.

La teoría de la disonancia difiere de otras teorías de la congruencia porque establece una distinción entre procesos de predecisión y procesos de posdecisión.

Este ejemplo puede aclarar el panorama, si el alimento es caro, dos fuerzas de dirección opuesta actúan sobre el ama de casa. Está en conflicto. La fuerza que se opone al gasto de demasiado dinero impide que el alimento siga ese canal. Una segunda fuerza, correspondiente al atractivo de alimento, tiende a colocarlo dentro de él. Supongamos que el ama de casa decide comprar un trozo de carne cara; el alimento atraviesa la barrera. El ama de casa estará ahora muy ansiosa por no desperdiciarlo. Las fuerzas que anteriormente se oponían, apuntarán ahora en la misma dirección; el alto precio que tendía a excluir el alimento caro es ahora el motivo por el cual el ama de casa se asegura de que a través de todas las dificultades la carne llegue intacta a la mesa y pueda ser comida.

La teoría de Festinger generaliza la idea de que la situación posterior a la decisión puede diferir de la situación previa. Por ejemplo, el decir: "estoy a favor del uso del condón, pero yo no lo uso". Formula el supuesto único y original de que el hecho de tomar una decisión *per se* ocasiona disonancia y presiones para reducirla.⁵⁷

La disonancia posterior a la decisión surge, según Festinger, porque la decisión a favor de la alternativa elegida se opone a las creencias en favor de las alternativas no elegidas. Para poder estabilizar la decisión luego que ha sido tomada, una persona tratará de reducir la disonancia cambiando sus cogniciones de manera tal que aumente el atractivo de la alternativa elegida en comparación con la no elegida, o desarrollando cogniciones que permitan que las alternativas puedan sustituirse entre sí, o revocando psicológicamente la decisión.

Esta sería la opción que se busca para lograr que el joven modifique sus conductas sexuales de alto riesgo y perciban el riesgo de contagio que existe en estas, viendo el uso del condón como un método preventivo, que aunque no le agrada utilizarlo entienda que el beneficio es mayor que el prejuicio por no usarlo.

⁵⁷ Ibid p. 73

Para Festinger, la diferencia fundamental entre los estados previos y posteriores a la decisión reside en que el conflicto previo a la decisión es más "imparcial" y "objetivo", ya que se reduce al atractivo de la alternativa a elegir. También escribe lo siguiente: "De cualquier modo, una vez que la decisión está tomada y comienzan los procesos de reducción de la disonancia, se estaría en condiciones de observar que las diferencias de atracción entre las alternativas cambian, produciéndose un aumento a favor de la alternativa elegida". Según este enfoque, cuando un estudiante ha decidido concurrir a un colegio en lugar de otro, pensará que el atractivo de ha aumentado en comparación con el no elegido.⁵⁸

Si se quiere cambiar la condición y comportamiento futuro de alguien es mejor dar recompensas pequeñas en lugar de importantes "No se puede ignorar el hecho de que todos somos muy diferentes unos de otros: usted puede ser capaz de tolerar la disonancia mejor que yo y no dejarse impresionar ni sentir que necesita reducirla o enfrentarla de otra manera. Nos motiva el cambio de actitud para reducirla"⁵⁹

1.5.3. Conceptos básicos de las teorías del refuerzo.

A manera de introducción comentaré que uno de los más productivos focos de investigación de la psicología moderna norteamericana ha sido el estudio de los fenómenos asociados con la adquisición de respuestas es decir el aprendizaje.

La importancia de estos fenómenos resulta evidente. En el ser humano, en todos los casos, es muy escaso el comportamiento que parece estar estrictamente determinado por el pasado genético del organismo; y esto vale con mayor razón para el comportamiento social. Características socialmente tan importantes como el lenguaje, los valores o las actitudes de una persona son adquiridas por su experiencia con un conjunto particular de ambientes

⁵⁸ Morton, Deutsch y Robert Krauss. Teorías en psicología social. p.73

⁵⁹ Papalia, Diane, Psicología. p. 631

sociales. Por lo tanto, conocer la manera en que la gente *adquiere* predisposiciones para el comportamiento es de suma importancia para comprender la naturaleza social del hombre.

No hace mucho tiempo, los psicólogos del aprendizaje no se ocuparon mucho del aprendizaje específicamente social. Sino que trataron de desarrollar, un conjunto de principios básicos que explican aprendizaje en cualquier situación. Casi siempre los sujetos de esas investigaciones fueron organismos que ocupan un nivel inferior en la escala biológica, como por ejemplo, la paloma y la rata blanca, aunque también se hicieron experimentos con seres humanos.

El estudio del aprendizaje surge de tres enfoques fundamentales:

- ✓ el punto de vista metodológico del conductismo;
- ✓ los principios estructurales elementistas del *asociacionismo*,
- ✓ y el principio motivacional del *hedonismo*.⁶⁰

Metodológicamente, el conductismo surgió como una reacción contra los procedimientos subjetivos de la introspección y contra los conceptos mentalistas de “sensación, percepción”, atención, imagen, voluntad y otros”. Esto en oposición a los procedimientos subjetivos, el conductismo destacó que la psicología como ciencia, debía considerar solamente los hechos observables para todos.

Por ejemplo, cuando se busca que se actúe de la manera más adecuada cuando los problemas son tan complejos que las personas no tienen posibilidad de llegar a la conclusión deseada; “la inoculación” de las mismas contra puntos de vista opuestos mediante la presentación de dos aspectos de un problema y no de uno, es conveniente cuando las personas tienen posibilidades de conocer argumentos contrarios; la fuerza de los motivos de conformidad con el grupo afecta la voluntad de aceptar posiciones actitudinales que concuerden o no con las normas del grupo; las personas que tienen éxito o *reciben aprobación*

⁶⁰ Morton, Deutsch y Robert Krauss. Teorías en psicología social. p.79

como consecuencia de una posición actitudinal que son inducidas a tomar, tienen más posibilidades de mantenerla que aquellas que *no son recompensadas*; la participación activa en la repetición interna (*rehearsal*) e improvisación de argumentos para la nueva posición actitudinal produce un cambio mayor que el que se da cuando se escucha pasivamente o se lee un material similar.⁶¹

Se ha suscitado una controversia entre simpatizantes de la teoría de la *disonancia* y los que defienden la teoría del *aprendizaje instrumental*. Ambos conducen predicciones contrarios en base a la forma en que estos producen el cambio actitudinal o de comportamiento, cuando se les utiliza para ejercer un cambio en el comportamiento el cual entra en discrepancia con uno anterior. Por ejemplo en el contexto de esta investigación un partidario del sexo seguro con condón, a quien se induce a favorecer la abstinencia entre los jóvenes con la promesa de una recompensa. La teoría de la disonancia predice que las recompensas pequeñas son mas efectivas para producir cambios de esa índole, el aprendizaje instrumental nos lleva en sentido opuesta a lo esperado.⁶²

Haciendo referencia a investigaciones recientes llevadas a cabo por Janis y Gilmore y Rosenberg, que hacen cuestionamientos al respecto.

Janis y Gilmore investigan la influencia sobre la modificación de actitudes de las condiciones que incentivan el éxito en el desempeño del rol. Demuestran que cuando una persona acepta la tarea de improvisar argumentos a favor de un punto de vista distinto de sus propias convicciones, se siente temporalmente motivada a pensar argumentos a favor de la nueva posición y a suprimir los opuestos.

Este enfoque parcializado aumenta la salida de argumentos favorables y la posibilidad de cambio en el comportamiento. Sin embargo, formulan la hipótesis de que si el promotor de

⁶¹ Ibid. p. 92

⁶² Idem

la asignación del desempeño del rol fuese considerado de forma negativa, los incentivos negativos resultantes provocarían respuestas que interferirían con el cambio actitudinal.

La teoría del *aprendizaje instrumental* también sugiere que un importante incentivo positivo facilitaría el cambio actitudinal más que uno pequeño. En sus experimentos estudiaron los efectos de:

- ✓ Una defensa desfavorable (comercializada) contra una defensa favorable (bienestar público) del desempeño del rol;
- ✓ una pequeña recompensa monetaria (un dólar) por la realización de la tarea contra una recompensa grande (veinte dólares);
- ✓ un desempeño manifiesto del rol contra una exposición pasiva al mismo material.

En general, los resultados del experimento no apoyan las predicciones de la teoría de la disonancia. El defensor que está en contra no determina una reducción mayor de la disonancia que el que está a favor y la recompensa de un dólar no es más efectiva que la de veinte. Sin embargo, los resultados apenas sostienen *la teoría del incentivo*. Ni la defensa ni la recompensa en sí mismas producen efectos significativos; la combinación de una defensa a favor y una recompensa importante produce, no obstante, mayores cambios actitudinales que una defensa en contra combinada con una recompensa pequeña.⁶³

Sin embargo la pregunta es, ¿Cuál es el papel del refuerzo? Si bien Bandura y Walters insisten en que el refuerzo observado o experimentado, no desempeña un papel dominante en la adquisición de respuestas nuevas, otorgan un papel central a las pautas de refuerzo en el fortalecimiento y mantenimiento de distintas tendencias de la conducta.

Según Bandura y Walters, puede lograrse rápidamente que un niño se vuelva muy agresivo con sólo presentarle modelos agresivos exitosos y si se lo recompensa

⁶³ Ibid p. 93

intermitentemente por su comportamiento agresivo, aunque la frustración se mantenga en un nivel muy bajo.⁶⁴

Esto nos podría remontar a la película de *Exterminio* (28 Days later) donde se condiciona a simios para que respondan agresivamente ante cualquier persona o un condicionamiento radicalmente distinto como el que se ve en esta otra película *La Naranja Mecánica* (*Clockwork Orange*) en donde se condiciona a través de estímulos visuales igualmente agresivos pero aquí la respuesta esta enfocada a producir una respuesta pacífica.

Estos otros estudios sugieren, además, que entre los programas intermitentes, los programas "variables" (en los que se permite que la proporción del refuerzo de las respuestas o el intervalo entre los refuerzos fluctúe alrededor de algún valor promedio) producen tendencias de respuestas más persistentes que los programas "fijos".

Bandura y Walters sugieren que la génesis de muchos comportamientos "fastidiosos" es consecuencia del empleo que hacen los padres, inconscientemente, de programas de refuerzo que recompensan en forma intermitente respuestas no convenientes de alta magnitud y frecuencia.⁶⁵

1.5.4. El papel de la imitación

Las ideas de Bandura y Walters sobre el estudio del comportamiento social acentúan de manera original el *papel de la imitación* en la adquisición del comportamiento, tanto desviado como conformista. En oposición con la *teoría de la imitación de Miller y Dollard* que sostienen que las respuestas que se imitan están ya incluidas en el repertorio de

⁶⁴ Ibid p. 96

⁶⁵ Ibid p. 97

comportamientos del sujeto, Bandura y Walters afirman que las nuevas pautas de respuestas que son imitaciones exactas del comportamiento de otros pueden adquirirse por medio de la *observación*. Acentúan, además, que generalmente quien aprende imita con éxito casi la integridad de la pauta de respuesta del modelo, aun cuando no la realice en forma manifiesta ni reciba esfuerzo durante la demostración. Por lo tanto, la adquisición de respuestas nuevas a través de la imitación no es el proceso lento, gradual, basado en el refuerzo diferencial, que generalmente han postulado otros teóricos del aprendizaje.⁶⁶

La observación de dibujos animados y de películas sobre seres humanos produce tanta agresión posterior a la frustración como la observación de comportamientos semejantes en adultos físicamente presentes. Estas conclusiones sugieren que el comportamiento de los niños puede ser muy influido por lo que ven en los programas de televisión.

Además de enseñar a los niños respuestas completamente nuevas, la presentación de modelos puede tener efectos "inhibitorios"; desinhibitorios", o "desencadenantes" sobre sus comportamientos; es decir, la observación de un modelo agresivo puede liberar o desinhibir ciertos comportamientos agresivos o simplemente despertar la agresión ya existente en el repertorio de comportamientos del niño.⁶⁷

En función del tema, una forma de concientizar a los jóvenes y que ese encuentra probada científica y socialmente; es la proyección de pautas comerciales en televisión, con dibujos animados donde únicamente se vean los símbolos de genero en situaciones comunes de contacto sexual, (entendiendo contacto sexual un hecho que va desde platicar, tomarse de la mano besarse o una relación coital) que nos permitan conocer en que situación hay probabilidad de contagio y no contagio por VIH, de una manera divertida, sin tabú y que realmente impacte a la población, desgraciadamente esto sería un proyecto

⁶⁶ Ibid p. 94

⁶⁷ Ibid p. 95

muy ambicioso y difícil de implementar en nuestro país debido a la cultura propia de la sociedad mexicana y de las dependencias encargadas de promover este tipo de campañas^Ψ

Si bien puede adquirirse una respuesta por la mera observación del comportamiento de un modelo, la rapidez para ejecutarla depende en parte de que se observe si éste recibe recompensa o castigo por su comportamiento.

Los modelos que reciben recompensa tienen más probabilidades de promover conductas imitativas que los que no tienen éxito Walters señalan, sin embargo, que hay una amplia gama de respuesta imitativas que pueden producirse sin necesidad de establecer previamente una relación de dependencia entre el modelo y el observador.⁶⁸

1.5.5. El desarrollo del autocontrol

Al analizar la influencia de modelos en la adquisición y conservación de respuestas de autocontrol, los autores citan pruebas que demuestran que los niños no imitan solamente lo que hacen y no hacen los adultos y sus pares en relación con otros, sino también las acciones de otros con respecto a sí mismos. Bandura y Kupers demostraron que cuanto más elevado era el puntaje que un modelo se exigía a sí mismo antes de gratificarse con un bombón, más alto resultaba el puntaje que se exigía el niño antes de obtener un bombón en un juego posterior (cuando el modelo ya no estaba presente.)⁶⁹

Los autores analizan diferentes formas de medidas disciplinarias en el desarrollo del autocontrol y distinguen entre el uso de un refuerzo negativo o estímulo adverso y el retiro o alejamiento del refuerzo positivo. Señalan que los efectos de los actos disciplinarios

^Ψ Esta campaña fue implementada en España, país con un alto nivel de infectados y resulto un éxito.

⁶⁸ Ibid p. 96

⁶⁹ Ibid p. 97

dependerán no sólo del tipo de disciplina empleada sino también de su *timing*. Un castigo al comienzo de una serie de respuestas condiciona ansiedad frente a las señales generadas por la respuesta y en consecuencia está se inhibe. Sin embargo, si el castigo se da después de la realización del acto inconveniente y sólo cesa cuando el que lo recibe da una respuesta auto- correctiva, autocrítica o de disculpa, puede producirse un poderoso refuerzo de las reacciones de "culpabilidad", de la autocrítica o de las "disculpas". Lógicamente, si se puede evitar el castigo por medio de "excusas", "disimulo" o evitación del agente punitivo, serán acentuadas.

Bandura y Walters describen cinco modos principales para modificar la conducta:

- 1.- Extinción, por medio de la supresión del refuerzo positivo o la reducción de la ansiedad que mantiene el comportamiento
- 2.- Contracondicionamiento, esto es, provocar, en presencia de estímulos que suscitan miedo, respuestas incompatibles con reacciones de miedo o de ansiedad; mediante el condicionamiento clásico de estas respuestas incompatibles a las señales que suscitan miedo, la ansiedad se elimina o reduce
- 3.- Refuerzo positivo, que implica el empleo de recompensas para aumentar la fuerza de una tendencia a responder
- 4.- Imitación social, proporcionando a jóvenes que estaban en situación desventajosa modelos adultos de éxito, cuyos comportamientos pueden imitar
- 5.- Aprendizaje discriminativo, que utiliza refuerzos positivos para recompensar respuestas deseadas a determinados estímulos y refuerzos negativos para castigar respuestas no deseadas, o falta de recompensa con el objeto de extinguirlas.⁷⁰

La labor de estos autores es una buena integración y resumen de la aplicación de la orientación conductista al proceso de socialización y desarrollo de la personalidad, que éstas se basan más en el sentido común que en una teoría sistemática. Bandura y Walters

⁷⁰ Ibid p. 98

dan muchos ejemplos del proceso de imitación en sus experimentos y en la literatura que citan, pero no lo explican.⁷¹

1.6 Estudios sobre la percepción

Se piensa que en la actualidad que existen dos tipos de influencia social. La influencia que ejercen otras personas sobre las percepciones del sujeto sería la primera de ellas. Estas influencias pueden producirse gracias a la presencia de otra gente, los ejemplos que ofrecen otras personas, los deseos que manifiestan o el prestigio que otros tienen, aun cuando en el momento no estén presente. Estas influencias no son siempre detectables, ya que requieren un ingenio considerable para descubrirlas y para asegurarse de que están comprendidas en realidad en casos específicos.

Posiblemente en esta misma categoría o cuando menos en una análoga, adquieren las respuestas perceptuales la naturaleza que tienen, debido a una necesidad personal específica. Estas respuestas representan el *sistema de valores* del sujeto de un modo que no tan claramente puede ser asignado a las influencias sociales, aunque sí se vincula con facilidad a la propia personalidad.⁷²

El otro tipo de respuesta social es aquella que responde a propiedades *significativas que socialmente se encuentran en su origen*. Como ejemplo, existe la respuesta inmediata guiada por un concepto o ideal social. En todos estos ejemplos es posible describir en términos sociales la propiedad perceptual de la situación, pues el desenvolvimiento de esta propiedad solamente sucede en un contexto social. Esto tiene diferencias del primer tipo de percepción social, en el que la percepción se refería a una propiedad física de un objeto físico, como el tamaño o la forma. Superficialmente en este caso, basta con apuntar con el

⁷¹ Idem

⁷² S. Howard, Bartley, Principios de la percepción p.469

dedo al objeto, para que los aspectos o influencias sociales se desvanezcan. Pero si el investigador sospecha una influencia social y diseña un experimento apropiado para verificar dicho supuesto, surge inmediatamente el aspecto social de la percepción. Por ejemplo, si se encuentra que una clase determinada de personas mira ciertos objetos como si poseyeran un cierto valor físico, mientras que otra clase de individuos percibe los mismos objetos diferentemente, entonces es posible descubrir una influencia social si se efectúan nuevos pasos en la investigación.⁷³

Un tercer paso de lo que puede considerarse como social es el fenómeno de las diferencias individuales. Algunas desemejanzas individuales del organismo son básicamente anatómicas y no se adquieren a causa de ningún contexto social; pero otras surgen o se desarrollan de las interacciones que se establecen entre los organismos. Una buena parte de la percepción humana se debe a este tipo de interacciones. Cuando las diferencias individuales se manifiestan en la conducta humana y no se pueden asignar a causas estructurales, surge el problema de si dichas diferencias son un producto de la interacción social, y en el caso que lo sean, se plantea la cuestión de hasta qué grado. A continuación se revisaran algunos estudios en relación al contagio de VIH/SIDA y la percepción del riesgo de contagio de este.

1.6.1. Conductas de Alto Riesgo, Percepción de Riesgo e Investigaciones

Al revisar las cifras epidemiológicas del SIDA, es evidentemente notoria la rapidez con que avanza la enfermedad, a pesar de que actualmente se saben los mecanismos de transmisión del VIH. Esto significa que la población continúa realizando conductas de alto riesgo, lo cual está íntimamente ligado a la percepción de riesgo que se tiene de adquirir la enfermedad, ya que al ser poca o nula y tener la idea de que no va a ocurrir una posible infección al realizar determinadas conductas, se incrementa la posibilidad de incurrir en

⁷³ Ibid p. 470

riesgo; resultando de suma importancia revisar estos aspectos con la finalidad de prevenir futuras infecciones.

Para dar una explicación de lo que es una práctica o conducta de alto riesgo se debe tocar el tema de sexo seguro o con protección, (prevención de contagio, condón), ya que una practica de de alto riesgo es aquella en la que existe un alto grado de exposición al virus del SIDA, dándose principalmente cuando no se utiliza una barrera protectora. En orden decreciente, las conductas de mayor riesgo son: penetración anal, penetración vaginal, eyaculación en boca, contacto boca-año o boca-vagina y compartir juguetes sexuales. Todas éstas se vuelven prácticas de riesgo cuando no se utiliza adecuadamente el condón o alguna otra barrera que impida que los fluidos infectados entren en contacto con la sangre de un individuo sano.⁷⁴

Por lo tanto a las conductas que conllevan riesgo de contraer el VIH se les llaman "Conductas de Alto Riesgo", dentro de las cuales destacan:

- ✓ Promiscuidad sexual (mas de 50 parejas sexuales)
- ✓ Utilización de agujas y jeringas no desechables, las cuales pueden estar infectadas
- ✓ Prostitución femenina y masculina **sin protección**
- ✓ Múltiples parejas sexuales
- ✓ Órganos, etc. Infectados por el VIH
- ✓ **La no utilización del preservativo**

Se pueden considerar factores de riesgo:

- ✓ Deficiente educación sexual
- ✓ Violaciones sexuales
- ✓ Hijos de padres infectados

⁷⁴ CENSIDA, 1994 cit. en: Hilda Araceli Mejía Maldonado, p. 40

- ✓ Exponerse a sangre y/o a objetos punzo cortantes que hayan tenido contacto con algún fluido que pudiese estar infectado el VIH
- ✓ Ser receptor de sangre, plasma, semen, tejidos, órganos, etc., infectados por el VIH. ⁷⁵

Es de gran interés el grupo de los adultos jóvenes, ya que la gran mayoría son considerados sexualmente activos, inclusive con mas de más de una pareja sexual, tal vez con hijos o en proceso de tenerlos, estando en riesgo de contraer el VIH y por consiguiente propagarlo, es bien conocida la importancia del uso del condón como método más eficaz hasta hoy, para prevenir una posible infección, no obstante, otras investigaciones revelan que el uso de este método de barrera es muy bajo.

El uso del condón obedece a diversos factores,

1. Si la población es sexualmente activa,
2. si lo conoce,
3. si sabe usarlo,
4. si se percibe en riesgo de contagio de enfermedades sexualmente transmisibles,
5. si sabe que disminuye el riesgo de infección de éstas, especialmente del SIDA⁷⁶.

La información que se tiene sobre el SIDA, es un factor que parece repercutir en la disminución de las conductas de riesgo, jugando un papel importante en la percepción de riesgo.

“Para Fieshbein y Ajzen (citado por Pratkanis, 1989). Las creencias dentro de un constructo son anteriores a las actitudes. Se difunde como información acerca del objeto psicológico, que proviene de otros individuos, de la experiencia directa o bien de inferencias que el sujeto hace acerca del objeto. Por otra parte el conocimiento se refiere a la información organizada que los sujetos poseen sobre algún temo o sobre un conjunto de temas, el

⁷⁵ Idem CENSIDA. 1988

⁷⁶ Gerardo, Villagran, Vázquez, en: Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón, p. 38, Tesis de maestría Facultad de psicología.

conocimiento estaría más cercano a la objetividad, a la información documentada, a diferencia de las creencias que se acercarían más a información con poco o ningún fundamento científico (Pepitone, 1992, citado por Villagrán, G., 1993)."⁷⁷

Si no se tiene la información correcta y suficiente sobre la enfermedad, se puede dar origen a conductas riesgosas, por ejemplo y como mencionaba anteriormente existen algunos mitos sobre esta enfermedad ya que algunas personas creen que el SIDA solo afecta a homosexuales, excluyéndose y por consiguiente exponiéndose de la posibilidad de contagio.

En un estudio realizado en estudiantes universitarios entre 18 y 29 años de edad, por Izazola, Valdespino, Juárez y Mondragón⁷⁸, entre otros aspectos se investigaron las conductas preventivas para no contraer el VIH, encontraron los siguientes resultados:

- ✓ El 98% consideró útil no tener relaciones sexuales con portadores o enfermos de SIDA,
- ✓ 97% estuvieron conscientes de que no se deben usar agujas ni jeringas sin esterilizar,
- ✓ 96% reconocieron la utilidad de realizar la prueba de detección de VIH a la sangre de donadores,
- ✓ 89% el evitar relaciones sexuales con personas recién conocidas
- ✓ y el 74% el uso el condón durante la relación sexual.

El uso del condón fue de los más bajos para prevenir la enfermedad.

Sin embargo existen diversas investigaciones que han demostrado que la sola información sobre el SIDA no es suficiente para un cambio de conducta, por ejemplo Quadland y Shattls, encontraron que los homosexuales continuaban con relaciones sexuales casuales, a

⁷⁷ Hilda, Araceli, Mejía, Maldonado, citado en: SIDA: percepción de riesgo contagio y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes, p. 41

⁷⁸ Citado en: José, Sepúlveda, et.al., Sida, Ciencia y Sociedad en México. pp. 30-34

pesar de su conocimiento sobre el SIDA, Bayés señala que la información no produce cambios en la conducta por sí sola⁷⁹, Díaz-Loving señaló en prensa que los conocimientos son necesarios pero no suficientes para provocar cambios conductuales deseados. Harrison, Wambach, Byers e Imersheim, reportan que mujeres entre 18 y 53 años, con conocimientos suficientes sobre el SIDA, no se perciben en riesgo a pesar de sus conductas riesgosas. En otro estudio realizado por O´Gorman y Dinsmore, se observó que hombres entre 16 y 44 años de edad, con buenos conocimientos no presentaban prácticas de conductas de sexo seguro.⁸⁰

“Afortunadamente no todos los grupos han continuado con las conductas riesgosas, estudios realizados por Jurán (1989) en homosexuales y heterosexuales de ambos sexos, así como Simkins y Kusher (1986) en estudiantes universitarios, encontraron que la mayoría de las mujeres heterosexuales habían cambiado su conducta, especialmente en el sexo casual.”⁸¹

Debido a lo que hablaba anteriormente, la información sobre el SIDA no es suficiente para provocar un cambio de conducta, por lo cual es necesario investigar otros aspectos como la percepción de riesgo de contagio con el fin de tomar medidas precautorias para evitar la propagación de esta enfermedad.

Como ya se había hablado con anterioridad; la percepción es un proceso por el cual entran en la conciencia impresiones sensoriales, llegadas previamente a los centros nerviosos, interpreta estímulos sensoriales. Parece ser que en gran parte es una característica aprendida del comportamiento, influyen señales externas es decir *estímulos* y señales *factores personales*.

⁷⁹ Roberto Bayes, Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. p. 21-25

⁸⁰ Gerardo, Villagran, Vázquez, en: Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón, p. 40, Tesis de maestría Facultad de psicología, UNAM.

⁸¹ Hilda, Araceli, Mejía, Maldonado, citado en: SIDA: percepción De Riesgo contagio y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes, p. 42

La percepción de riesgo se refiere a la estimación que el sujeto emite acerca del probable suceso de un evento.⁸² La percepción de riesgo de contagio de SIDA es la conciencia de riesgo de contagio, protección contra el SIDA, precauciones para no adquirir la enfermedad, influye en su estructura dos factores: el miedo y la comprensión o incomprensión del riesgo.⁸³

“Para Leventhal (cit. Bauman y Siegel, 1987), el miedo produce inconformidad o tensión que motiva a la acción”.⁸⁴ Este concepto se usa en el Modelo de conducción del miedo, puede ser un motivador efectivo cuando se asocia a una amenaza a la salud, o cuando es muy grande puede generar desesperanza.⁸⁵

McDonald y Smith, a través de una encuesta encontraron que las personas que se perciben con más riesgo de contagio están entre los 15 y 34 años, a pesar de esto el riesgo percibido es bajo.⁸⁶

La baja percepción de riesgo también se pudo observar en un estudio realizado en personas de 15 a 45 años, de ambos sexos, encontrando sobre la autopercepción de riesgo de contraer el SIDA, que solo 1 de cada 5 personas declara tener riesgo de adquirirla.⁸⁷

En un estudio hecho a universitarios en 1990 se encontraron, que los grupos percibidos con más riesgo según sus preferencias sexuales, son; Hombre homosexual con más de una pareja ($x=2.88$), mujer homosexual con más de una pareja ($x=2.75$), hombre y mujer

⁸² Thomas, Prohaska, et.al. , Determinants of Self –perceived Risk of AIDS. Journal of Health on Social Behaviour p. 11

⁸³ Manuel Gómez, Vergara et.al. Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condón: percepción de riesgo. pp. 20-23 Tesis Facultad de Psicología, UNAM

⁸⁴ Citado en: Hilda, Araceli, Mejía, Maldonado. SIDA: Percepción de riesgo de contagio en adultos jóvenes. p.43

⁸⁵ Gerardo, Villagran, Vázquez, en: Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón, p. 47, Tesis de maestría Facultad de psicología, UNAM

⁸⁶ Gerard McDonald, et.al. , AIDS care “Complacency, risk perception and the problem of HIV education. “p. (2) 1, 36-68

⁸⁷ Licea, citado en: Humberto, A., Maldonado, Mejía, Percepción de Riesgo de Contagio y Conductas de Alto Riesgo en Adultos Jóvenes, Tesis de la facultad de psicología, UNAM.

heterosexual con más de una pareja ($x=2.68$ y $x=2,69$), el propio riesgo nuevamente se percibe como muy bajo ($x=1.38$), esto se observa incluso cuando tienen más de una pareja.⁸⁸

Otros estudios realizados en estudiantes universitarios por Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawski y Valdespino. Se reporta que perciben a los homosexuales y a las prostitutas con mayor riesgo de contagiarse de SIDA, los estudiantes universitarios sexualmente activos se consideran inmunes o con pocas probabilidades de contraer el VIH. Estos estudios corroboran la tendencia a culpar a otros grupos de la enfermedad, lo cual permite a las otras personas negar la posibilidad de contagio y sentirse a salvo de contraer el VIH.⁸⁹

"Piña-López, Márquez-Munguía y Bulle-Goyri (1993), sugieren que el principal estilo de vida de las personas con VIH o con SIDA, es el estilo interactivo llamado "tendencia al riesgo", el cual plantea que si se considera el comportamiento de una persona en una situación en la que existe la posibilidad de tener una consecuencia estable y predecible, y a la vez una consecuencia variable e impredecible y que puede ser mayor en probabilidad, la persona elegirá la última."⁹⁰

Hablando del SIDA, puedo poner un ejemplo: si una persona va a tener una relación sexual con una persona desconocida y en ese momento no cuenta con preservativos, aún así elige tener la relación, debido a las consecuencias inmediatas como placer, satisfacción, etc., independientemente de que sepa que existe la posibilidad de que la pareja puede estar contagiada de SIDA.

⁸⁸ Rolando, Díaz, Loving, Gerardo, Villagran Vázquez, Investigaciones Docentes, Conocimientos, Actitudes, Creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios, Facultad de Psicología, UNAM.

⁸⁹ José, Sepúlveda, et.al. , Ciencia y sociedad en México, p. 110

⁹⁰ Hilda Araceli Mejía Maldonado en: Sida: Percepción de Riesgo de Contagio de Adultos Jóvenes p. 44

Lo anterior concuerda con la postura de Bayes, quien considera que las personas seguirán con el comportamiento riesgoso, a pesar de estar informados sobre el peligro, esto debido al placer que se produce de forma inmediata, la aparición a largo plazo de las consecuencias nocivas, no hay una relación definida de infección sintomatología, sólo es probable la consecuencia de la conducta riesgosa.⁹¹

Sin embargo, desde el punto de vista de prevención empiezan a aparecer en el campo estudios, con el interés de asociar rasgos de la personalidad con el hecho de llevar a cabo conductas de alto riesgo, así como rasgos y características que inducen a las personas a realizar conductas que reducen la posibilidad de contagio.

Las perspectivas y aumento de las investigaciones en conjunto sobre la cultura, Psicología y riesgo es muy interesante, ya que las 3 áreas se integran e influyen entre sí (Jonson, 1991). Por lo tanto, las investigaciones que a continuación se describen, y que se refieren a la percepción de riesgo y a las conductas de alto riesgo, incluyen dichas áreas.⁹²

Díaz-Loving realizó una investigación realizada, se pueden observar dos tipos de personas: con control interno de la salud y con control externo, las primeras se responsabilizan de sus actos, asumen las consecuencias de su conducta por lo tanto reducen riesgos siendo óptimas sus conductas preventivas, para éste grupo de personas basta con conductas deseadas. Por otra parte, las personas con control externo dejan su destino a la suerte, realizan conductas de alto riesgo y subestiman su peligro, para ellos la prevención primaria de la salud, debe empezar por atacar los procesos cognitivos involucrados en la toma de

⁹¹ Roberto Bayes, Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. p. 27

⁹² Benjamin Johnson, "Risk and culture". Journal of cross-cultural psychology (2) p. 202, traduc. Hope Marie Aune

decisiones, de lo contrario no servirá aumentar sus conocimientos, ni tratar de cambiar sus actitudes hacia el contagio.⁹³

En el año de 1994, se hizo una investigación del locus de control, asertividad y comunicación en la prevención del SIDA, con estudiantes de nivel medio superior, encontrando que existen diferencias por género, donde las mujeres tienen mayor control en su vida sexual y son más asertivas con su pareja que los hombres y tienen mayor comunicación sexual con su pareja. En cuanto a la asertividad los sujetos más abiertos y asertivos en sus relaciones sexuales y de pareja usan más en forma regular el condón.⁹⁴

Autores como Villagrán Vázquez y Díaz Loving consideran aspectos primordiales para una adecuada prevención el locus de control, la asertividad y la jerarquía de valores que regulan la interacción social, con el fin de que no aparezcan las conductas riesgosas.

Por lo tanto el conocimiento de las estructuras de personalidad que se relacionen con las conductas de alto riesgo deben ser estudiadas para contribuir a la prevención primaria.

Reyes Lagunes, en un estudio realizado con estudiantes, hombres homosexuales y mujeres que ejercen la prostitución, encontró que el SIDA se percibe como algo muy lejano, lo cual se reafirma en otros estudios que muestran que los estudiantes universitarios consideran que la pandemia es algo que le ocurre a otros y no a ellos.⁹⁵

"Kelly, Lawrence, Brasfield, Lemke, Amídei, Roffman, Hood, Smith, Kilgore y Mcneill (1990) en un estudio realizado con hombres homosexuales de tres ciudades de Estados Unidos, encontraron tres variables predictoras de conductas de riesgo (contacto anal desprotegido):

⁹³ Rolando, Díaz, Loving, et.al., "Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios." investigación Psicológica, Vol.2 (1) 27-38

⁹⁴ Manuel Flores, Galaz y R. Díaz, Loving, "Asertividad en la cultura Mexicana". En: Díaz, Guerrero, R et.al., Etnopsicología: Ciencia Nova pp. 283-306

⁹⁵ Isabel, Reyes, Lagunes "Actitudes hacia el SIDA en jóvenes universitarios" La Psicología Social en México 3 Amepso

1. Estimación del riesgo
2. Aceptabilidad social del uso del condón
3. Conocimiento de las conductas de riesgo

Estos autores encontraron que a menor riesgo percibido, presentaron menor número de conductas de riesgo, la aceptabilidad social del uso del condón y el conocimiento de las conductas de riesgo correlacionaron negativamente con la percepción de riesgo.”⁹⁶

Por otra parte, encontraron que a menor conocimiento sobre el SIDA y aceptabilidad social del uso del condón, los hombres tenían más conductas de riesgo. Los hombres que tenían amigos con SIDA, se consideraron con mayor riesgo, por último, en el caso de haber tenido coito anal desprotegido el 87% subestimaron el riesgo de dicha conducta.

En 1988 Dorantes, llevó a cabo un estudio sobre cambios de conducta de riesgo por la transmisión del SIDA, en homosexuales de la Ciudad de México, no encontró cambios de la conducta sexual de riesgo, tampoco encontró influencia de su grado de conocimientos sobre la enfermedad, de su nivel socio-económico, escolaridad, ni edad, esto se dio aún en los casos de saberse portador.⁹⁷

En 1989 en un estudio realizado en población mexicana, se pudo observar que el 41% de la muestra no sentía temor de enfermarse, por otra parte los estudiantes universitarios reportaron un miedo moderado a adquirir la enfermedad en un 46%, poco miedo un 23%, y el resto no sentía ningún miedo.⁹⁸

⁹⁶ Citado en: Hilda Araceli, Mejía , Maldonado, Percepción de riesgo de contagio y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes p.46

⁹⁷ Idem

⁹⁸ Valdespino, et.al citado en: M. L. Ramírez, Piñón, Percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios pp. 30-32

La poca preocupación por adquirir la enfermedad en los estudiantes universitarios también se reporta en el estudio realizado por Simkins y Eberhage (1984), otro estudio realizado por diciembre, Zorn y Temoshok (1987), señala que el 61% de los estudiantes percibe poco riesgo de contagio, también encontraron que un 40% de la población estudiada no sabía o estaban inseguros de que el uso del condón en la relación sexual reducía el riesgo de contagio.⁹⁹

Hamilton (1988), realizó una investigación en estudiantes, encontrando que perciben un mayor riesgo de adquirir la enfermedad en homosexuales, no en los demás, incluyéndose a sí mismos.

Otro estudio más realizado por Mays y Cochran (1988) con chicos de preparatoria negros, indica que el 50% de las mujeres sexualmente activas estaban poco o nada preocupadas por contraer el VIH, además de no haber cambiado su patrón para reducir la posibilidad de contagio, esto sucedió por mucho tiempo al pensar que solo era una enfermedad para un determinado grupo. En 1989 los investigadores Montgomery, Joseph, Becker, Ostrow, encontraron que no había relación entre los conocimientos sobre SIDA y la percepción de riesgo, en hombres homosexuales.¹⁰⁰

Por su parte, Dña-Loving y Rivera-Aragón (en prensa), reportaron que estudiantes sexualmente activos no perciben riesgo de infectarse del VIH, aparentemente para tener control y tranquilidad en su vida.¹⁰¹

Por su parte Ishii-Kuntz, Whitbeck y Simons (1990), realizaron una investigación en estudiantes de sociología, en Iowa y California, reportando que en los estudiantes de California

⁹⁹ Ibid p. 47

¹⁰⁰ Idem

¹⁰¹ Gerardo, Villagran Vázquez, en: Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso de condón p. 44, Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.

había un mayor uso del condón, más experiencia homosexual, así como menor actitud favorable hacia la homosexualidad, una mayor percepción del SIDA como un problema y mayor preocupación por la enfermedad.

La percepción del SIDA como un problema no incrementa directamente el uso del condón en los estudiantes de Iowa, afectando, por lo tanto, la percepción para el cambio en la conducta sexual. Los estudiantes monógamos o con una pareja estable, se muestran menos preocupados por adquirir el VIH, encontrando que, se muestran menos preocupados por adquirir el VIH, encontrando que, desafortunadamente, regularmente no son monógamos en sus relaciones. *Concluyendo que el conocimiento sobre los mecanismos de transmisión y la preocupación por adquirir el SIDA, son algunos factores que pueden llevar al cambio en las prácticas sexuales.*¹⁰²

En otra investigación realizada por Díaz-Loving, Flores Galaz, Rivera-Aragón, Andrade-Palos, Ramos-Lira, Villagrán, Vázquez, Cubas-Carlin, Camacho-Valladares y Muñoz-Campos, se obtuvieron resultados similares, ya que los estudiantes perciben correctamente un mayor riesgo en aquellas personas que tienen relaciones sexuales con más de una pareja, pero subestiman la posibilidad de riesgo en ellos mismos. Teniendo una igual percepción de riesgo en personas que usan y no usan el condón. Enfatizando una urgente concientización de que todos, incluyéndose a si mismos, están en riesgo de contagio si no se tienen prácticas seguras.¹⁰³

Severn, reportan problemas de autopercepción de riesgo, en estudiantes con una vida sexual más activa, corriendo el riesgo de contraer el VIH y propagarlo. Gray y Saracino (1989),

¹⁰² Citado en : Hilda ,Araceli, Mejía; Maldonado, Percepción de riesgo de contagio y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes p. 47

¹⁰³ Rolando, Díaz, Loving, Gerardo, Villagran Vázquez, Investigaciones Docentes, Conocimientos, Actitudes, Creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios, Facultad de Psicología, UNAM.

encontraron relación entre una baja autoevaluación del riesgo y el reducido número de contactos sexuales.¹⁰⁴

Asimismo Villagrán-Vázquez, realizó una investigación en estudiantes universitarios, encontrando que a mayor número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y a menor edad de debut sexual, los estudiantes se percibirán con mayor riesgo, considerando positivos el contagio al percibir el riesgo. A pesar de la existencia de una percepción de riesgo de contagio, señala lo baja que ésta es. También encontró que al estimar el riesgo de contagio del grupo (según orientación sexual y número de parejas sexuales), en el que el estudiante se podía ubicar, lo estimaron muy alto, cercano a la máxima puntuación, es decir, con mucho riesgo a pesar de subestimar el propio.¹⁰⁵

Con respecto a los adolescentes, quienes han tenido relaciones sexuales y tienen entre 118 y 20 años, existe una actitud más favorable hacia el sexo seguro y al cambio de patrones de conducta sexual, que en adolescentes de menor edad de 15 a 17 años, los cuales muestran menos conocimientos de sexualidad y paralelamente no se sienten en riesgo de contraer el virus del SIDA.¹⁰⁶

Los mismos autores, reportan que la mayoría de los adolescentes temen al contagio del VIH y a realizarse la prueba de detección. Esto es particularmente evidente en los que han tenido relaciones sexuales y en especial en los hombres. Encontraron que entre más temor al contagio exista, hay una actitud más favorable hacia los cambios en la actitud sexual y el sexo seguro. En general, los adolescentes no perciben riesgo de adquirir el VIH, por lo cual no previenen y practican conductas sexuales de alto riesgo.

¹⁰⁴ Gerardo, Villagran, Vázquez, Hacia un modelo Predictivo de la percepción del uso del condón. p.25

¹⁰⁵ Ibid p. 35

¹⁰⁶ Lilia, Alfaro, Martínez, et.al. , La psicología Social en México.”Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria” Vol.4, pp. 95-100

Otros autores como (1987), señalan la poca percepción de riesgo en adolescentes, en su estudio reportan un 54% de adolescentes no preocupados por la posibilidad de contagiarse,¹⁰⁷ "así como Price, Desmond y Kukulka (1985), quienes reportan un 73% de estudiantes de preparatoria no preocupados por el hecho de poder contraer SIDA.

Recientes descubrimientos por Van Der Valde (1992), indican que los sujetos que son optimistas tienen una percepción relativamente adecuada de riesgo, cediendo en la práctica de conductas riesgosas, dicho autor descubrió una relación entre previsión de conductas de riesgo y el optimismo, corroborándose con el estudio realizado por Van Der Valde, Van Der Pligth y Hooykas (1994).

Para poder entender las actitudes y creencias, Vasconcelos, Claudio, Gouveia, Pereira, Dias, Brandao, Róbaló y Sousa (1994), realizaron una comparación de resultados obtenidos con 30 parientes de sujetos infectados, ambos sexos y edades entre 25 y 45; y los resultados de una muestra de 441 estudiantes universitarios ambos sexos, edad entre 18 y 45 años. Entre otros aspectos se les cuestionó si algunas personas estaban más expuestas que otras al riesgo de contraer el VIH. Se encontró que ambas poblaciones existe un buen nivel de información en relación al entendimiento de cómo se transmite el VIH, y *existe la silenciosa y errónea idea de que el riesgo pertenece a ciertos grupos como prostitutas, hombres homosexuales y adictos a drogas.*"¹⁰⁸

Debido a esto, existe ésta creencia que aparentemente sostiene la idea de que el SIDA está lejos, y la percepción de que no hay riesgo para los sujetos al no pertenecer a alguno de esos grupos. Que el riesgo depende de la conducta de los sujetos y de pertenecer a alguno de los grupos mencionados prevaleció en la población estudiada.

¹⁰⁷ Leo, Strunnin y Richard Hingston, "Sida y adolescentes: Conocimientos, creencias, actitudes y conductas" Pediatrics. 23 (5) pp. 311-314

¹⁰⁸ Citado en : Hilda ,Araceli, Mejía; Maldonado, Percepción de riesgo de contagio y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes p. 48

En resumen, se encontró que la comparación de resultados obtenidos en ambas muestras refuerza la hipótesis de que en una relación, los sujetos minimizan el riesgo de infección por múltiples motivos que son tabú aun hoy en día.

Algunos investigadores han realizado otra exploración en base a lo anterior, es decir, a la asociación entre la infección por VIH y algunos grupos específicos como una creencia que, aunque completamente errónea, tiene importantes implicaciones en el proceso de información sobre el SIDA.

“Basándose en lo siguientes parámetros:

1. Los sujetos no se identifican ellos mismos con la posibilidad de estar infectados y en consecuencia, minimizan la información y la protección.
2. Los sujetos asumen conductas discriminatorias con los sujetos infectados.

La propuesta de esta investigación fue para estudiar, en una población universitaria, la creencia de que el riesgo de infección es de otros, esto permite una mayor práctica de conductas inseguras y menor protección cuando los individuos se envuelven en alguna relación. Los autores asociaron el nivel de información sobre la enfermedad y dicha creencia.

El estudio se llevo a cabo con 441 estudiantes universitarios de ambos sexos y una edad entre 18 y 45 años. Se observó que la totalidad de los sujetos encontraron perjudicial no usar el condón en una relación ocasional, lo cual es un buen indicador del entendimiento del medio de transmisión de la enfermedad.

Al referirse a una relación heterosexual propia, solamente 72% de los sujetos indicaron el uso del condón, mientras solo el 21.5% rechazan hacer el amor sin protección. Que los sujetos se envuelvan en una relación es una variable que influye para minimizar el riesgo de infección.

Los datos que dio la investigación es la subestimación del riesgo de infección, en una relación cuando el sujeto está directamente involucrado. Este aspecto señala la existencia de la creencia de que la infección puede solamente suceder a otros, aunque la situación de riesgo sea igual.

Al involucrarse el sujeto en una relación subestima el miedo a infectarse, esto es una sobreestimación de la relación y una subestimación de los medios de transmisión de la enfermedad. El sujeto es más demandante con la conducta que otros asumen y más permisivo consigo mismo. Este aspecto es de gran importancia para los programas de prevención.

Es un aspecto relevante el referirse al elevado número de sujetos masculinos que tienen relaciones sexuales sin precauciones, pudiendo estar relacionados con una sobre estimación del contacto físico, que es culturalmente reforzado, en oposición a lo encontrado en las mujeres".¹⁰⁹

Las investigaciones se han esforzado por entender el riesgo como una variable psicológica que afecta la percepción de riesgo, tanto en la teoría como en la investigación; sin embargo, no se han enfocado en los factores que afectan la autopercepción de riesgo.¹¹⁰ Los modelos que hablan sobre riesgo consideran el cambio de conducta como *resultado del riesgo percibido*, y los procesos cognoscitivos de toma de decisión en el riesgo determinado. Estas aproximaciones examinan los procesos de definición, selección y acción en la información sobre riesgo, sin embargo, pocos factores han sido identificados, los cuales moderan el riesgo percibido.

Según Campbell y Stewart (1992), a los miembros de un grupo parece afectarles la percepción de características conductas de riesgo de su grupo, diferencialmente a la

¹⁰⁹ Ibid pp. 49-50

¹¹⁰ Thomas, Prohaska, et.al. , Determinants of Self –perceived Risk of AIDS. Journal of Health on Social Behaviour, pp. 5-9 traduc. Hope Marie Aune

percepción de riesgo de los miembros de otro grupo. Los riesgos de la conducta de su grupo comparada con las conductas de otros grupos son consistentemente subestimadas. Los niveles de información o el conocimiento deficiente, en suma a los juicios preceptuales y otras variables afectan la estimación de riesgo.¹¹¹

“Sin embargo, Tashakkori y Thompson (1992), exploraron la relación entre la conducta de tener intentos de dejar la prácticas sexuales de riesgo de contraer SIDA y diversas variables que son teóricamente o popularmente asumidas por ser factores importantes en la prevención contra el SIDA. Estas variables influyen creencias y conocimientos sobre el SIDA, miedo al SIDA, percepción de vulnerabilidad de sí mismo y otros, percepción eficaz para controlar la exposición al SIDA, autoestimación, locus de control y la conducta pasada en relación a la amenaza del SIDA.

La investigación se realizó en un colegio de estudiantes predominantemente negros, 53 hombres y 71 mujeres. Los resultados mostraron que la situación eficaz para protegerse uno del SIDA, usar el condón en el sexo vaginal, fue el predictor superior de la intención general, seguido por reporte de cambios de conducta pasada como resultado de la epidemia del SIDA y por conocimiento sobre la enfermedad. El miedo al SIDA fue el factor que resultó negativo como predictor de un cambio de conducta de riesgo. Según las creencias normativas, la creencia que el condón puede prevenir la enfermedad y la amenaza del SIDA fueron predictores significativos. En combinación con el conocimiento sobre el SIDA y las creencias sobre la amenaza de la enfermedad, fuertemente predictivas, se da como reacción el cambio de conducta por el SIDA.”

¹¹¹ Citado en : Hilda ,Araceli, Mejía; Maldonado, Percepción de riesgo de contagio y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes p.52

Un aspecto importante que también se examinó fue las consecuencias del uso de condón y la percepción respecto a las posibles inconveniencias de éste, siendo el predictor superior de la intención de usarlo o no en un futuro sexual.

En resumen los autores llegaron a la conclusión de que los componentes que influyen en la predicción de la conducta, son:

- ✓ *La acción razonada*
- ✓ *La conducta planeada*
- ✓ *Las creencias y normas, siendo elementos básicos*

Varios autores estudiaron la autopercepción de riesgo por SIDA y los factores que contribuyen para la estimación de riesgo. La investigación la realizaron a través de una entrevista telefónica de 1,540 adultos entre 18 y 65 años de Chicago y suburbios, con el objetivo de encontrar respuesta a la siguiente pregunta; ¿Qué factores predicen la percepción de riesgo por el SIDA?

Los resultados indican que 7 categorías determinan la autopercepción de riesgo:

- ✓ Prácticas sexuales de riesgo
- ✓ Evaluación moral de gente con SIDA
- ✓ Respuesta emocional por el SIDA
- ✓ Acciones de protección en respuesta al SIDA
- ✓ Características demográficas
- ✓ Exposición a la información sobre el SIDA
- ✓ Conocimientos sobre las vías de transmisión

Se encontró que el número de parejas en el pasado y el conocimiento de la conducta sexual pasada de las parejas, son asociadas significativamente con el aumento de la percepción de riesgo. El miedo al SIDA y la preocupación por la salud de uno, también contribuye significativamente a la autopercepción de riesgo, así como la vergüenza asociada a tener SIDA. Los asiáticos-americanos y personas sin una religión particular. Reportaron gran percepción de riesgo, la religión formal no fue asociada con la percepción de riesgo de SIDA.

Los resultados sugieren que una considerable proporción de la comunidad adulta de Chicago, se consideran en peligro de desarrollar SIDA. El 44% de la muestra reportó que se perciben con algún riesgo, más solo el 25% cambió su conducta en años pasados por la percepción de riesgo.¹¹²

Sin embargo, ser miembro de un grupo con la categoría de poco riesgo no se asoció con una percepción baja de riesgo. Las personas creen ser influenciadas por la cantidad y origen de la información disponible sobre la enfermedad. El conocimiento de factores sobre el SIDA y transmisión del VIH, no influyeron en la percepción de riesgo de las personas. Tomar acciones protectivas contra la enfermedad permite bajar el riesgo de la gente y quizá también su percepción de riesgo.

La preocupación por la salud y el miedo como una forma de respuesta emocional a la amenaza del SIDA fue asociada con un incremento en la percepción de riesgo. Los valores morales parece ser que aparecen en el cálculo de riesgo de contraer SIDA. Esto es, aquellos que ven el SIDA como una situación vergonzosa, son los que probablemente estiman su propio riesgo como menor.

¹¹² Thomas, Prohaska, et.al. , Determinants of Self –perceived Risk of AIDS. Journal of Health on Social Behaviour, pp. 5-9 traduc. Hope Marie Aune

Evidencia acumulada basada en los esfuerzos de prevención del SIDA, sugieren que una percepción elevada de riesgo provoca un cambio en la conducta, aunque los efectos pueden disminuir con el tiempo. Mientras tanto, otros resultados muestran que mucha gente continúa ignorando el riesgo de contraer SIDA o su probabilidad de quedar infectado por el virus.

El SIDA en Estados Unidos, es asociado con hombres sexuales y con usuarios ilegales de droga, por esto los hombres heterosexuales, los no-drogadictos y las mujeres desechan un riesgo propio, debido a que no se identifican con la imagen popular de la gente que contrae SIDA.

Otro aspecto interesante, son las reacciones emocionales hacia la enfermedad. La relación entre emociones y percepción de riesgo se aplica a la salud en general, aunque con diferentes influencias. El miedo excesivo o la preocupación sobre la salud de uno, guía la gran autopercepción de riesgo por contraer serios males.

En la investigación realizada por Torres Maldonado, Alfaro Martínez, Díaz Loving y Villagrán Vázquez se encontró que hombres adolescentes y adultos mencionan tener miedo ante un posible contagio y que se sentirían culpables si estuvieran infectados. Nuevamente se encontró que no se percibían en riesgo de infectarse por el VIH, atribuyendo el riesgo a otros grupos como homosexuales, bisexuales, prostitutas, drogadictos, hemofílicos y personas con múltiples parejas sexuales principalmente.¹¹³

"Weinstein (1982, 1983) demostró que los estudiantes, aunque generalmente exactos en estimar su propio riesgo por la experiencia de enfermedades no amenazantes a su vida, tienden a subestimar el riesgo por males que amenazan su vida."¹¹⁴

¹¹³ Karina, Beatriz, Torres, Maldonado, Alfaro, Martínez, R. Díaz Loving. La atribución del origen del SIDA, percepción del riesgo y respuestas emocionales ante el contagio del VIH. Tesis Licenciatura Facultad de Psicología, UNAM. p. 156

¹¹⁴ Citado en : Hilda ,Araceli, Mejía; Maldonado, Percepción de riesgo de contagio y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes p.55

Hernández Robledo, Camacho Valladares, Moreno Camacho y Andrade Palos (1994), encontraron que la edad donde se presenta un mayor riesgo de contagio es entre los 20 y 30 años, así como el hecho de que pacientes infectados no se perciben como agentes de riesgo, ni sus conductas sexuales, persistiendo la creencia de que el SIDA afecta a grupos como drogadictos y prostitutas.

La percepción de riesgo es derivada de un sistema de creencias, que justifican y refuerzan la conducta sancionada socialmente. En este sentido, los males son antiguamente interpretados como una forma de justicia punitiva (Williams, 1986). Por ejemplo, si una persona contrae SIDA, se le ve como un castigo por su conducta inmoral (Beeson, Zones y Nye, 1986; Sontag, 1988). Las personas con SIDA son estigmatizadas, debido a que son extremadamente juzgadas (Conrad, 1986), La gente tiende a evitar la admisión de riesgo por un evento asociado con vergüenza o desviación, debido a sus reglas morales (Weinstein, 1988). Dividiendo a los enfermos en buenos, los infectados por transfusiones y malos, quienes se contagiaron por relaciones sexuales reflejando sus tabúes en cuanto a sexualidad (López Muñoz, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1994).¹¹⁵

En suma, la gente usa numerosas guías y planes, basados en el conocimiento adquirido a través de la experiencia, factores socio-culturales, y procesos cognitivos, los cuales estiman y seleccionan entre orígenes de riesgo en un mundo incierto.¹¹⁶

Para lograr un desarrollo integral del sujeto es necesario contar con programas para la educación de la salud, para la vida familiar y sexualidad, la educación formal juega un papel muy importante, sin embargo el ambiente familiar es básico para la formación de la persona.¹¹⁷

¹¹⁵ Idem

¹¹⁶ Martha Givaudan, Susan Pick , Yo papa, yo mama : la forma responsable de educar y disfrutar con tus hijos e hijas p.34

¹¹⁷ Ibid p. 51

Se ha observado que como factor importante en la conducta sexual y la percepción de riesgo de contraer el SIDA está la comunicación padres-hijos. Andrade-Palos, Camacho-Valladares y Díaz-Loving (1992), después de un estudio en adolescentes, reportan que los jóvenes a los que les preocupa más contagiarse de SIDA, son aquellos que tienen más comunicación con la madre y en especial las mujeres. Los estudiantes de ambos sexos que han tenido más comunicación con la madre y con el padre, son quienes han cambiado algunas de sus conductas para protegerse de contraer la enfermedad, esto indica la importancia de la comunicación como medio de prevención de conductas de alto riesgo.¹¹⁸

Según Vasconcelos, Claudio, Gouveia-Pereira, Díaz, Brandao, Robalo y Sousa (1994), para realizar una prevención eficiente, es crucial evaluar las dimensiones educacionales de la familia, ya que es esto necesario para cambiar actitudes, valores, creencias y hábitos. Este tipo de prevención requiere información y ayudar a familiares de infectados lo largo de un proceso completo educacional, que es acompañado de pequeños progresos.¹¹⁹

En México la falta educación sexual adecuada, aunada a las creencias erróneas sobre el uso de diversos anticonceptivos, conllevan a la propagación de enfermedades sexualmente transmisibles, como el SIDA, a pesar de que se han realizado múltiples investigaciones entre la población mexicana, padres, madres y personas sin hijos, y de que se han encontrado una necesidad de la mayoría para que se proporcionara educación sexual adecuada según edad y necesidades individuales, número de hijos etcétera. Datos importantes para tomarse en cuenta, aprovecharlos y así disminuir la propagación de enfermedades, entre otros beneficios que se pueden obtener.

¹¹⁸ Rolando, Díaz, Loving, Gerardo, Villagran Vázquez, Investigaciones Docentes, Conocimientos, Actitudes, Creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios, Facultad de Psicología, UNAM.

¹¹⁹ Citado en : Hilda ,Araceli, Mejía; Maldonado, Percepción de riesgo de contagio y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes p.56

Otros aspectos que debe ser explotado, es la disponibilidad que demostraron los farmaceutas de México, para asistir a cursos y orientar a los clientes sobre la prevención del SIDA y la utilización del condón, así como organizaciones no gubernamentales, ya que el 60% de ventas de condones y anticonceptivos es en las farmacias

Los programas educativos para la población como padres y farmaceutas, entre otros, pueden incluir aspectos señalados por Villagran Vázquez y Díaz Loving, como rasgos de personalidad, tomando en cuenta el género y actividad sexual de la población a quienes se dirijan, manejar valores como la fidelidad, moderación, disciplina y autodisciplina en el caso de mujeres que no han tenido relaciones sexuales; al dirigirse a hombres o población iniciada sexualmente conviene manejar valores de hedonismo-erótico.¹²⁰

En el siguiente capítulo veremos los antecedentes de el virus de inmunodeficiencia humana, las teorías acerca del origen de este virus, su epidemiología y desarrollo en el mundo y específicamente en México así como antecedentes de conducta sexual en jóvenes y los riesgos de infección que presenta este grupo, factores sociodemográficos y su relación con la infección por el VIH.

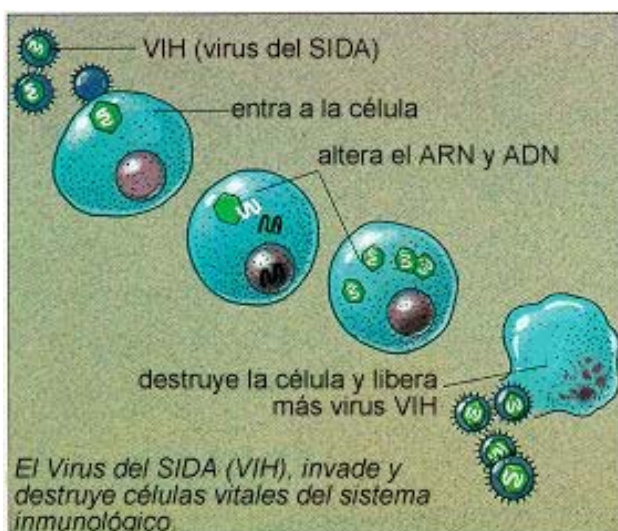
¹²⁰ Rolando, Díaz, Loving, Gerardo, Villagran Vázquez, Investigaciones Docentes, Conocimientos, Actitudes, Creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios, Facultad de Psicología, UNAM.

CAPÍTULO II
ANTECEDENTES DEL
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

En este capítulo se podrá encontrar qué es el virus del VIH, su etiología, epidemiología e impacto en la sociedad mexicana y en el mundo, antecedente del virus, prevalencia entre la sociedad mexicana y los antecedentes de la conducta sexual entre los jóvenes.

2.1 Definición del VIH (*Virus de inmunodeficiencia Humano*)

El término VIH es tomado de las siglas de Virus de Inmunodeficiencia Humano, la palabra virus proviene del latín "veneno", son microorganismos incompletos compuestos de un ácido nucleico asociado a una proteína. Son los sistemas bióticos más sencillos que se conocen, y presentan las siguientes características:



- Tamaño muy pequeño,
- son visibles al microscopio electrónico.
- Vida parasitaria,
- Se desarrollan exclusivamente en el interior de células vivas.
- En un medio inerte (suelo, aire, agua), son incapaces de respirar, asimilar o

reproducirse, su actividad química se anula., en cambio, en un medio viviente

aprovechan la actividad química de la célula que los aleja. ¹²¹

¹²¹ VIH, Enciclopedia Encarta 2002, Noviembre ,2003

El virus del VIH ingresa al organismo a través de la sangre, el semen y los fluidos vaginales y una vez incorporado ataca el sistema inmunológico. Este sistema está constituido por un conjunto de componentes que incluyen células, anticuerpos y sustancias circulantes que enfrente a todo elemento que sea reconocido como ajeno o extraño.

Esto sucede, especialmente con los agentes infecciosos como bacterias, hongos, virus y parásitos.¹²²

Un proceso similar y reiterado puede producir:

- La destrucción de la célula huésped
- La invasión de los tejidos vecinos por la excesiva multiplicación.

Frente a la presencia de agentes infecciosos el sistema inmunológico moviliza para defenderse células llamadas linfocitos. Los linfocitos, al ser invadidos por el virus VIH pierden su capacidad para reconocer y enfrentar a los agentes extraños, los que aprovechan la oportunidad de esta caída de la vigilancia inmunológica para proliferar. Para multiplicarse, el virus pone en funcionamiento un mecanismo específico de los retrovirus por el cual copia su genoma (conjunto de información genética de un ser vivo) de ARN, en el ADN de la célula. La presencia del virus estimula la actividad reproductiva de los linfocitos pero, dado que tienen copiado el genoma del VIH, en vez de reproducirse, multiplican células virales.

A medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más vulnerable ante enfermedades contra las cuales, en tiempos normales puede defenderse. A estas enfermedades se las denomina enfermedades oportunistas. La caída de las defensas no es masiva y uniforme sino que permite con mayor probabilidad la aparición de ciertas enfermedades: infecciones (las más frecuentes son las pulmonares, y también otras

¹²² VIH/SIDA: <http://www.terra.com.pe/sexualud/consultas/diccionario/c.shtml> 2 de junio de 2003.

producidas por diversos virus, bacterias, hongos y parásitos), y distintos tipos de cáncer (los más comunes son lo que afectan la piel y los ganglios linfáticos).¹²³

Uno de los indicadores más evidentes del avance de la infección y del desarrollo del SIDA, es la aparición de estas "enfermedades oportunistas". Por eso se las considera "marcadoras" o "trazadoras", ya que marcan la presencia y evolución de la infección. A ellas se suman los efectos directos del virus en el organismo, que incluyen, entre otros, trastornos del sistema nervioso y del aparato digestivo. Cuando el portador del VIH desarrolla este conjunto de afecciones se le considera un enfermo de SIDA.

Puede suceder que el VIH, una vez ingresado al organismo permanezca "en reposo" dentro de los linfocitos invadidos. En esta situación, el paciente no tiene síntomas, por eso se lo llama portador asintomático. Sin bien no presenta síntomas el portador asintomático puede contagiar a otras personas sin saberlo. Tomando en cuenta todo esto, el precio por infectarse del virus es muy elevado tanto social como económicamente.

Una persona que es portadora del virus, además de la angustia de saber que las enfermedades que ha presentado en los últimos años son los síntomas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, le preocupa no tener la posibilidad de enfrentar los gastos de su padecimiento.

Y es que el costo mensual de la atención del VIH-SIDA va de los 8 mil a los 16 mil pesos, según autoridades de salud y organizaciones sociales que atienden a personas con este mal, independientemente de las medicinas para atender enfermedades oportunistas y de los reactivos para sus análisis. En el marco de una negociación regional entre diez países latinoamericanos y 17 empresas farmacéuticas internacionales, celebrada del 5 al 7 junio del 2003 en Lima, Perú, se obtuvieron importantes reducciones en los precios de reactivos y de esquemas de triple terapia para atender a pacientes que viven con VIH/SIDA, en productos de

¹²³ Condón: <http://www.tusalud.com.mx>, Junio de 2003.

marca y genéricos que cumplan todos los estándares de calidad exigidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹²⁴

Los esquemas de tratamiento favorecidos por este acuerdo, denominados de primera y segunda línea, suministrados a pacientes que no han tomado ningún medicamento retroviral, alcanzaron reducciones del costo que van de 30 a 92 por ciento en el primer caso y de 9 a 72 por ciento en el segundo.¹²⁵

Aunado a lo anterior, durante esta negociación en la que participaron ministros y viceministros de salud en México, Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, se logró también una significativa reducción en el precio de los reactivos empleados para realizar pruebas rápidas, tamizaje y confirmatorias de detección de anticuerpos, conteo de CD4 y de carga viral.¹²⁶

Sin embargo, estos acuerdos se realizaron en el precio y no en el volumen de cada uno de los 37 insumos revisados, que constituyen el inicio de una política regional de medicamentos y que continuaran más adelante para la atención de otras enfermedades como el cáncer.¹²⁷

Los beneficios para México se vieron reflejados con una delegación de alto nivel presidida por el subsecretario de Prevención y Protección de la Salud, doctor Roberto Tapia Conyer, quien viajó en representación del secretario de salud, doctor Julio Frenk Mora, México resolvió adquirir los medicamentos que necesite sin alterar su normatividad interna que establece un riguroso control de calidad para la compra de antiretrovirales.¹²⁸

¹²⁴ Mirta Hernández, “Se duplica la infección de VIH/SIDA en e DF” ,en Reforma, 1º Diciembre 2002.

¹²⁵ Idem

¹²⁶ Idem

¹²⁷ Idem

¹²⁸ Idem

De hecho el país puede todavía obtener un precio menor dependiendo del volumen de medicamentos que adquiera, pues la negociación beneficiará las compras que haga no solo la Secretaría de Salud sino otras instituciones que atienden pacientes con VIH/SIDA como el IMSS, Pemex, Sedena y marina, a diferencia de anteriores opciones que solo consideraban beneficios para la SSA, con los recursos liberados a través de las nuevas tarifas se ha disminuido el costo de los medicamentos y se espera aún más.¹²⁹

Uno de los errores más frecuentes es suponer que todas las personas infectadas por VIH requieren de tratamiento antiretroviral (ARV). Y ello no es así. De acuerdo a la experiencia internacional de aquellos países e instituciones que brindan cobertura universal de tratamiento antiretroviral, como es el caso de Brasil o del IMSS en nuestro país, se estima que únicamente entre el 3% y el 5% de las personas infectadas requieren este tipo de tratamiento.¹³⁰

2.2 Antecedentes del Virus de Inmunodeficiencia Humano en el mundo.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) publicó el 2 de julio el "Informe de 2002 sobre la Epidemia Mundial del VIH/SIDA". Los resultados se resumen en una hoja informativa que dice que 60 millones de personas se han infectado en los 20 años de la epidemia. En las naciones afectadas más severamente, la enfermedad quebranta los logros del desarrollo económico y reduce la expectativa de vida.

La mayoría de los países ha realizado progresos impresionantes en el desarrollo humano desde el final de la Segunda Guerra Mundial. Pero estos logros se están viendo minados a medida que los países pierden a personas jóvenes y productivas a causa del

¹²⁹ Idem

¹³⁰ Idem

VIH/SIDA; los hogares se adentran en una pobreza cada vez más profunda; las economías se tambalean, y el impacto de la epidemia se deja sentir en todos los sectores de la sociedad.¹³¹

Los primeros casos de SIDA se publicaban en 1982 en E.U.A. Al inicio parece una enfermedad que afecta solo a homosexuales. Sin embargo, se observa que también afecta a otros tipos de personas, las que utilizaban drogas intravenosas.¹³²

Según Cassuto los primeros casos de sida eran heroinómanos. Este hecho y el descubrimiento de que el virus puede diseminarse por transfusiones sanguíneas, hace pensar a toda la gente que cualquiera puede adquirirlo, y esta realidad llama la atención a los medios ¹³³

En julio de 1981, un médico investigador de Los Ángeles, informa al centro de control de enfermedades de estados unidos, que tiene cinco casos de pacientes con una rara pulmonía, pneumocystis carinni, en pacientes jóvenes homosexuales cuyos sistemas inmunológicos dejan de funcionar, cosa muy extraña para la edad de los hombres. Al mes siguiente, aparece un informe en el que se describe una enfermedad que ha atacado a 26 hombres homosexuales en la ciudad de Nueva York llamada sarcoma de Kaposi, una clase de cáncer, una enfermedad cutánea que solo se ha observado en ancianos de origen mediterráneo; 4 de aquellos hombres también estaban afectados con neumonía por pneumocystis carinni. ¹³⁴

Hacia 1982, en Europa se dan cuenta de que los raros casos de sarcoma de Kaposi son el resultado del mismo problema, en Estados Unidos resulta claro que el desencadenamiento del sida no está limitado a unas ciudades o núcleos de población. A finales de 1982 ya se conocían más de 800 casos en más de treinta estados.

¹³¹ Shereen Usdin, VIH/SIDA, p. 26

¹³² Idem

¹³³ David Richardson, La mujer y el sida, p. 189-201.

¹³⁴ Population Reports, 2001, volumen 29, No. 3, p.14, Baltimore, EE.UU. Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

Una vez que se supo que el sida se produce por un organismo infeccioso, la sospecha de que retransmite sexualmente fue corroborada cuando un estudio de los primeros 216 casos en el sur de California, descubre que 40 de los hombres estado relacionados sexualmente entre ellos.

En 1982, se descubre la enfermedad en un número creciente haitianos y hemofílicos. Se definen los grupos de riesgo y demuestra la transmisión por vía sexual y sanguínea. Se describen los primeros casos en niños. Richardson y Cassuto; mencionan que el crédito del descubrimiento de este virus lo comparten investigadores franceses y estadounidenses, aquel fue el grupo del Instituto Pasteur de Paris, a cargo del doctor Luc Montagnier, quien mencionó su descubrimiento al inicio de 1983.¹³⁵

Hacia 1984, este virus es identificado en Francia recibiendo el nombre del LAV (del inglés Lymphadenopathy associated virus), o virus relacionado con linfadenotopia. El grupo estadounidense, a cargo del doctor Robert Gallo, lo denomina virus THLVIII (del inglés Human T-Cell Linfoptic virus type III) o virus Linfotrópico de células T humanas tipo III. Y finalmente la OMS para simplificar lo denomina Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH- del inglés Acquired Immune Deficiency Syndrome).

Para mediados de 1983 se establece ya la histeria sobre el sida. En tres años se diagnostican 20,000 casos de sida en E.U.A; 800 afectados mueren.

En 1985, 3000 participantes se reúnen en Atlanta para la primera conferencia mundial sobre el sida. En Francia, a partir del primero de agosto, todos los donadores de sangre son sometidos a un test de detección de anticuerpos, anti-vih y el problema del sida africano aparece en el primer plano por la cantidad de individuos afectados.

¹³⁵ Jean Cassuto, et.al. , SIDA, p. 289.

El 31 de diciembre de 1986, 27 países europeos participan en el control de los casos de sida comunicaron el número de casos registrados al centro colaborador de la OMS sobre el sida. Declaran 4549 casos de sida.¹³⁶

Hacia mayo de 1987 se publican en todo el mundo más de 49,000 casos. Solo en E.U.A. se registran 49,000 casos. Solo en E.U.A. se registran 36,000 casos¹³⁷

El SIDA hunde a las personas en la pobreza a medida que las familias pierden a los miembros que las mantienen, se pone en peligro el sustento y se gastan los ahorros en asistencia sanitaria y servicios funerarios. Las investigaciones indican que los ingresos disponibles mensuales disminuyeron en más del 80 por ciento en los dos tercios de las familias zambianas en las que había fallecido el padre. En Cote d'Ivoire, los ingresos en los hogares afectados por el SIDA eran la mitad del promedio nacional. ¹³⁸

Un estudio en tres países (Burkina Faso, Rwanda y Uganda) ha calculado que el SIDA incrementará el porcentaje de personas que viven en extrema pobreza del 45 % en 2000 al 51 % en 2015. En Botswana cabe esperar un descenso del 13 % en los ingresos familiares por habitante dentro del cuartil más pobre de la población; asimismo, en esta categoría, cada persona productiva tendrá que hacerse cargo de otros cuatro dependientes. Se requieren redes de seguridad que resulten innovadoras y más sólidas.

Las mujeres son las que soportan casi siempre la carga más pesada, en sus distintos papeles como trabajadoras, cuidadoras, educadoras y madres. Al mismo tiempo, su condición jurídica, social y política las hace a menudo más vulnerables al VIH/SIDA. ¹³⁹

La pérdida de bienes y mano de obra productiva afecta profundamente la capacidad de las familias para producir y comprar alimentos. Se calcula que un 20 por ciento de las familias

¹³⁶ Ibid, p. 132-148.

¹³⁷ David Richardson, La mujer y el sida, p. 180-195.

¹³⁸ Ibid, p. 45

¹³⁹ Roger Henrion, Las mujeres y el sida: la evolución del sida en España, pp. 40-41

rurales de Burkina Faso ha reducido su labor agrícola o incluso ha abandonado sus granjas a causa del SIDA. En Etiopía se ha comprobado que los hogares afectados por el SIDA dedican entre 11.6 y 16.4 horas semanales a tareas agrícolas, en comparación con una media de 33.6 horas en los hogares no afectados. Asegurar el derecho de las mujeres e hijos a mantener la tierra y los bienes del esposo/padre fallecido puede ayudar a las familias a afrontar la crisis.

En todos los países afectados, la epidemia de VIH/SIDA acrecienta la presión sobre el sector sanitario. En África subsahariana se estima que los costos médicos directos anuales del SIDA (sin contar la terapia antirretrovírica) son de 30 dólares por habitante, cuando el gasto global en salud pública no llega a 10 dólares por habitante en la mayoría de los países africanos.

La epidemia está reduciendo la calidad de la asistencia dispensada. La escasez de camas hospitalarias, por ejemplo, implica que las personas sólo sean ingresadas en las etapas tardías de la enfermedad, lo que reduce sus posibilidades de recuperación.

Sigue aumentando la demanda de servicios de salud, como aumenta simultáneamente el número de profesionales sanitarios afectados por el VIH/SIDA. Malawi y Zambia, por ejemplo, están experimentando incrementos de 5-6 veces en las tasas de morbilidad y mortandad entre el personal sanitario. Para compensar estas pérdidas se calcula que África meridional debería formar a un 25-40 por ciento más de médicos y enfermeras entre 2001 y 2010.¹⁴⁰

Las iniciativas de atención domiciliaria constituyen un mecanismo fundamental para mitigar el impacto. Instaurada a nivel comunitario y gestionada a menudo por organizaciones religiosas o no gubernamentales, la asistencia a domicilio depende del apoyo tanto del sector público como del sector privado.¹⁴¹

¹⁴⁰ Emma Guest, Los niños del sida: la crisis de los huérfanos de África. Pp.33-34

¹⁴¹ Ibid, p. 36

El descenso en la matriculación escolar es uno de los efectos más visibles de la epidemia. Según el Banco Mundial, en 2010, el número de alumnos en escolarización primaria disminuirá un 24 por ciento en Zimbabwe, 14 por ciento en Kenia y 12 por ciento en Uganda.¹⁴²

Conforme aumenta el número de maestros que fallecen a causa del SIDA, se deteriora la capacidad de los sistemas educativos para cumplir sus obligaciones sociales básicas. Un estudio en Manicaland (Zimbabwe) comprobó que el 19 por ciento de los maestros y casi el 29 por ciento de las maestras estaban infectados por el VIH. La mortandad nacional relacionada con el SIDA entre maestros de Sudáfrica aumentó más del 40 por ciento en 2000-2001. La escasez de maestros puede resultar especialmente devastadora en las comunidades rurales, en las que las escuelas dependen en gran medida de una o dos personas.¹⁴³

La adaptación y el funcionamiento continuados de las instituciones educativas, como parte de la infraestructura esencial de las sociedades, influirán en la capacidad de éstas para recuperarse de la epidemia.

La inmensa mayoría de las personas que viven con el VIH/SIDA en todo el mundo se encuentra en el período más productivo de su vida. En 2005, Zimbabwe habrá perdido el 19 por ciento de su fuerza laboral a causa del SIDA; Botswana, el 17 por ciento; Sudáfrica, el 11 por ciento; la República Unida de Tanzania, el 9 por ciento, y Cote d'Ivoire, el 8 por ciento.¹⁴⁴

El SIDA debilita la actividad económica al exprimir la productividad, añadir costos, desviar recursos productivos y agotar capacidades prácticas. La epidemia incide básicamente en la productividad al incrementar el ausentismo, fomentar la ruptura institucional y exacerbar la pérdida de capacidades y "memoria organizativa". Es posible que se interrumpan los ciclos

¹⁴² Ibid, p. 37

¹⁴³ Irwin Alexander, Sida global: verdades y mentiras, herramientas para luchar contra la pandemia del siglo XXI. p.p.. 46-58

¹⁴⁴ Idem

de producción, que la maquinaria permanezca parada y que sea necesario reclutar y formar a trabajadores temporales.¹⁴⁵

Un estudio en diversos países de África meridional ha estimado que el impacto combinado del SIDA por lo que respecta a absentismo, reducción de la productividad, gastos de asistencia sanitaria y costos de reclutamiento y formación puede recortar los beneficios en un mínimo del 6-8 por ciento.¹⁴⁶

La pérdida de conocimientos prácticos tiende a ser el factor de costo citado con mayor frecuencia en las fábricas. Así, incluso en las zonas con altos índices de desempleo (con una reserva aparentemente "ilimitada" de mano de obra no cualificada o semicalificada), acaba produciéndose un desgaste considerable de conocimientos y capacidades visibles e invisibles.¹⁴⁷

El SIDA tiene un profundo impacto sobre el crecimiento, la renta y la pobreza. En los países con tasas nacionales de prevalencia del VIH/SIDA iguales o superiores al 20 %, se ha estimado que el crecimiento del PIB disminuye anualmente un promedio de 2.6 puntos porcentuales. Algunos estudios de ámbito nacional han proyectado que, en 2015, las economías de Botswana y Swazilandia crecerán 2.5 y 1.1 puntos porcentuales menos, respectivamente, de lo que lo hubieran hecho en ausencia de la epidemia.¹⁴⁸

La forma más poderosa de evitar el impacto devastador del VIH/SIDA es actuar antes de que arraigue la epidemia. En Tailandia, los cálculos de las tasas de rentabilidad sobre las inversiones en prevención del VIH/SIDA indican que, en 1990-2020, los gastos médicos evitados depararán por sí solos tasas de rentabilidad del orden del 12-33 por ciento.¹⁴⁹

¹⁴⁵ Idem

¹⁴⁶ Idem

¹⁴⁷ Ibid, p. 49

¹⁴⁸ Ibid, p. 60-63

¹⁴⁹ Idem

2.2.1 Diversas teorías que abordan el origen del VIH.

Aún hoy es una incógnita la pregunta por el origen del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humano), causa del SIDA. Existen diversos supuestos acerca del origen del VIH, pero aún no se cuenta una respuesta acabada al respecto.

Una de estas proposiciones plantea que el VIH proviene de la sangre de chimpancés cazados por seres humanos y que se transmitió al hombre a principios de siglo. Esta suposición, publicada en febrero de 1998 ganó un amplio consenso entre numerosos científicos. Otra creencia que se encuentra fuera del alcance de la capacidad científica, incluso en la actualidad, es que el VIH fue desarrollado como parte de un programa de armas químicas por algún gobierno.¹⁵⁰

También se ha pensado que el VIH es sólo un acompañante del SIDA, que es causado por las drogas intravenosas y los contactos sexuales anales, ayudado por otras drogas reactivas. Esta teoría fue desvirtuada por las personas pertenecientes a los denominados "grupos de riesgo" que no contraen el SIDA: se ha encontrado que poseen resistencia genética al VIH.¹⁵¹

Totalmente desvirtuada es la teoría según la cual el VIH es una forma mutada de la fiebre porcina originada en Haití. Se ha comprobado que el VIH no se relaciona con la fiebre porcina. La pregunta no tiene aún su respuesta. Pero nuevas teorías surgen. Y hoy la pregunta es si la epidemia del SIDA pudo ser activada por investigadores de la poliomielitis en las ex colonias belgas en África. ¿Se transmitió el SIDA de monos a seres humanos a través de una vacuna contaminada contra la poliomielitis?¹⁵²

¹⁵⁰ Usdin Shereen, VIH/SIDA p. 35

¹⁵¹ Ibid, p. 37

¹⁵² Ibid, p. 39

A fines de la década de los 50's, exactamente febrero de 1959 en África dos médicos, Arno Motulsky y Jean Candepitte, realizan una investigación microbiológica de la malaria. (Paludismo) con la ayuda de médicos locales, juntan muestras sanguíneas del personal médico, pacientes en hospitales y del personal oficial de Leopoldville. Un cuarto de siglo después, estas muestras de sangre llegan a los Estados Unidos, junto con otras recolectadas en diversas áreas del África. ¹⁵³

Estas muestras son analizadas para detectar la presencia de anticuerpos al virus que causa el SIDA. Una muestra emerge positiva en todos los análisis: tomada de un hombre africano anónimo y ésta constituye el espécimen más antiguo en existencia del virus de la inmunodeficiencia adquirida, o VIH. No se sabe qué sucedió con el hombre africano, pero durante las dos décadas desde que se tomó esa muestra de sangre y antes de 1981, año cero para el SIDA, otros africanos y visitantes europeos que llegan a África se infectarán por VIH-1, la primera cepa identificada del virus. En aquel entonces, los médicos estaban perplejos, pero se tomaron muestras de sangre y, años después, resultaron ser VIH-1 positivas. ¹⁵⁴

Lo inquietante en todos estos casos es que el 87% de las muestras conocidas de VIH-1 tomadas en África desde 1980 o con anterioridad a ese año, provienen de aquellas ciudades donde una vacuna oral contra la polio, o CHAT, fue suministrada a africanos entre 1957 y 1960. ¹⁵⁵ Una investigación sugiere que la vacuna estaba contaminada con un virus de inmunodeficiencia de un chimpancé que infectó a los seres humanos iniciándose así a la epidemia.

¹⁵³ Population Reports, 2001, volumen 29, No. 3, p.p. 7-9, Baltimore, EE.UU. Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

¹⁵⁴ *Idem*

¹⁵⁵ *Ibid*, p. 12

El escritor y periodista Edward Hooper se dedicó durante los últimos ocho años a investigar la teoría. Hooper manifiesta contar con fundamentos convincentes que apoyan esta teoría. Entre ellos pueden mencionarse:

- Una alta correlación entre el uso de la vacuna entre 1857 y 1960 y los brotes subsecuentes de VIH-1, el principal virus del SIDA.
- El primer caso confirmado de VIH surge de una muestra de tejido aún guardada procedente de Leopoldville, que coincide en tiempo y lugar con un ensayo clínico de envergadura de la vacuna realizado por Wistar Institute de Filadelfia (responsable de los ensayos realizados en África)
- Nadie pudo confirmar un caso de infección por VIH antes de 1957, el año en que comenzaron los ensayos de vacunas.
- El único pariente cercano al VIH es el virus de los simios hallado en los chimpancés comunes que mostraban síntomas de inmunosupresión, sugiriendo que pueden haber estado infectados por Virus de Inmunodeficiencia Simio (VIS).¹⁵⁶

El Instituto Wistar formó un comité de expertos independientes para que revisara las acusaciones. Este comité respondió que las posibilidades de que la vacuna se viera implicada eran remotas. Uno de los principales argumentos fue la exhibición del caso de un marinero de Manchester, Inglaterra, David Carr, fallecido aparentemente de SIDA en 1959. Según él informa Carr había regresado a Inglaterra a mediados de 1957, antes de que se comenzaran con los ensayos en el Congo. De ahí que la vacuna contra la polio no fuera el origen del SIDA.¹⁵⁷

El comunicado de Wistar sostuvo que: "Mientras este hombre viajaba al norte de África desde 1955, había regresado a Inglaterra en la primera mitad de 1957, antes de que se iniciara el ensayo en el Congo."No obstante, una investigación del diario The Independent, en

¹⁵⁶ Ibid, p. 18-19

¹⁵⁷ Gerard McDonald, et.al. „AIDS care “HIV beginning” p.p. 25-26

1995, reveló que Carr, quien no había viajado al África, no se había infectado con el VIH. Hooper sostiene que esta revelación le restó credibilidad a la teoría de que la vacuna contra la polio nunca pudo haber sido el origen del SIDA.¹⁵⁸

Sin embargo, existen otros problemas con la hipótesis de Hooper como, por ejemplo, que la vacuna contra la polio se aplicaba por vía oral, vía bastante más difícil de transmisión de VIH, aunque no imposible; ciertas objeciones a la teoría por parte de los expertos en VIH que creen que la genética del virus indica un pasaje del chimpancé a los humanos algunos años antes de los ensayos de la vacuna en 1957; evidencias de que un segundo tipo de virus del SIDA, VIH-2, fue "naturalmente" transmitido de monos a humanos en varias oportunidades, probablemente a través de la cacería de estos animales; y, por último, en otras partes del mundo donde se usó la vacuna contra la polio, por ejemplo Europa Oriental, no experimentaron una epidemia similar de SIDA.¹⁵⁹

No pueden negarse los paralelismos entre el SIDA y la polio. En 1959, como ahora, existía una terrible enfermedad globalizada y, a la vez, grandes presiones para obtener la cura. Entonces, como ahora, los científicos no sólo estaban alimentados por intenciones nobles, sino también por razones egoístas que tienen que ver con el prestigio y las potenciales ganancias.¹⁶⁰

Un hecho muy convincente, fue descubrir que un virus muy similar al que causa el SIDA es frecuente en el mono verde africano. Como un hecho interesante, el virus al parecer tiene pocos efectos perjudiciales en estos monos. Sin embargo, en una especie de mono, los macacos, el virus causa un síndrome de inmunodeficiencia similar al SIDA del hombre, se han

¹⁵⁸ Idem

¹⁵⁹ Idem

¹⁶⁰ Idem

planteado varias teorías para tratar de explicar cómo pudo encontrar el paso del mono al hombre.¹⁶¹

En una operación masiva, aparentemente no supervisada, africanos tomaron parte en los primeros ensayos masivos de CHAT (vacuna contra la polio) entre febrero y abril de 1958. Se vacunaron en seis semanas 256 mil personas. Mientras tanto, 40 años después y debido a las turbulencias políticas existentes, se han interrumpido en la República Democrática del Congo las campañas de vacunación anti polio. Esta región es nuevamente el bastión de la enfermedad. Aun existe la incógnita: ¿una vacuna originó el SIDA?

2.3 Epidemiología.

El VIH ha infectado a más de 60 millones de personas desde que se inició la epidemia hace dos décadas. Según las estimaciones, en 2001 cobró tres millones de vidas.

En los 45 países más afectados se prevé que, entre 2000 y 2020, 68 millones de personas fallecerán de forma prematura como consecuencia del SIDA. La mortandad prevista es máxima en África subsahariana, donde cabe esperar 55 millones de fallecimientos adicionales.

En muchos países, el SIDA está erosionando décadas de progreso en cuanto a esperanza de vida. En promedio, la esperanza de vida en África subsahariana es actualmente de 47 años. Sin el SIDA hubiera sido de 62 años. En Botswana, con un 38.8%, tiene la tasa de prevalencia en adultos más alta de todo el mundo, la esperanza de vida al nacer ha

¹⁶¹ James Cassuto, et.al. , SIDA, p.130-170.

descendido por debajo de los 40 años, un nivel no registrado en el país desde antes de 1950.

162

La epidemia se está cerniendo de forma especial en los niños y jóvenes. En siete países de África subsahariana, las tasas de mortandad en niños menores de cinco años han aumentado un 20-40 % como consecuencia del VIH/SIDA. Se prevé que el exceso de fallecimientos relacionados con el SIDA en personas de Sudáfrica de 15-34 años alcance su cota máxima en 2010-2015, período durante el cual el número estimado de fallecimientos será 17 veces mayor de lo que hubiera sido en ausencia del SIDA.¹⁶³

Los niveles actuales de prevalencia del VIH sólo dejan entrever la probabilidad mucho mayor de contraer la infección a lo largo de la vida. En Lesotho, por ejemplo, se estima que una persona que cumplió 15 años en 2000 tiene una probabilidad del 74 por ciento de haber contraído la infección por el VIH en su 50 aniversario. Incluso en Guyana, donde la prevalencia en adultos es relativamente baja (2.7%), la probabilidad de contraer el VIH entre los 15 y los 50 años será del 19 por ciento durante el período 2000-2035.¹⁶⁴

2.3.1 Epidemiología en México.

En México el problema con el VIH, es que la información todavía es muy deficiente, pese a que se han logrado importantes avances para que desde la primaria se inicie la educación sexual. Sin embargo, estadísticas de embarazos no planeados o el contagio de SIDA son muestra palpable de que la difusión todavía no avanza lo suficiente.

¹⁶² Alexander, Irwin, Sida global: verdades y mentiras, herramientas para luchar contra la pandemia del siglo XXI. p.p. 60

¹⁶³ Idem

¹⁶⁴ Ibid, p. 62

En el caso del VIH/SIDA, información oficial revela que la tasa de mortalidad por esta enfermedad de transmisión sexual entre los varones pasó de 3.2 defunciones por cada 100 mil habitantes en 1988, a 17.2 en 1998, a nivel nacional. En el caso de mujeres pasó de 0.4 muertes por cada 100 mil habitantes a 2.8 por cada 100 mil.¹⁶⁵

De los casos de VIH, 28% se registran en el distrito federal, el cual tiene hasta la fecha **registrados** 2500 casos en el programa de VIH-SIDA del Gobierno local y se abrieron 100 expedientes nuevos cada mes en el último año. Registrándose mayor número de casos entre personas del género masculino de entre 25 a 35 años de edad siendo esta la población donde se cuentan con un índice de infecciones más alto ya que hay cinco hombres infectados de VIH/SIDA por cada mujer con la enfermedad.¹⁶⁶

Esto nos refleja que el problema está creciendo a ritmos acelerados y si no se hace algo, de acuerdo a organizaciones no gubernamentales (ONG), en 20 años México podría llegar a niveles tan graves como los que hoy se sufren en países del Continente Africano.¹⁶⁷

Según datos arrojados por la UNICEF, diez millones de jóvenes de entre 15 y 24 años de edad están enfermos de SIDA y la mayoría no están conscientes del riesgo y no se protegen, pese a ello, un gran número de jóvenes incluso en los países más afectados por la epidemia, no tienen una percepción del riesgo del contagio del virus, y, además, no saben como protegerse, según estudios realizados se encontró que en 17 países donde se realizaron investigaciones, más de la mitad de los adolescentes no eran capaces de nombrar un método de protección contra el VIH.¹⁶⁸

¹⁶⁵ José Keith Romero, *Gestión social y VIH/ SIDA en México* p. 45

¹⁶⁶ <http://www.aids-sida.org> publicado en el Excelsior el 16 de junio de 2001.

¹⁶⁷ Idem

¹⁶⁸ <http://www.aids-sida.org> publicado en el Excelsior el 14 de junio de 2001.

Según Peter Piot, director de ONUSIDA, casi el 95 % de las personas infectadas por el virus del SIDA en los países en vías de desarrollo ignoran probablemente que estén afectadas, esta ignorancia se debe a la falta de equipos de detección, al rechazo de querer saber y a los prejuicios que se presentan con respecto a esta enfermedad, en cifras generales, se piensa que de 20 a 25 % de las personas infectadas por el virus necesitan un tratamiento¹⁶⁹ y no les será fácil conseguirlo

Los **primeros informes documentados de SIDA** datan de **1981** y correspondían a individuos de altos recursos económicos de la comunidad homosexual en **Estados Unidos**, específicamente de San Francisco, por lo que podría considerarse que ésta era originariamente una enfermedad de los países primermundistas.¹⁷⁰

Sin embargo, actualmente la epidemia se ha propagado por todos los confines de la Tierra y es en los países del tercer mundo donde se ha convertido en un verdadero azote, dadas las condiciones educativas, económicas y sociales prevalecientes en los países pobres. Una región notoriamente dramática es África sub-sahariana, donde una de cada doce personas esta infectada, y poco más de la mitad son mujeres. La mayor parte de estas personas, unos 23 millones, morirá en los próximos años. Por otro lado, de ser una enfermedad confinada a núcleos de hombres **homosexuales**, en estos momentos el SIDA se transmite principalmente entre la **población heterosexual**, ya sea por vía sexual, por inyecciones o el uso de drogas, o de madre a hijo. Es notable el hecho de que es entre las mujeres mas rápidamente ha aumentado la tasa de infección.¹⁷¹

En **México** la historia natural del SIDA se **inicia en 1983**, cuando las autoridades sanitarias dan cuenta de la aparición de la rara enfermedad, a raíz del diagnóstico hecho en

¹⁶⁹ <http://aids-sida.org> publicado en El sol de México el 1 de junio de 2001.

¹⁷⁰ Population Reports, 2001, volumen 29, No. 3, p.p. 5, Baltimore, EE.UU. Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

¹⁷¹ Population Reports, 2001, volumen 29, No. 3, p.p. 4, Baltimore, EE.UU. Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

pacientes extranjeros residentes del país. Por otra parte, en nuestro país en 1985, gracias a los avances científicos fue posible utilizar las primeras pruebas serológicas en donadores, lo que permitió estimar la magnitud de la infección en México, a la fecha la investigación epidemiológica indica que la transmisión del VIH se asocia con grupos de conducta específica: drogadictos intravenosos, hemofílicos, receptores de transfusiones sanguíneas, heterosexuales y homosexuales: (vía sexual) y vía perinatal, aunque su publicidad en homosexuales al momento de su descubrimiento fue tanta que se llegó pensar que era creada y exclusiva de este grupo, hoy en día sabemos que no es así.

En el país se cuenta con una estadística de muerte por SIDA que arroja una relación de seis varones por una mujer que fallece; aunque en el Distrito Federal esta relación es de cuatro varones por una mujer, siendo en este último caso donde se detecta un incremento del número de mujeres jóvenes.

Desde 1998 a nivel nacional el SIDA se convirtió en la séptima causa de muerte entre las mujeres de 25 a 35 años de edad; y como la cuarta causa de muerte entre los hombres jóvenes de todo el país.

Las instancias de salud del gobierno del Distrito Federal, informan que esta epidemia es de las primeras causas de mortandad entre jóvenes de 25 a 35 años de edad, tan sólo después de los fallecimientos por accidentes o violencia, que se mantienen como las primeras.

Estos datos representan un llamado urgente para cualquier persona, particularmente los padres y madres de familia, para que asuman con conciencia este llamado mal del siglo, que aunque se inició en el siglo XX, amenaza con propagarse y prolongarse durante este nuevo milenio.

Es muy importante buscar información adecuada tanto para adultos como para menores y jóvenes, allegarse una bibliografía rica en estos temas que le permita platicar con sus hijos de sexualidad, no como un pecado, sino como una manifestación biológica y natural del cuerpo humano.¹⁷²

En México en el año 2001 se notificaron 4297 casos de sida, y solo fueron diagnosticados 1786, en el 2002 no se notificó ningún caso, sin embargo, se diagnosticaron 365 hasta el primer trimestre de este año.¹⁷³

El diagnóstico de casos de sida en el segundo trimestre del 2002 según sexo y grupos de edad fue de la siguiente manera:

- Menores de 15 años .4% en hombres y .0 % en mujeres
- De 15 a 44 años fue 83.1% hombres y 71.4% mujeres
- 45 y más años: 16.5% hombres y 28.6 % mujeres.

Esto muestra que la población más afectada esta entre los 15 y 44 años de edad, y dentro de este rango se encuentra la población a investigar (21-25).

De estos casos en el año **95.4% se debieron a contagio por vía sexual** de ese porcentaje **55.1% fueron por relaciones de tipo heterosexual** siendo menor el contagio **entre homosexuales y bisexuales** los cuales ascienden a **un 40.3%** por ambos casos. En este trimestre en el Distrito Federal no se reportó ningún caso diagnosticado de sida. Si embargo tiene el 1er. lugar por incidencia, seguido en éste orden por Jalisco y Morelos, Estado de México ocupa el lugar 11 a su vez este ocupa el 2º lugar por número de casos y de nuevo Distrito Federal ocupa el 1º en número de casos. ¹⁷⁴

¹⁷² SIDA y Jovenes: <http://www.mediweb.com.mx> , 1 de junio de 2003.

¹⁷³ Estadísticas del sida en México: <http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadis.htm> 1 de junio de 2003.

¹⁷⁴ Idem

Peter Piot, director del Programa común de la ONU contra el SIDA (ONUSIDA), casi el 95% de las personas infectadas con el virus del SIDA en los países en vías de desarrollo ignoran probablemente que estén afectadas, esta ignorancia se debe a la **falta de equipos de detección, al rechazo de querer saber y a los prejuicios que se presentan con respecto a esta enfermedad.**¹⁷⁵

Según las estimaciones, los esfuerzos ampliamente elogiados del Brasil para proporcionar tratamiento y asistencia universales, junto con sus programas de prevención bien planificados, evitaron 234.000 hospitalizaciones durante el período 1996-2000.

Cuando hablamos de cifras, el reporte médico de los casos de SIDA e infectados por VIH es obligatorio en nuestro país. Por lo tanto, todas las unidades médicas del país, públicas y privadas, deben reportar oportunamente a la autoridad de salud (jurisdicción sanitaria) cualquier caso nuevo o detección de persona infectada.¹⁷⁶

Esta información es concentrada a nivel estatal y enviada a nivel central a la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud, quien tiene bajo su responsabilidad el Registro Nacional de Casos de SIDA. La DGE integra las cifras nacionales y las publica semanalmente a través de su boletín epidemiológico, de manera impresa y a través de Internet.¹⁷⁷ Una síntesis trimestral es enviada al Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, quien a su vez las difunde a través de su página Web¹⁷⁸.

De este modo, las cifras reportadas por el Registro Nacional de Casos de SIDA son responsabilidad de todas las instituciones públicas y privadas del país y son validadas anualmente por cada entidad federativa. Todas las cifras y estimaciones sobre VIH/SIDA en

¹⁷⁵ VIH/SIDA : <http://www.salud.gob.mx/conasida/>, Noviembre ,2003

¹⁷⁶ Idem

¹⁷⁷ Estadística cifras en México : <http://www.epi.org.mx/Octubre,2003>

¹⁷⁸ Estadística cifras en México : <http://www.ssa.gob.mx/conasida/> Octubre ,2003

México han sido realizadas por la Dirección General de Epidemiología y por el CENSIDA, de acuerdo a los modelos y criterios internacionales avalados por el Programa Mundial de VIH/SIDA (ONUSIDA).

Sin embargo, en ocasiones resulta muy complicado entender las cifras estadísticas, y esto se debe a que en el ámbito del VIH/SIDA se manejan diferentes tipos de cifras, que en ocasiones se confunden o mal interpretan: casos registrados según fecha de diagnóstico o de notificación; total de casos registrados vivos; estimación de personas infectadas por VIH; prevalencia de VIH en grupos específicos; tasas de incidencia anual; y tasas de mortalidad, entre otras. El SIDA es la única enfermedad en donde se manejan cifras sobre el total de casos acumulados, independientemente de que se encuentren vivos o muertos.¹⁷⁹

Además, porque se trata de una enfermedad en donde existe un gran período de tiempo entre el momento del contraer la infección y la manifestación de la enfermedad. De acuerdo con los estudios científicos disponibles, este período puede ser de 8 a 12 años cuando se trata de transmisión sexual y de 7 años en la transfusión sanguínea.¹⁸⁰

Por lo tanto, el análisis de la epidemia del SIDA requiere de un manejo cuidadoso de la información disponible: un **caso de SIDA** que se diagnostica el **día de hoy**, en realidad está mostrando que el VIH **se adquirió en años anteriores**. Además, los registros de casos de SIDA de todos los países del mundo presentan problemas de subregistro (en México es del 18.5%) y retraso en la notificación de casos, de tal forma que los casos que se reportan no son todos los casos que en realidad existen.¹⁸¹

De este modo, en el mejor escenario posible, el número de casos refleja la epidemia que ocurrió tiempo atrás, no la epidemia actual. Si no se considera esta situación, se corre el

¹⁷⁹ Idem

¹⁸⁰ Idem

¹⁸¹ Idem

grave riesgo de obtener conclusiones erróneas. Tomando en cuenta que las cifras no muestran la situación real y exacta de un país, la pregunta sería: ¿cómo medimos realmente la situación del sida en un país?

El criterio internacional para comparar la situación del SIDA entre los países no se realiza en función del número de casos de SIDA, sino por tasas calculadas a partir del número estimado de personas infectadas. Este tipo de tasas, conocidas como **prevalencia**, expresan la proporción de personas de una población que tiene una enfermedad o infección en un momento determinado, en este caso, que son portadoras del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

De acuerdo con el *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2002*, liberado por ONUSIDA en la reciente Conferencia de Barcelona; en nuestro país existen alrededor de 150,000 personas de 15 a 49 años infectadas por VIH, lo cual indica una **prevalencia del 0.3%**; y significa que, por cada mil personas adultas en nuestro país, tres de ellas podrían ser portadoras del VIH.

En ese mismo reporte de ONUSIDA, nuestro país ocupa, de acuerdo a la prevalencia de VIH en población adulta, el lugar **77** a nivel mundial y el lugar **23** considerando sólo al Continente Americano y el Caribe. Sin embargo, el riesgo potencial para nuestro país es que tiene fronteras con países de epidemias mayores como Estados Unidos (0.6%), Belice (2.0%) y Guatemala (1.0%), con quienes existen fuertes flujos migratorios y de comercio sexual, situaciones que podrían favorecer la diseminación de la epidemia.¹⁸²

ONUSIDA ha propuesto una tipología para caracterizar las epidemias de SIDA: incipiente, concentrada y generalizada. México se clasifica como un país que tiene una epidemia **concentrada**, lo cual significa que aunque la infección por VIH se ha difundido

¹⁸²Reportes Estadísticos: <http://www.aids-sida.org/estadist05.html> ,Noviembre,2003

rápidamente en algunos subgrupos de la población, **aún no se generaliza** en la población en general.

Es decir, México tiene una prevalencia **elevada** en hombres que tienen sexo con hombres (15%) y usuarios de drogas inyectables (6%), pero mantiene una prevalencia **baja** en población adulta de 15 a 49 años (0.3%) y mujeres embarazadas (0.09%).

En México se han registrado desde el inicio de la epidemia y hasta el 31 de diciembre de 2001, un total acumulado de 51,914 casos, de los cuales únicamente 20,671 (40%) se encuentran **vivos**. El resto de las personas ya fallecieron o no se conoce su evolución. Sin embargo, debido al subregistro y retraso en la notificación de los casos, se estima que podrían estar vivas unas **6,000 personas más** (50% de las cuales correspondería a las instituciones de seguridad social que garantizan el tratamiento ARV).

De las personas registradas como vivas en el Registro Nacional de Casos al finalizar el año 2001, el 85% están recibiendo terapia antirretroviral otorgada por instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y por la SSA mediante fondos del gobierno federal y de los Servicios Estatales de Salud. Según informes de ONUSIDA, las predicciones indican que habrá 100 millones de personas viviendo con VIH/SIDA para el año 2007.¹⁸³

La estimación de las personas que podrían requerir tratamiento ARV puede hacerse bajo dos formas distintas: un primer escenario, que se considera el escenario **más probable**, se estimó considerando la experiencia de Brasil, como un país de referencia que garantiza el tratamiento ARV universal a toda su población.¹⁸⁴

¹⁸³ Idem

¹⁸⁴ Letra S, en La Jornada, Letra S, 1º de agosto del 2002

En la actualidad, Brasil proporciona tratamiento ARV a 115,000 personas (infectados y casos), y se estima que tiene alrededor de 610,000 personas infectadas. En otras palabras, Brasil otorga un tratamiento ARV por cada 5.3 personas infectadas por VIH. Para que México lograra esa misma proporción, tendría que otorgar **28,275** tratamientos, logrando una cobertura universal similar a la que tiene Brasil.

Un segundo escenario puede construirse a partir del porcentaje de personas infectadas que reciben tratamiento ARV en países o instituciones que tienen cobertura universal (del 3 al 5%), agregándole la totalidad de los pacientes vivos registrados y no registrados. Bajo este escenario, el número de tratamientos necesarios sería de **34,171**. Es un escenario poco probable, ya que supera ampliamente la proporción entre persona infectada/tratamiento ARV mencionada para Brasil anteriormente, así como las estimaciones realizadas por la OPS. En síntesis, considerando los casos de sida registrados, personas portadoras del VIH y el subregistro se estima que, para que nuestro país alcance la cobertura universal, se requiere proporcionar entre 28,275 y 34,171 tratamientos antiretrovirales.¹⁸⁵

A partir de la existencia del SIDA en el mundo se han ido acuñando frases que se reflejan en números y vidas la realidad de esta pandemia:

*"En un comunicado de prensa emitido por la oficina de Naciones Unidas en México, Annan señala que cada minuto, cinco personas entre los 10 y 24 años de edad son infectadas con el VIH. A nivel mundial, el segmento de estas edades representa al menos un tercio de todas las personas viviendo con VIH o SIDA." Fuente: Agencia Notiese.*¹⁸⁶

¹⁸⁵ Letra S, Op. Cit., 4 de julio del 2002

¹⁸⁶ Estadística SIDA en México: Amigos contra el sida, <http://www.aids-sida.org/>, Noviembre, 2003

"El 60.2% de las personas que viven con SIDA en México, no tienen acceso a los servicios de Seguridad Social, de éstos, solamente el 3.5% se atiende en instituciones privadas." ¹⁸⁷

"También mediante campañas informativas y con el respaldo de los trabajadores de la salud, se han puesto en marcha programas de prevención de las nuevas enfermedades que aquejan a la sociedad, como es el triste y dramático caso del SIDA. Resulta alentador constatar que la campaña contra el SIDA, que tiene un gran respaldo social, ha permitido desacelerar la tasa de crecimiento de este terrible padecimiento, en particular, durante los últimos tres años. No obstante, debemos decirlo, el problema sigue siendo muy grave por la cantidad de personas infectadas que ni siquiera saben que lo están. Por ello, hoy reitero, que no sólo mantendremos, sino que reforzaremos la campaña contra el SIDA, porque la prevención sigue siendo la única alternativa realista que tenemos ante el llamado "Mal del Siglo" y, por supuesto, seguiremos haciendo el mayor esfuerzo posible para asistir a quienes tristemente ya sufren el cruel padecimiento. el compromiso del Gobierno de la República con la salud de todos los mexicanos y en especial nuestros jóvenes, que son quienes están en mayor riesgo de infección, es indeclinable y no admite retrocesos" ¹⁸⁸

"El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ha decidido, juntamente con sus copatrocinadores y sus asociados, centrar la Campaña mundial contra el SIDA 1998 en los jóvenes. Entre las razones principales de esta decisión figuran las siguientes: Más del 50% de las nuevas infecciones por el VIH, el virus que causa el SIDA, se producen en la actualidad en jóvenes del grupo de edad de 10 a 24 años. Los jóvenes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH y están resultando gravemente afectados

¹⁸⁷ "Costos y gastos de atención médica del SIDA en México" por los Doctores Jorge Saavedra y Carlos Magis.

¹⁸⁸ Dr. Ernesto Zedillo. Presidente de México. Fragmento del discurso en la ceremonia conmemorativa del día del médico el 23 de octubre.

por la epidemia. Los jóvenes tienen la capacidad para modificar el curso de la epidemia. Este grupo de población no solamente se ve infectado y afectado por el VIH/SIDA, sino que también es el recurso clave para movilizar una respuesta ampliada y eficaz. " ¹⁸⁹

*"En México, el 20% más pobre de la población reúne tan sólo el 4.2% de los ingresos totales del país, mientras que el 20% más rico dispone del 55% de los ingresos nacionales. En 1995, la fortuna del ciudadano mexicano más rico equivalía a los ingresos reunidos de los 17 millones de mexicanos más pobres."*¹⁹⁰

"En América Latina, estimamos que en 1997 se infectaron por el VIH 160 mil, lo que equivale aproximadamente al número de personas que el mismo año se infectaron en Europa y América del Norte juntas"¹⁹¹

"Diariamente se infectan de VIH, 16 mil personas en el ámbito mundial El 75% de los nuevos casos de SIDA son por relaciones sexuales. Siete mil son jóvenes entre 10 y 24 años, lo que significa que cada minuto se infectan 5 jóvenes"¹⁹²

"Para el año 2000 todos conoceremos a alguien con SIDA, puede ser un amigo, un compañero de trabajo o escuela, un pariente o quizás, nosotros mismos."¹⁹³

"El SIDA es el problema de salud pública más complejo del país" ¹⁹⁴

¹⁸⁹ ONUSIDA

¹⁹⁰ Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA

¹⁹¹ Idem

¹⁹² Sally Cowel, Secretaria de Relaciones Exteriores de ONUSIDA

¹⁹³ Organización Mundial de la Salud

¹⁹⁴ Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud.

El problema del SIDA es grave como se puede ver, y ahora con toda la información anterior ahora se puede comprender de una forma más objetiva la naturaleza de las cifras estadísticas del VIH/SIDA.

Los jóvenes en cifras:

- Porcentaje de los jóvenes entre 18 y 25 años, con vida sexual activa, que no utilizan condón: **32%**.
- Personas que viven con VIH/sida en el mundo: **33.4 millones**.
- Jóvenes entre 10 y 24 años que viven con VIH/sida en el mundo: **cerca de 10 millones**.
- De las nuevas infecciones por el VIH porcentaje que se producen en jóvenes entre 10 y 24 años: **50%**.
- Número de jóvenes entre 10 y 24 años que se infectan diario con el VIH en el mundo: **7 mil**.
- Por minuto: **5 jóvenes**.
- Nuevos casos anuales de enfermedades de transmisión sexual que se producen en jóvenes menores de 25 años en el mundo: **166.5 millones**.
- Total de casos acumulados y registrados de SIDA en México, desde el inicio de la epidemia hasta el 1 de octubre de 1998: **37,381**.
- Número estimado de personas infectadas por el VIH en México: **entre 176 mil y 235 mil personas**.
- Número total de casos acumulados y registrados de jóvenes entre 10 y 24 años, desde el inicio de la epidemia hasta el 1º de octubre de 1998: **4,553**.
- Porcentaje del sexo masculino de acuerdo con la cifra anterior: **82%**.¹⁹⁵

Los jóvenes, como los adultos, contraen básicamente el VIH de tres maneras: a través de las relaciones sexuales entre hombres y mujeres; a través de las relaciones sexuales entre

¹⁹⁵ Letra S. en La jornada Letra S, 3 de diciembre de 1998.

los hombres y a través de las inyecciones intravenosas de drogas. El hecho de tener otras infecciones de transmisión sexual puede contribuir a que aumente de dos a ocho veces la posibilidad de contraer el VIH/SIDA durante el coito con una persona infectada.¹⁹⁶

El VIH también puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. Como la primera generación de criaturas así infectadas estaría ahora en la adolescencia, la proporción aún viviente de ellas probablemente sea pequeña.¹⁹⁷

Una pequeña proporción de las infecciones se debe a otros medios de transmisión, como la transfusión de sangre infectada y las actividades que llevan a la ruptura de la piel con equipo no esterilizado.¹⁹⁸

2.4 Antecedentes de la conducta sexual de los jóvenes.

Las prácticas sexuales asociadas con el contagio de SIDA se refieren básicamente al inicio de la vida sexual, tipo de relación sexual (vaginal, anal y oral) y al número de parejas sexuales, ya que mientras más alto es el número el número de parejas sexuales sin utilizar condón es principalmente significativa la posibilidad de adquirirle virus del SIDA. A través de diversos estudios se ha observado, que un porcentaje mayor de hombres inicia su vida sexual a más temprana edad y tienen más parejas sexuales en la vida.¹⁹⁹

El debut sexual en los grupos étnicos marca diferencias; por ejemplo en Estados Unidos un 60% de los hombres negros se inicia sexualmente antes de los 16 años; un 60% de mujeres negras tiene su debut sexual antes de los 18 y las mujeres blancas antes de los 19

¹⁹⁶ Sida y jóvenes: <http://www.jornada.unam.mx/1998/dic98/981206/1s-texto2.html> 1° de junio de 2003

¹⁹⁷ Sida y jóvenes: <http://www.undp.org/dpa/spanish/publicaciones/vihSida.htm> 1° de junio de 2003

¹⁹⁸ Idem

¹⁹⁹ Gerardo Villagran, Vázquez, et.al. Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes 305-309.

años.²⁰⁰ En México generalmente las personas inician su vida sexual a los 19 años, presentando diferencias por género, los hombres se inician sexualmente a más temprana edad y tienen más parejas sexuales.²⁰¹

Uno de los objetivos para prevenir el SIDA es tratar de cambiar las “conductas sexuales de riesgo”, es decir, los factores comportamentales que facilitan la propagación del VIH y al mismo tiempo establecer “conductas sexuales protectoras” como el uso del condón. Para poder establecer cambios en las conductas sexuales de riesgo y poder emitir conductas sexuales de prevención, es necesario identificar aquellos factores psicosociales que estén relacionados con dichas conductas.

Las conductas sexuales de riesgo incluyen el tener relaciones sexuales (vaginales, anales y orales) ya sea con múltiples parejas, con parejas ocasionales o con la pareja regular sin usar condón, que permite el contacto de la sangre con el semen o con fluidos vaginales.²⁰²

Si una persona se involucra en conductas de riesgo, las consecuencias con el VIH son inciertas ya que la enfermedad puede o no aparecer. Tampoco se sabe con seguridad cuántas veces es necesario exponerse al VIH para quedar infectado, o cuánto se debe esperar para saber con exactitud para que aparezcan los síntomas. Así diversos reforzadores asociados con conductas de riesgo, se vuelven altamente gratificantes como tener excitación sexual, eyacular y tener un orgasmo sin usar condón.

Por lo tanto, no es de extrañar que la amenaza del SIDA y sus consecuencias no sean suficientes para cambiar la conducta. Por otro lado, las conductas sexuales de prevención

²⁰⁰ Gerardo Villagran Vázquez, y Díaz Loving, R. Conocimientos sobre SIDA, practicas sexuales actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios, Revista Mexicana de Psicología, 9.

²⁰¹ Edward Simon, Promiscuity and sex difference, Revista National Geographic Science, p.25-26.

²⁰² Berlin Hingson, Strunin, et.al. Beliefs about AIDS, use alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents American Journal of Public Health, 80, 295-299.

como el uso del condón y el sexo seguro que involucran alternativas como el masaje, las caricias y la masturbación mutua aparentemente son menos placenteras y sus reforzadores como el evitar infectarse con el VIH son a largo plazo. Tal vez los reforzadores sociales podrían ser más efectivos para mantener este tipo de comportamiento.

Para que esto sea posible es necesario que la sociedad comience a ver el uso del condón y el sexo seguro como algo normal. El comportamiento que ahora estamos tratando es muy complejo ya que no se trata meramente de eliminar o suspender una acción específica; sino que incluye toda una gama de conductas diferentes, desde eliminar conductas sexuales de alto riesgo y promover las seguras como el uso del condón.²⁰³

El tener información acerca de las conductas sexuales de alto riesgo y de prevención ante el SIDA no refleja necesariamente un cambio conducta; "la información es una condición necesaria pero no suficiente para la adopción de comportamientos preventivos". Esto puede deberse a que además de tener información, existe la influencia de otras variables ante el contagio del VIH y el uso del condón, como la percepción de riesgo, miedo, creencias y actitudes, entre otras, que determinan de cierta manera el que se lleven a cabo o no las conductas preventivas.²⁰⁴

La **información** que ha surgido en torno al SIDA, ha hecho que los individuos realicen **procesos cognoscitivos** en torno a la enfermedad, surgiendo así una **percepción del SIDA**.

Las prácticas sexuales asociadas con el contagio de SIDA se refieren básicamente al inicio de la vida sexual, tipo de relación sexual (vaginal, anal y oral) y al número de parejas sexuales, ya que mientras más alto es el número el número de parejas sexuales sin utilizar condón es principalmente significativa la posibilidad de adquirirle virus del SIDA. A través de

²⁰³ José Preciado, y Luis Montesinos, Desafíos para la psicología, en la prevención del SIDA. Revista latinoamericana de psicología 24, 109-122.

²⁰⁴ Ibid, p. 110

diversos estudios se ha observado, que un porcentaje mayor de hombres inicia su vida sexual a más temprana edad y tienen más parejas sexuales en la vida.²⁰⁵

El debut sexual en los grupos étnicos marca diferencias; por ejemplo en Estados Unidos un 60% de los hombres negros se inicia sexualmente antes de los 16 años; un 60% de mujeres negras tiene su debut sexual antes de los 18 y las mujeres blancas antes de los 19 años.²⁰⁶ En México, generalmente las personas inician su vida sexual a los 19 años, presentando diferencias por género, los hombres se inician sexualmente a más temprana edad y tienen más parejas sexuales.²⁰⁷

Uno de los objetivos para prevenir el SIDA es tratar de cambiar las “conductas sexuales de riesgo”, es decir los factores comportamentales que facilitan la propagación del VIH y al mismo tiempo establecer “conductas sexuales protectoras” como el uso del condón. Para poder implantar cambios en las conductas sexuales de riesgo y poder emitir conductas sexuales de prevención, es necesario identificar aquellos factores psicosociales que estén relacionados con dichas conductas.

Las conductas sexuales de riesgo incluyen el tener relaciones sexuales (vaginales, anales y orales) ya sea con múltiples parejas, con parejas ocasionales o con la pareja regular sin usar condón, que permite el contacto de la sangre con el semen o con fluidos vaginales.²⁰⁸

²⁰⁵ Gerardo Villagran Vázquez, et.al. , Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes., p.305-309.

²⁰⁶ Gerardo Villagran Vázquez, y Rolando Díaz, Loving., Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios 1992, Revista Mexicana de Psicología, 9.

²⁰⁷ Edward Simon, Promiscuity and sex difference, Revista National Geographic Science, p.25-26.

²⁰⁸ Berlin Hingson, Strunin, et.al., Beliefs about AIDS, use alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents American Journal of Public Health, 80, 295-299.

Como ya se ha venido mencionando, si hay mayor exposición a conductas de alto riesgo existen a su vez mayores posibilidades de infección con consecuencias inciertas en cuanto a la respuesta del organismo del individuo ya que no existe una regla donde se estipule a partir de cuantas relaciones de alto riesgo la persona se puede infectar, así como tampoco se sabe con seguridad cuánto tiempo va a pasar para que un organismo en particular presente síntomas.

Por lo tanto no es de extrañar que la amenaza del SIDA y sus consecuencias no sean suficientes para cambiar la conducta. Por otro lado, las conductas sexuales de prevención como el uso del condón y el sexo seguro que involucran alternativas como el masaje, las caricias y la masturbación mutua aparentemente son menos placenteras y sus reforzadores como el evitar infectarse con el VIH son a largo plazo. Tal vez los reforzadores sociales podrían ser más efectivos para mantener este tipo de comportamiento.

Para que esto sea posible es necesario que la sociedad comience a ver el uso del condón y el sexo seguro como algo normal. El comportamiento que ahora estamos tratando es muy complejo ya que no se trata meramente de eliminar o suspender una acción específica; sino que incluye toda una gama de conductas diferentes, desde eliminar conductas sexuales de alto riesgo y promover las seguras como el uso del condón.²⁰⁹

El tener información acerca de las conductas sexuales de alto riesgo y de prevención ante el SIDA no refleja necesariamente un cambio conducta; "la información es una condición necesaria pero no suficiente para la adopción de comportamientos preventivos". Esto puede deberse a que además de tener información, existe la influencia de otras variables ante el contagio del VIH y el uso del condón, como la percepción de riesgo, miedo, creencias y

²⁰⁹ José Preciado, y Luis Montesinos, Desafíos para la psicología, en la prevención del SIDA. Revista latinoamericana de psicología 24, 109-122.

actitudes entre otra, que determinan de cierta manera el que se lleven a cabo o no las conductas preventivas.²¹⁰

La información que ha surgido en torno al SIDA, ha hecho que los individuos realicen procesos cognoscitivos en torno a la enfermedad, surgiendo así una percepción del SIDA.

Los jóvenes, como los adultos, contraen básicamente el VIH de tres maneras: a través de las relaciones sexuales entre hombres y mujeres; a través de las relaciones sexuales entre los hombres, es decir, relaciones homosexuales, y a través de las inyecciones intravenosas de drogas. El hecho de tener o estar infectado de otras enfermedades de transmisión sexual puede contribuir a que aumente de dos a ocho veces la posibilidad de contraer el VIH/SIDA durante el coito con una persona infectada.

Otra vía de infección muy común es la transmisión del VIH de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia, sin embargo, existen casos en los que el bebé puede no contagiarse durante el embarazo, sino hasta el momento del paso por el conducto vaginal. Como la primera generación de criaturas así infectadas estaría ahora en la adolescencia, la proporción aún viviente de ellas probablemente sea pequeña.

Una pequeña proporción de las infecciones se debe a otros medios de transmisión, como la transfusión de sangre infectada esterilizado esta última es poco común hoy en día debido a que la sangre es analizada desde 1985, otra sería las actividades que llevan a la ruptura de la piel con equipo no esterilizado.

Sin embargo, la falta de conciencia y conocimiento de los factores de alto riesgo en las personas ha facilitado el contagio de esta enfermedad. En los pocos estudios que han examinado qué piensan los jóvenes mismos se han encontrado considerables diferencias

²¹⁰ Ibid, p. 120.

acerca de lo que éstos suponen que constituye un acto sexual, ya que en realidad, el coito anal heterosexual es común pensando que de esa forma no se pueden contagiar. No obstante, muchos jóvenes declaran ser sexualmente activos. Los hombres jóvenes encuestados tienden más que las mujeres a declarar que tienen experiencia sexual.²¹¹

2.4.1 Riesgos y conducta sexual en los jóvenes.

El VIH/SIDA ha obligado a examinar de nuevo qué significa “tener relaciones sexuales”, especialmente entre las personas jóvenes. Es importante saber cómo definen los jóvenes esto de “tener relaciones sexuales” puesto que ayuda a determinar si consideran o no que están en riesgo, cómo responden a los esfuerzos de prevención del VIH y cómo se refieren a su experiencia sexual en las encuestas.

En las encuestas en general se ha considerado que las personas son sexualmente activas solo si el coito es vaginal. Pero ciertas formas de comportamiento sexual como el coito anal, el sexo oral-genital, oral anal, aunque no están relacionadas con el embarazo, exponen al riesgo de contraer el VIH/SIDA y otras ETS. En realidad, el coito anal heterosexual es común.²¹²

En los pocos estudios que han examinado qué piensan los jóvenes mismos, se han encontrado considerables diferencias acerca de lo que éstos suponen que constituye un acto sexual.

No obstante, muchos jóvenes declaran ser sexualmente activos. Los hombres jóvenes encuestados tienden más que las mujeres a declarar que tienen experiencia sexual. Muchas

²¹¹ Population Reports, 2001, volumen 18, No. 3, p.19, Baltimore, EE.UU. Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

²¹² Population Reports, 2001, volumen 29, No. 3, p. 2, Baltimore, EE.UU. Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

mujeres jóvenes no son sexualmente activas; en efecto, en solo cuatro países encuestados: Canadá, Côte d'Ivoire, Togo y Estados Unidos, más de la mitad de las mujeres de 15 a 19 años de edad declaran tener experiencia sexual. Además, en los países con datos disponibles, los hombres jóvenes tienden más que las mujeres a tener numerosas parejas sexuales.²¹³

En algunos lugares la actividad sexual entre las personas jóvenes solteras ha disminuido en los últimos años. En Lusaka, Zambia, por ejemplo, 35% de las mujeres no casadas en 1996 declararon que eran sexualmente activas, en comparación con 52% en 1990. En Tamil Nadu, India, la proporción de hombres jóvenes que declararon tener relaciones sexuales con parejas ocasionales descendió de casi 50% en 1996 al 30% en 1998.²¹⁴

En Uganda la edad media de los adolescentes de zonas urbanas durante la primera relación sexual es de dos años más, un cambio quizá responsable de que la prevalencia del VIH haya declinado un 33% entre las mujeres embarazadas de 15 a 19 años de edad.²¹⁵

Las mujeres jóvenes enfrentan considerable riesgo. El riesgo de infección por el VIH durante el coito sin protección es de dos a cuatro veces mayor para la mujer que para el hombre. La transmisión del hombre a la mujer es más probable, puesto que durante el coito vaginal el área superficial del aparato genital femenino expuesta a las secreciones sexuales del compañero es mayor que la del hombre. Además, la concentración de VIH es generalmente más alta en el semen del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer.²¹⁶

Las adolescentes corren aún más riesgo que las mujeres adultas. La vagina y el cuello del útero de las mujeres jóvenes son menos maduros y menos resistentes al VIH y otras ETS

²¹³ Ibid, p. 8

²¹⁴ Ibid, p. 9

²¹⁵ Ibid, p. 10

²¹⁶ Monroy, Anameli, Salud, Sexualidad y adolescencia p. 26

como la clamidia y la gonorrea. Debido a los cambios del aparato reproductivo durante la pubertad, el tejido es más susceptible a la penetración por el VIH. Además, los cambios hormonales relacionados con el ciclo menstrual suelen estar acompañados de un adelgazamiento del tapón mucoso protector que cubre el cuello del útero. Ese adelgazamiento puede permitir que el VIH pase más fácilmente.²¹⁷

Las mujeres jóvenes producen solo escasas secreciones vaginales, que oponen una débil barrera a la transmisión del VIH. A medida que se realizan más estudios sobre la infección por VIH en los que se incluyen tanto mujeres como hombres, se encuentra que, por razones desconocidas, las mujeres se enferman con cargas víricas más bajas que los hombres.²¹⁸

Se estima que en el mundo industrializado **70% de la transmisión del VIH** ocurre entre **los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres**. ONUSIDA estima que 5% a 10% de los casos de VIH en el mundo se deben a la transmisión de la infección entre los hombres.²¹⁹

La adolescencia puede ser un período especialmente difícil para los hombres y mujeres jóvenes que están explorando su sexualidad y experimentan tanto con relaciones del mismo sexo como heterosexuales. Muchas personas jóvenes tienen relaciones heterosexuales durante el principio de la adolescencia antes de identificarse más adelante como lesbianas u homosexuales.²²⁰

Los hombres jóvenes que mantienen relaciones con otros hombres se ven forzados a menudo a hacer arreglos clandestinos para mantener en secreto su orientación sexual. En

²¹⁷ Idem

²¹⁸ Idem

²¹⁹ Simon, cit. por Berl, Lewis y Morrison, cit. en: Claudia López Becerra, Estilos de enfrentamiento y percepción de riesgo en adolescentes. pp. 25-27

²²⁰ Idem

muchos países las comunidades abiertamente homosexuales, o "gay", son raras o incluso inexistentes por el simple uso del término "gay" u homosexual.²²¹

Sin embargo en algunos otros como es el caso de Países Bajos, donde la libertad de preferencia sexual no exige un mayor requisito que el consentimiento de las partes interesadas para que se lleven a cabo este tipo de encuentros sexuales, el control de casos de contagio de VIH aunque existe y es elevado se trata de controlar constantemente con fuertes campañas sobre el uso de condón, además de espacios abiertos para llevar a cabo este tipo de encuentros donde ya no es necesario esconderse y donde gratuitamente se ven beneficiados con todo lo necesario lo que hace imprescindible y factible el uso del condón durante el acto sexual.²²²

Pero en casi todos los países hay hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (con inclusión del coito peneal-anal y peneal-oral) aunque ellos no se consideren homosexuales y los demás tampoco. Se ha acuñado la frase "hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres" en oposición a "hombres homosexuales" y se la usa ampliamente para poner de manifiesto este hecho. Estas situaciones obligan a revisar cuál es la conducta sexual del joven confrontando al virus que provoca el SIDA.²²³

2.5 Factores sociodemográficos involucrados en la conducta sexual y su relación con la infección del VIH

Uno de los primeros factores de riesgo considerado al inicio de la enfermedad del SIDA fue a la orientación sexual, específicamente el que se refiere a la preferencia sexual homosexual; ya que inicialmente los enfermos de SIDA presentaban una tendencia homosexual o bisexual.

²²¹ Gerardo Villagran Vázquez, et.al. Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes. p 305-309

²²² Idem

²²³ Idem

En este sentido Morlet informa que las prácticas homosexuales y el número de parejas sexuales se relacionó con la adquisición del VIH en grupos de sujetos con orientación homosexual.²²⁴

Se han realizado estudios epidemiológicos para observar la prevalencia del VIH en los homosexuales y bisexuales, ya que son considerados como un grupo de riesgo por sus prácticas sexuales, como la anal que aumenta de manera considerable la posibilidad de contraer la enfermedad (CENSIDA, 1989) sin embargo, en estudios como el de Vázquez Valls, que se evaluaron la prevalencia del VIH entre homosexuales masculinos en Guadalajara, demostraron que la población homosexual está aparentemente estable, existiendo un decremento en contagio de VIH. Esta tendencia sigue presente en la población homosexual mexicana ya que el número de casos entre hombres homosexuales y bisexuales disminuyó a partir de 1982.²²⁵

La expansión del SIDA en las relaciones heterosexuales apunta hacia la comunidad heterosexual. La Organización Mundial de la Salud estimaba que en el año 2000, del 75 al 80 por ciento de todas las infecciones por VIH que se tuvieron fueron producidas por relaciones heterosexuales²²⁶

El incremento proporcional en el número de casos que se atribuyen al contacto heterosexual es mayor entre los hombres que entre las mujeres, aunque estas proporciones han variado con el tiempo. Mientras que en 1988, en los países industrializados, existían de 10 a 15 hombres contagiados por cada mujer infectada, en la actualidad hay que indicar el

²²⁴ Gerardo Villagran, Vázquez, et.al. Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes p. 304

²²⁵ Idem

²²⁶ Robert Bayes, Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. p. 21-25

hecho, de que el impacto del sida en la mujer se está incrementando de forma considerable, para poder ejemplificar lo anterior.²²⁷

Cabe mencionar que en la década de los ochenta la relación entre hombres y mujeres diagnosticadas con SIDA era de 16 a 1, para 1990 dicha relación era de 3 a 1; y actualmente en México hasta el año de 1994 la mayor parte de las personas contagiadas a través del contacto heterosexual son mujeres. Ya que se ha demostrado que es más fácil que un hombre infectado con el virus, transmita la enfermedad a una mujer con la que tiene relaciones sexuales, a que una mujer infectada con el VIH lo transmita a su pareja, sin hacer uso de protección.²²⁸

Las mujeres se consideran mucho más vulnerables ante la infección por VIH, debido a que; en las personas contagiadas se detecta mayor cantidad de virus en el semen que en las secreciones vaginales; algunas circunstancias pueden incrementar la vulnerabilidad de la mujer: píldoras anticonceptivas orales que pueden producir pequeñas hemorragias durante el coito; uso de dispositivos intrauterinos que pueden facilitar infecciones; realización del acto sexual durante el periodo menstrual; y mientras que, después del coito, las secreciones vaginales pueden desaparecer del pene con rapidez mediante hábitos de higiene rutinarios, es difícil asegurar la misma eficacia con respecto al semen eyaculado en la vagina, así el tiempo que el virus puede permanecer activo en el organismo es probablemente, mayor en la mujer que en el hombre.²²⁹

Debido a la raza y el grupo étnico son **marcadores de riesgo y no factores de riesgo**, esto puede ayudar a reconocer a los **grupos más expuestos a la infección por VIH** y orientar hacia ellos campañas educativas; pero no hay que olvidar que, además, el SIDA es un

²²⁷ Ibid, p. 26

²²⁸ CENSIDA, 1988, Boletín Mensual Nov/Dic 8.

²²⁹ Idem

problema de comportamiento, principalmente el sexual, por lo que las prácticas sexuales relacionada con el contagio del VIH, se vuelven sumamente importantes.

En el siguiente capítulo se podrá dilucidar cuál es el significado de la actitud y qué papel juega en el uso del condón como método de prevención del contagio del virus que causa el SIDA/VIH. (Virus de Inmunodeficiencia Adquirido) así mismo conocer las maneras de medir la actitud, los componentes que las forman y cómo se pueden corregir, cambiar o reforzar.

CAPÍTULO III

INVESTIGACIONES ACERCA DEL SIDA Y EL USO DE CONDÓN

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) han estado aquí desde el inicio de la humanidad; han causado millones de muertes y aunque ahora existen tratamientos eficaces y de fácil acceso para la población, su frecuencia y peligrosidad sigue latente, aunado a la no existencia de vacunas para prevenirlas.

Las ETS no respetan raza, religión, ni posición social y están consideradas como enfermedades sociales, pues siempre van unidas a prejuicios, información equivocada, miedo, vergüenza, culpa e ignorancia de quien las padece y estas condiciones agravan el problema de prevención, diagnóstico y tratamiento.²²⁹

El tema de la sexualidad hoy en día sigue siendo foco de atención dada la ignorancia mitos y tabúes en que la sociedad se ve envuelta en el país; las investigaciones realizadas en México con respecto a sexualidad y condón como medida de prevención son muy pocas y la sociedad mexicana se tiene que conformar con las investigaciones que llegan de países extranjeros que desgraciadamente no se adecuan a la población mexicana y los estándares de calidad de vida son diferentes a los nuestros.²³⁰

3.1 Antecedentes del preservativo o condón

Con base en los capítulos anteriores, es necesario tomar en cuenta los antecedentes del condón. El término condón fue atribuido a Carlos I de Inglaterra, de apellido Condón, quien propuso al monarca que incorporara este elemento en sus prácticas sexuales, con el fin de tratar de limitar su ya numerosa descendencia.

²²⁹ Anameli, Monroy, Salud, sexualidad y adolescencia, p.127

²³⁰ Idem

Sin embargo, la ilustración más antigua que se conoce de un hombre usando un condón durante el acto sexual se halla pintada en la pared de una cueva en Francia. Tiene de 12,000 a 15,000 años. Sabemos que se han usado los condones como protección contra las infecciones por transmisión sexual desde el siglo dieciséis, y para prevenir embarazos no deseados desde el siglo dieciocho. Desde el siglo XIX, los moralistas de los Estados Unidos que no han sabido comprender o que negaron los beneficios de la salud pública han atacado el uso del condón. Sin embargo, existe evidencia del uso del condón entre los egipcios hacia el año 1350 antes de la era cristiana.²³¹

La definición es clásica y conocida, el condón o preservativo es una vaina o cubierta fina de látex para el pene durante el coito, y desde hace tiempo se alertó que podía proteger contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados. Con el desarrollo de la vulcanización del caucho, en los años 1840 fue factible producir condones sintéticos. La introducción del látex líquido unos cien años después preparó el terreno para los preservativos de mayor resistencia a la tensión.²³²

Como resultado, quienes le dan más importancia al control de la sexualidad humana que a la prevención de infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados, han obstaculizado los esfuerzos de la salud pública hacia un aumento en el uso de los condones en los EE.UU. por la mayor parte del siglo veinte. Durante la Primera Guerra Mundial, por ejemplo, los aliados de los EE.UU., como Nueva Zelanda, dieron a sus tropas condones para prevenir infecciones por transmisión sexual.²³³

²³¹ Carlos, del Río, Chiriboga, Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón, p. 509

²³² Ronald, Fritz, Effectiveness of latex condoms as a barrier to human to human immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use. p. 230-234

²³³ Idem

Pero los higienistas en los E.U. obligaron a las Fuerzas Expedicionarias Armadas Americanas a adoptar una campaña de castidad; ellos se oponían a cualquier prevención profiláctica de las infecciones por transmisión sexual. Como consecuencia, solamente en 1919 las tropas de los E.U. reportaron una tasa anual de admisiones a los hospitales de 766.55 por cada 1,000 soldados para curarlos de infecciones por transmisión sexual.²³⁴

En los últimos años, los elementos radicales opuestos al sexo y al derecho de opción han vuelto a ofrecer una descarada distorsión de los datos científicos a fin de desanimar el uso del condón.

Especialmente, peligrosos son tres mitos propagados por esa campaña anticondón. El primer mito alega que con sólo hablar de condones, o dárselos a la gente, es suficiente para que se vuelvan sexualmente promíscuos. El segundo dice que los condones causan el SIDA porque presuntamente el VIH se filtra a través de los poros microscópicos del látex. El tercer mito culpa a los condones del cáncer cervical.²³⁵

Estos mitos escandalosos se han diseminado de tal manera, que se leen en voz alta en el Congreso, y ya han infectado el programa de educación de la sexualidad en más de una tercera parte de las escuelas en los E.U. Sin embargo, se ha establecido por mucho tiempo ya la efectividad de los condones contra los embarazos no deseados y las infecciones por transmisión sexual. Además, la información acerca de, y el acceso a, los condones claramente no aumentan la actividad sexual entre los jóvenes y adolescentes.²³⁶

Un informe de la Organización Mundial de la Salud sobre 19 estudios dice que no se halló evidencia de que los programas de educación de la sexualidad resultaran en actividad sexual a una edad más temprana o en mayor actividad sexual entre los adolescentes.²³⁷

²³⁴ Idem

²³⁵ Investigación condón/SIDA:http://www.ginecologomx.com/planificacion_familiar/condon.html

²³⁶ Idem

²³⁷ Idem

Al contrario, el fácil acceso a los condones anima al uso de ellos entre los jóvenes que ya son sexualmente activos. Y los adolescentes necesitan protección; y al menos 60.9 por ciento de los estudiantes del último grado secundario reportaron haber tenido ya relaciones sexuales. La verdad acerca de los condones es que ellos ofrecen la mejor protección para la sexualidad activa.²³⁸

El Servicio de Salud Pública de los E.U. ha incluido un uso del condón como parte del programa Pueblo Saludable 2000 y Pueblo Saludable 2010, la promoción de la salud nacional y los objetivos de la prevención de enfermedades. El gobierno federal piensa "aumentar por lo menos en un 50 por ciento la proporción de personas solteras, sexualmente activas, que usaron un condón en su última experiencia sexual".²³⁹

Otra meta será "aumentar por lo menos a un 60 por ciento la proporción de jóvenes solteras, sexualmente activas, entre las edades de 15 a 19 años, cuyo compañero usó un condón en su último coito". Para los muchachos adolescentes, el uso será más alto aún " por lo menos en un 75 por ciento".²⁴⁰ El uso más frecuente del condón puede reducir la creciente incidencia de infecciones por transmisión sexual entre los adolescentes sexualmente activos.²⁴¹

A diferencia de otras formas de control de la natalidad, los condones también son una protección contra las infecciones por transmisión sexual. Otras ventajas adicionales del condón en el control de la natalidad incluyen: bajo costo, fácil acceso, simples de desechar, efectos secundarios mínimos, y duración sexual más larga. El uso de los condones puede

²³⁸ Idem

²³⁹ Idem

²⁴⁰ Idem

²⁴¹ Idem

aumentar el placer sexual al reducir las ansiedades acerca del riesgo de una infección o de un embarazo.²⁴²

Los condones ofrecen una protección efectiva contra las más serias infecciones por transmisión sexual, al prevenir un intercambio de fluidos corporales. Tales fluidos (semen, descargas genitales, o secreciones infecciosas) son las rutas principales de transmisión.²⁴³

Aunque los condones de látex no podrían prevenir completamente el contacto de piel con piel, ellos ofrecen la mejor protección posible, puesto que la mayoría de las infecciones por transmisión sexual atacan las áreas del pene cubierta por el condón (a fin de ser efectivos, se debe usar los condones consistente y correctamente, ponérselo antes del contacto genital, y usarlo durante el contacto y hasta el final).²⁴⁴

El Dr. Rolando Ramírez Fernández, epidemiólogo del Programa Nacional de ITS/SIDA (infecciones de transmisión sexual/SIDA) que dirige el Secretario de Salud Pública nos dice que casi el 90% de la infección por VIH se transmite sexualmente, los preservativos constituyen una parte esencial de los programas de salud pública destinados a controlar su transmisión.²⁴⁵

De acuerdo con diversos estudios científicos, como el realizado por la Food and Drug Administration (FDA), se probaron 89 condones de látex en un sistema diseñado para medir el paso de partículas virales en condiciones similares a las que suceden durante una relación sexual; concluyeron que el condón reduce 10,000 veces la transferencia del fluido por lo cual reduce significativamente el riesgo de la transmisión del VIH, aunque no lo elimina completamente.²⁴⁶

²⁴² Idem

²⁴³ Idem

²⁴⁴ Idem

²⁴⁵ Idem

²⁴⁶ Ronald, Fritz, Effectiveness of latex condoms as a barrier to human to human immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use. p. 230-234

El condón más distribuido y utilizado en todo el mundo es el látex, que es sometido a las pruebas de laboratorio establecidas en las regulaciones internacionales y nacionales. La Norma Oficial Mexicana establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex, las condiciones de empaque y almacenamiento y los métodos de prueba. Estas pruebas permiten detectar la presencia de defectos visibles y no visibles en el condón, así como su resistencia.

Para detectar defectos no visibles se introduce un volumen de agua (300 ml), y transcurrido un minuto, se buscan fugas en las paredes del condón. Las pruebas de resistencia miden la tensión que soporta el condón técnicamente llamada capacidad máxima de estiramiento la cual debe llegar a 650% antes de que el condón se rompa. Otra prueba de resistencia física es determinar la fuerza el rompimiento aplicando una presión de aire calculada de acuerdo con el ancho del condón (entre 24 a 30 dm³/min.).

En un estudio reciente, Pinkerton y Abrahmson analizan 89 investigaciones sobre la eficacia del condón. Concluyen que el uso correcto y constante protege al usuario en 95% de contraer la infección por el VIH. El uso incorrecto sumado a la falta de constancia son las principales causas de falla.²⁴⁷

Los estudios de Saracco y Vicenzi mostraron que el uso del condón de látex reduce sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH en parejas discordantes donde uno de los miembros es portador y el otro no lo es y resaltan la importancia de usarlo siempre para reducir la probabilidad de transmisión.²⁴⁸

Saracco estudió durante 3.5 años un grupo de 343 mujeres seronegativas en relación estable y practican la monogamia afectados por VIH, reportando una tasa de incidencia de

²⁴⁷ Idem

²⁴⁸ Idem

7.2% años-persona entre las mujeres que no siempre usaron, o nunca usaron el condón, en cambio, entre quienes siempre lo usaron la tasa de incidencia de infección por VIH fue de 1.1% años-persona. En su estudio, Vicenzi encuentra que ninguna de 124 parejas que usaron el condón constantemente resultó infectada (de un total de 150,000 coitos), mientras que de 121 parejas que no lo usaron con constancia la tasa de seroconversión fue de 4.8% años-persona, en un seguimiento de 20 meses.²⁴⁹

Una de las estrategias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para prevenir el VIH/SIDA, otras ETS y el embarazo, es el uso constante y correcto del condón, esto significa usarlo siempre, desde el inicio hasta el fin de cada relación sexual con penetración, ya sea anal vaginal u oral. El uso correcto implica seguir una serie de pasos para lograr una mayor eficacia.

El condón puede fallar por tres razones:

- Uso inconstante (no se usa en todas las relaciones sexuales)
- Uso incorrecto (no se usa desde el principio hasta el final de la relación sexual ni se cuidan los pasos que ayudan a evitar fallas)
- Por deslizamiento (que el condón se salga completamente del pene) y/o ruptura durante la relación sexual o al retirar el pene.²⁵⁰

3.2 Investigaciones en el mundo

En Singapur, la Organización Mundial de la Salud (OMS) denunció que Asia necesita billones de condones para detener la propagación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que amenaza a 30 millones de personas sólo en China e India.²⁵¹

²⁴⁹ Idem

²⁵⁰ Idem

²⁵¹ Alexander, Irwin, Sida global: verdades y mentiras, herramientas para luchar contra la pandemia del siglo XXI. p.48-54

La región Asia-Pacífico, donde unos siete millones de personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del SIDA, está a punto de convertirse en el epicentro de la pandemia global.²⁵²

El doctor Giovanni Deodato, el representante de la OMS en Laos advirtió, que la propagación del mal en Asia sólo se detendrá si se emprenden inmediatamente esfuerzos preventivos. "Los condones salvan vidas y necesitamos promover vigorosamente el uso de este recurso salvador de vidas para evitar que millones de personas sean infectadas", según Giovanni Deodato.²⁵³

De acuerdo con el experto de la OMS, al menos 30 millones de personas podrían ser infectadas con el VIH en los próximos siete años tan sólo en India y China, donde la enfermedad se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública.²⁵⁴

Según Deodato "El uso del condón aún no es una práctica general en la mayoría de los países de la región, incluyendo muchos establecimientos de sexo que avivan el fuego de la diseminación del VIH", en la actualidad se distribuyen en todo el mundo entre seis mil y nueve mil millones de preservativos para prevenir el mal, aunque, se advirtió que son necesarios al menos 24 mil millones adicionales.²⁵⁵

Más de mil millones de este total, son necesarios para los aproximadamente seis millones de trabajadoras sexuales de China, que según un estudio realizado por la OMS el año pasado, menos del 20 por ciento de las sexoservidoras chinas usan protección. "Una gran proporción de las infecciones del VIH en Asia son atribuidas al comercio sexual. Las epidemias

²⁵² Idem

²⁵³ Ibid, p. 57

²⁵⁴ Idem

²⁵⁵ Ibid, p. 59

pueden detonar con sólo un pequeño grupo de trabajadoras del sexo infectadas con el VIH, como sucede en Tailandia", según la OCM.²⁵⁶

El principal objetivo de la reunión regional de Vientiane es la difusión el programa "Aumenta un 100 por ciento en el uso del condón", una estrategia para promover su uso en la industria del sexo en las áreas de mayor riesgo de infección del VIH.²⁵⁷

La OMS manifiesta su confianza en que la adopción del programa "100 por ciento", como se difunde entre la población, lleve a un agudo descenso en las infecciones con el VIH en la región.

Este programa ha evitado unos cuantos millones de infecciones con el VIH en Tailandia. El Ministerio de Salud Pública de Tailandia distribuirá este año 26 millones de condones sin costo entre los grupos vulnerables. También Camboya, donde se vendió una cantidad récord de 20 millones de condones el año pasado (50 mil por día) lo que representa un crecimiento masivo de 200 por ciento en ventas en los últimos 10 años.²⁵⁸

El programa está ya en marcha en China, Myanmar (antes Birmania), Mongolia y Vietnam y proyectos similares también han sido iniciados en Filipinas y Laos. El uso del condón necesita extenderse considerablemente en todos estos países, particularmente en la industria del sexo, según miembros de la OMS, tras destacar la elevada prevalencia de infecciones de transmisión sexual en China, Laos, Mongolia y Filipinas.²⁵⁹

Son necesarios más esfuerzos en los países de Asia para promover el uso del condón. En muchos países no están disponibles o cuestan mucho, o existe muy poco conocimiento entre el público de sus beneficios. A pesar de su intención, el programa de la OMS para

²⁵⁶ Investigaciones condón /SIDA: <http://www.notimex.com.mx/>

²⁵⁷ Idem

²⁵⁸ Idem

²⁵⁹ idem

promover el uso del condón ha sido criticado por grupos no gubernamentales, que consideran que la organización promueve la prostitución al estimular el uso del condón entre las sexo servidoras.²⁶⁰

Los estudios y las investigaciones en torno al sida y su forma de combatirlo siguen adelante; En Madrid, el científico español Vicente Planelles descubrió en 1995 el mecanismo por el cual el virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) ataca a células del sistema inmune e impide que éstas se reproduzcan, dejando al paciente sin defensas. La noticia del científico que investiga el virus desde hace 10 años en la Universidad de UTAH, Estados Unidos, con cuyo hallazgo se abren nuevos caminos para producir fármacos que lo combatan.

La falta de linfocitos en el cuerpo humano, que son los glóbulos blancos del sistema inmunológico que atacan las infecciones, es la consecuencia principal del VIH, dejando sin protección al paciente ante enfermedades de tipo infeccioso.²⁶¹

Cuando Planelles descubrió el "gen VPR", (Uno de los tres genes auxiliares del VIH. Según el doctor Jeremy Howett de la Universidad de California en Los Ángeles *UCLA*, con ayuda de este gene se podría encontrar un tratamiento contra el SIDA. (mismo gen con el que están trabajando en la clínica Mayo en Minnessota) el más pequeño de los que se compone el virus y encargado de producir una proteína VPR (regulador de proteína viral) que ocasiona un fallo en el control de calidad celular, el complejo ATR, (terapia antirretroviral) y detiene el proceso de producción de linfocitos. "Con sólo el gen VPR se pueden explicar todos los efectos que el VIH tiene sobre el ciclo y la muerte celular programada", según Planelles.²⁶²

Esto supone una línea de investigación diferente de la que se viene siguiendo, ya que hasta ahora el objetivo principal de todos los estudios era impedir que el virus penetrase en los

²⁶⁰ Investigaciones condón /SIDA: <http://www.notimex.com.mx/>

²⁶¹ Idem

²⁶² Investigaciones SIDA-clínica Mayo: <http://www.aids-sida.org/termin-v.html>

linfocitos y se reprodujera. Ahora las líneas de investigación pueden ir enfocadas a combatir que el gen VPR actúe, impidiendo así que provoque la cadena que desemboca en la anulación del sistema de producción de las defensas. "Nos gustaría encontrar un método o una sustancia que nos permitiera interferir en la capacidad del VIH para matar linfocitos usando este mecanismo", dijo Planelles.²⁶³

El gen VPR del virus, tan dañino en el caso del sida, podría ser una importante ayuda en el de otra mortal enfermedad. En 1995, con el descubrimiento del tan mencionado componente genético que puede destruir células cancerosas, como se probó en un cultivo de tejido maligno. Esto propone la posibilidad de desarrollar una droga que imite la capacidad del gen.²⁶⁴

Esto se debe ya que esta enfermedad se caracteriza porque las células infectadas se reproducen incontroladamente. La función de la quimioterapia en este caso es detener el proceso de reproducción, provocando errores en las células infectadas, consiguiendo así que el sistema ATR paralice la multiplicación de las enfermas. Según investigaciones del propio Planelles, cuando el gen VPR es introducido en células cancerosas, el ATR detiene el proceso reproductor, y así las células dejan de dividirse, y se mueren.²⁶⁵

Por otro lado diversos investigadores de la Clínica Mayo, en Minnessota, Estados Unidos, se encuentran basados en un este mismo gen llamado VPR. De acuerdo con los científicos de esta Clínica, dicho gen parece tener una importancia fundamental en la habilidad del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) para destruir las células del sistema inmunológico.²⁶⁶

²⁶³ Idem

²⁶⁴ Idem

²⁶⁵ Idem

²⁶⁶ SIDA-VPR: http://www.veavea.com/medicina_7.asp?edition=1781

Por otros medios hablando acerca del mismo tema el doctor Andrew Badley, jefe del equipo de investigación comenta lo siguiente: "Claramente, algo sucede con los pacientes que tienen el virus y no desarrollan la enfermedad y así sobreviven la infección, Las investigaciones previas explicaron parte del proceso, pero no todo. El gen mutante no destruye del mismo modo que el gen típico del VIH". El equipo confía en que la información recabada pueda traducirse en nuevos tratamientos para contener el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).²⁶⁷

Analizando toda la información anterior se puede ver la importancia y los beneficios del condón como medida preventiva ante el contagio del virus de inmunodeficiencia adquirido (VIH), sin embargo, necesitamos saber como la actitud de los jóvenes influye en el uso del condón como método preventivo del virus.

3.3 Salud en México

Especialistas en el tema de VIH/SIDA denunciaron que el gobierno mexicano oculta y promueve información inexacta con el fin de esconder el hecho de que en los 10 años pasados la enfermedad ha alcanzado "niveles preocupantes".

Medios de comunicación mexicanos aseguran que el gobierno mexicano restringe la información en la materia, lo cual se comprueba en la ausencia de campañas que promuevan el uso del condón.

Algunos de estos miembros de los medios, quienes participaron en la mesa redonda VIH/SIDA y Derechos Humanos en México, dieron su opinión; El escritor y periodista Carlos Monsiváis opinó que el gobierno mexicano "sigue insistiendo en que estamos muy bien" a

²⁶⁷ SIDA-VPR : <http://www.cnienlinea.com.mx/>

pesar de que 34 personas entre adolescentes, madres de familia, homosexuales, esposas y sexoservidoras, se infectan todos los días.²⁶⁸

En el Centro de Derechos Humanos, Monsiváis aseguró que esta política que oculta la gravedad de la enfermedad no viene del gobierno conservador de Vicente Fox, ya que desde el mandato de Miguel de la Madrid, los presidentes han evitado el tema.²⁶⁹

A su vez consideró que las declaraciones hechas acerca del condón, palabra maldita para la iglesia católica, son una crítica al gobierno mexicano, quien está cayendo en los mismos errores morales que el gobierno estadounidense al promover una especie de miedo frente al SIDA.²⁷⁰

Por otra parte, las autoridades del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), señalan que ante el miedo de la sociedad frente a la enfermedad, las denuncias por violaciones a los derechos humanos de seropositivos han disminuido, pero aun no hay cifras exactas.²⁷¹

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), califica de “incipientes” los mecanismos que existen en México para proteger y garantizar los derechos humanos de las y los seropositivos.²⁷²

En este sentido, se considera que es más importante dejar los prejuicios morales e invertir en la instrucción de las personas, ya que en México la prioridad es la salud.²⁷³

Según la dirección general de epidemiología de la Secretaría de Salud y CENSIDA: en México se notificaron solamente 25 casos de SIDA y se diagnosticaron 296: El estado de México cuenta con el 2º puesto a nivel nacional por número de casos y el 10º en incidencia.

²⁶⁸Situación actual en México: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03may/03050905.html>

²⁶⁹ Idem

²⁷⁰ Idem

²⁷¹ Idem

²⁷² Idem

²⁷³ Idem

Asimismo, el Distrito Federal tiene el 1º en ambos casos por lo que esa es un escenario alarmante para nuestra situación y más aun debido a que los últimos datos arrojados revelan que el mayor número de casos de personas con VIH, estamos hablando de un 81.0%, son personas de 15 a 44 años y dentro de ese rango se encuentra la población a estudiar en esta investigación, los jóvenes 20 a 25 años.²⁷⁴

Hace dos años surgió la noticia de que CENSIDA difundirá nuevos programas radiofónicos en los que se informara a los jóvenes del sexo masculino sobre el riesgo de contraer el VIH, mediante las relaciones sexuales (**9 de cada 10 infecciones se producen por esa vía**) y para incentivarlos a que, como medida de protección, usen el condón.²⁷⁵ Sin embargo, los resultados no han sido muy alentadores pues la tasa de morbilidad se ha mantenido, igual que las tasas de mortalidad por esta enfermedad.

3.4 Eficacia de los condones

Los condones pueden prevenir tanto el embarazo como las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los estudios de laboratorio indican que los espermatozoides y los organismos causantes de enfermedades no pueden pasar a través de un condón de látex intacto. Los estudios epidemiológicos de usuarios de condones confirman que estos pueden ser muy eficaces. Pero en la mayoría de los estudios se ha observado que las parejas cuyo método anticonceptivo es el condón no logran, en promedio, prevenir los embarazos no deseados con tanto éxito como los usuarios de casi todos los demás métodos de planificación familiar. De manera similar, numerosas personas contraen ETS a pesar de que usan condones para evitarlas.

²⁷⁴ Estos casos fueron publicados en su mayoría en los boletines del CONASIDA en los años respectivos.

²⁷⁵ La Jornada, letra S, p. 5.

Los estudios de laboratorio comprueban que los espermatozoides y los organismos causantes de enfermedades no pueden pasar a través de condones de látex intactos. En su mayoría, los condones tienen un grosor de sólo 0,03 a 0,08 mm. Sin embargo, no tienen normalmente ningún agujero, ni siquiera de tamaño microscópico. Un espermatozoide tiene un diámetro de 3 micrones (0,003 mm). Los organismos que causan las ETS son mucho más pequeños su tamaño varía desde 1/4 hasta 1/70 del tamaño del espermatozoide. Aún así, las pruebas de laboratorio demuestran que ninguno de ellos puede atravesar un condón de látex intacto. Entre ellos está comprendido el VIH, que causa el SIDA. En cambio estos organismos patógenos pueden pasar a veces a través de los condones de cordero, usados con anterioridad llamados condones de piel natural aunque se fabrican relativamente pocos de este tipo.²⁷⁶

Así como los condones pueden ser muy eficaces para prevenir el embarazo, también pueden proteger contra una amplia variedad de ETS. Los estudios realizados en los años setenta y a principios de los años ochenta demostraron que los condones ayudan a proteger contra la gonorrea, la sífilis y los micoplasmas. Estudios más recientes han confirmado algunos de estos resultados y han añadido a la lista la infección por clamidia, la tricomoniasis, el herpes simplex y, lo que es más importante, el VIH causante del SIDA.²⁷⁷

Pero la pregunta surge otra vez ¿Cuán eficaz resulta el uso del condón contra las ETS? La medida de la eficacia contra la ETS resulta más difícil que la de su eficacia contra el embarazo.

- 1º. Los diferentes organismos causantes de ITS tienen distinta infectividad nivel de infección.
- 2º. Se han realizado pocos estudios de gran escala.

²⁷⁶ Ronald, Fritz, Effectiveness of latex condoms as a barrier to human to human immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use. p. 230-240

²⁷⁷ Idem

3°. En muchos estudios sobre prevención de ETS participan personas tratadas en clínicas de ITS o clientes de personas que practican la prostitución, gente que evidentemente corre alto riesgo de infectarse.²⁷⁸

Pero es posible obtener una estimación general a partir de un análisis realizado recientemente para la Organización Mundial de la Salud (OMS).en el que se combinan datos de nueve estudios publicados. En este análisis se observó que los usuarios de condones corrían unos dos tercios del riesgo de los no usuarios de contraer gonorrea, tricomoniasis o infección por clamidia. Los condones ofrecen menos protección contra ciertas ETS como el herpes simplex, que pueden causar lesiones en partes no cubiertas por el condón.²⁷⁹

A pesar de todos los mitos acerca del uso del condón, sabemos que también pueden proteger contra una amplia variedad de ETS. Los estudios realizados en los años setenta y a principios de los años ochenta demostraron que los condones ayudan a proteger contra la gonorrea, la sífilis y los micoplasmas. Estudios más recientes han confirmado algunos de estos resultados y han añadido a la lista la infección por clamidia, la tricomoniasis, el herpes simplex y, lo que es más importante, el VIH causante del SIDA.²⁸⁰

La ruptura de los condones durante el uso según estudios prospectivos en diferentes partes del mundo, escogidos desde 1988 a 1991 y el estudio nos muestra la siguiente información:

En Sri Lanka (64 hombres), Malí (43 hombres) y Republica Dominicana (57 hombres) se hizo un ensayo clínico de 1 mes de uso de condones recién fabricados, mas gruesos que los comunes, y a pesar que el número de usuarios que notificaron ruptura no fue disponible; el porcentaje de condones rotos fluctuó entre el .6 y el .9% solo en Malí y Republica Dominicana, siendo Sri Lanka los únicos que tuvieron una tasa del cero por ciento en cuanto a ruptura.²⁸¹

²⁷⁸ Idem

²⁷⁹ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.7, Baltimore, EE.UU.

²⁸⁰ Idem

²⁸¹ Idem

Otro estudio en curso, se hizo en Zambia, y fue realizado a parejas incompatibles (un compañero infectado con VIH), con una duración del seguimiento de 13 meses; la muestra fue de 98 parejas 18% notificaron ruptura lo que equivale al 2% de la muestra.²⁸²

En Dinamarca un estudio de prostitutas y de personal hospitalario masculino y femenino con 10 condones cada uno, la muestra fue de 40 hombres y 40 mujeres de los cuales 18% notificaron ruptura y el porcentaje de condones rotos fue de 5 por ciento.²⁸³

En un ensayo hecho en Ghana, Kenya y Malí, de 2 semanas con condones de anchura normal (52 mm) y mas anchos (55 mm), se le proporcionaron 2 condones por persona en Ghana 98 hombres, Kenya 75 hombres y Malí 99 hombres todos con condones estándar y anchos de los cuales se reporto que de los 272 hombres de la muestra se reporto un porcentaje de notificación de ruptura de 19.5% siendo los que tuvieron mayor cantidad de rupturas los hombres de Ghana que usaron condones estándar, en oposición a los hombres de Malí que su nivel exposición al riesgo fue menor con el uso de condones tanto estándar, como mas anchos.²⁸⁴

En Estados Unidos se realizó un estudio de 6 semanas a hombres heterosexuales autodesignados, la muestra fue 45 hombres y se les dieron 8 condones por participante en total fueron 45 hombres el porcentaje de notificación de rupturas fue de 36 % y de condones que se rompieron fue de 7%.²⁸⁵

Otro ensayo en Bangladesh, Egipto, Ghana, Honduras y Malí; de 1 mes con condones lubricados con espermicida recién fabricados, aplicado a 311 hombres con una marca d condones (Double-S) contra 322 con otra marca de condón (Prime) de los 311 hombres el porcentaje de notificación de ruptura de condón fue de 6 y de los 322 fue 11, el porcentaje de condones rotos fue de 1 por ciento para los primeros sujetos y del 2 por ciento para lo segundos. En Barbados y Sta. Lucía se llevo a cabo un estudio de tres meses con hombres

²⁸² Idem

²⁸³ Ibid, p. 8

²⁸⁴ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.7, Baltimore, EE.UU.

²⁸⁵ Ibid, p. 8

de ambos lugares⁴⁶ en Barbados y 36 en Sta. Lucía donde el porcentaje de usuarios que notificaron ruptura del condón 74% de Barbados y 50% de Sta. Lucía, el porcentaje de condones que se rompieron fue de 12% y 10% respectivamente.²⁸⁶

3.5 Causas de falla en el método

Si los condones pueden ser tan eficaces para prevenir el embarazo, ¿por qué las tasas medias observadas tanto para el embarazo como para la infección por ITS son tan elevadas? Los limitados datos disponibles indican que el usuario y no el condón, es generalmente el responsable de las infecciones y los embarazos no deseados.

Uso no sistemático. Después de todo, el uso del condón representa una carga considerable para el usuario. No sólo requiere el consentimiento del hombre, sino que en general, también demanda que tome la iniciativa. Como no es él quien enfrenta un embarazo no deseado, carece de un motivo bastante poderoso para colocarse un condón en medio de la excitación sexual.

Como resultado, en su mayoría las parejas no usan condones cada vez que tienen relaciones sexuales. No obstante, se dispone de pocos datos. En Bangladesh sólo un 60% de los hombres que dijeron haber usado condones con fines anticonceptivos los usaron en cada acto sexual. En Barbados era aún menor el número de hombres (sólo un 30%) que usaban condones en cada coito. El uso no sistemático es la causa de una gran proporción de embarazos no deseados entre los usuarios de condones.

Algunos errores pueden causar rasgaduras o contribuir a que se rompa el condón: si se lo desenrolla antes de colocarlo, si se trata de colocarlo con el borde enrollado hacia adentro y no hacia afuera, si se engancha en las uñas o en anillos, y si se vuelve a usar. Otros errores dan lugar al contacto sin protección: si se empieza el coito y luego se retira el pene para

²⁸⁶ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.10, Baltimore, EE.UU.

colocarse el condón, y si no se sujeta el borde del condón al sacarlo después de la eyaculación, dejando deslizar el condón y derramando el semen.

A raíz de la atención que se les presta ahora como consecuencia del SIDA, los condones han sido recientemente objeto de estudio. Los estudios prospectivos han revelado tasas de rotura que varían desde menos de uno hasta doce por 100 durante el coito vaginal. Los resultados de los estudios retrospectivos, aunque menos fidedignos porque se basan en la memoria de los usuarios, se hallan en esa misma escala de valores. Las tasas correspondientes al coito anal también son de este orden. Casi todos estos estudios son de pequeña escala y los participantes se autoseleccionan.

Si bien una enfermedad de transmisión sexual (ITS) puede contraerse en cualquier momento, en realidad, la mayoría de las veces en que se expone una persona, ésta no contrae una infección. Se estima que la **probabilidad de infección por VIH después de exponerse sexualmente una vez**, varía desde menos de una en **1,000 hasta una en diez**, según sea la transmisión de hombre a mujer, de mujer a hombre, o de hombre a hombre, y *dependiendo de que la persona expuesta tenga o no úlceras genitales*.

Además, no todas las rupturas de condones presentan el mismo riesgo. En algunos estudios se cuentan las rupturas que tienen lugar mientras se está colocando o sacando el condón éstas evidentemente, presentan menos riesgo que las que ocurren durante el coito mismo. En un estudio realizado en Carolina del Norte, más de la mitad de la tasa de roturas del siete por ciento, se produjo antes o después del acto sexual. Por otra parte, las rupturas o desgarraduras a lo largo de los costados o en la base del condón no dejarían salir mucho semen. En el estudio de Carolina del Norte sólo un tercio de las roturas se produjeron en la punta del condón.

Las tasas de ruptura difieren considerablemente de una zona a otra. Por ejemplo, en los ensayos clínicos de condones recién fabricados, el 2.5% de los usados en Malí se rompieron, en comparación con el 10.5% en Ghana. Las tasas de ruptura también difieren apreciablemente de una pareja a otra.

Hay varias razones que pueden explicar estas diferencias:

1. Comportamiento y prácticas sexuales diferentes,
2. Experiencia diferente con el uso del condón,
3. Aplicación de un lubricante que daña el condón,
4. Condiciones deficientes de almacenaje o transporte que desgastan el condón, y²⁸⁷
5. Defectos de fabricación, como partes más desgastadas, agujeros u otros defectos.

Prácticas sexuales tales como la duración y el vigor del coito pueden explicar estas diferencias. En un estudio se observó que la experiencia con el uso del condón también podría ser importante. En un estudio el número de ruptura será mayor entre los usuarios inexpertos aun que en varios otros no se ha observado diferencia alguna.

En varios países del Caribe los hombres que podían colocar correctamente un condón en un modelo de pene artificial declararon menos roturas de condones que los que mostraban menos destreza al tratar de colocarlo en el modelo. La insuficiente lubricación vaginal puede contribuir a la rotura de los condones. Este problema a menudo podrá remediarse prolongando la estimulación erótica que precede al acto sexual.

En cinco minutos o menos el látex tratado con aceites minerales y vegetales se daña considerablemente, desgastándose. Estos aceites se encuentran en productos comunes como el petrolato, lociones para la piel y aceite de cocina.

Lamentablemente, para lubricar los condones muchas personas usan sin saberlo estos productos. Los productos que contienen agua en lugar de aceite por ejemplo, la glicerina, clara de huevo y el lubricante de patente K-Y jelly, no dañan el látex. Tampoco lo dañan las jaleas o espumas espermicidas, que sirven también de lubricantes y ofrecen protección extra, pero

²⁸⁷ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.11, Baltimore, EE.UU.

pueden causar irritación si se aplican muy a menudo. (No está claro si algunos espermicidas insertables sólidos, en tabletas o supositorios dañan el látex; se necesitan más estudios.)²⁸⁸

Pero en ciertos lugares algunos son distribuidos y fáciles de obtener; además de baratos y pueden usarse como lubricantes sin dañar el látex.²⁸⁹ Los proveedores pueden probar los posibles lubricantes frotándolos sobre un condón y verificando una hora después si este se ha dañado.²⁹⁰

La exposición a la luz ultravioleta, al calor, a la humedad y al ozono deteriora el látex y desgasta los condones. Cuanto más tiempo se expongan los condones a estas condiciones, más fácilmente se rompen y una vez que el envase está roto o rasgado, el deterioro es rápido.

A veces un condón se rompe por algún **defecto de fabricación**. Los condones se fabrican de acuerdo con normas nacionales o internacionales, y las muestras se someten a pruebas para garantizar que sean de alta calidad. Pero sólo pueden hacerse pruebas completas en las muestras pues las pruebas de resistencia destruyen los condones. Los procedimientos de muestreo limitan el riesgo de que un lote de condones con más de un porcentaje determinado de defectos llegue a los usuarios. Pero la producción no puede ser perfecta mente uniforme, y por lo tanto las normas permiten que un pequeño porcentaje de los condones de muestra no pase todas las pruebas. Es lógico, por o tanto, que algunas de las roturas y la permeabilidad se deban a defectos de fabricación, pero el número de condones defectuosos deberá ser bajo.²⁹¹

Antes de que el SIDA se convirtiera en un problema mundial, la gente de la mayoría de los países nunca había visto ni oído ninguna promoción referente a los condones. Algunos programas de planificación familiar habían ensayado formas imaginativas de publicidad pero;

²⁸⁸ Idem

²⁸⁹ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.12, Baltimore, EE.UU

²⁹⁰ idem

²⁹¹ Idem

¿Cómo se promueve un producto que a mucha gente no le gusta usar, que proporciona pocos beneficios inmediatos y que para muchos significa desconfianza, inmoralidad y enfermedades?

Se destaca entre ellos un programa iniciado en Tailandia por Mechai Viravaidya en los años setenta en el que se trató por primera vez de “desensibilizar” la actitud del público hacia los condones y conseguir así que la gente hablara de ellos y los usara, junto con otros métodos de planificación familiar. Aún así, si bien el uso de anticonceptivos ha aumentado en forma pronunciada en Tailandia, actualmente casi todas las parejas casadas de ese país recurren a métodos anticonceptivos femeninos. Menos del dos por ciento de los que practican la anticoncepción usan condones, según una encuesta nacional realizada en 1987.²⁹²

3.6 Promoción de condones en la era del SIDA

La epidemia del SIDA ha introducido una nueva era en la promoción de condones. Los cambios más notables que se han experimentado desde mediados de los años ochenta son:

La información de los condones ha aumentado de forma muy notable. Por ejemplo, en África al sur del Sahara no era común antes del SIDA que se promovieran los condones o cualquier otro método de planificación familiar. Pero desde fines de los años ochenta, los gobiernos africanos han fomentado en forma creciente el uso del condón para la prevención del SIDA.²⁹³

Tanto las organizaciones gubernamentales como no gubernamentales están promoviendo los condones. Se han iniciado programas de comercialización social, algunos de los cuales venden únicamente condones, en Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Etiopía,

²⁹² Idem

²⁹³ Population Reports, 2001, volumen 29, No. 3, p.14, Baltimore, EE.UU. Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

Kenya, Liberia, Nigeria, Swazilandia. Zaire y Zimbabwe, y se proyecta llevarlos a cabo en Côte d'Ivoire, Guinea, Malawi, Malí, Rwanda, Tanzania, Togo y Uganda.²⁹⁴

El público está recibiendo cada vez más información sobre los condones a través de los periódicos, programas de charlas en la radio y televisión, carteles, folletos, e incluso sermones en la iglesia y charlas en las escuelas.²⁹⁵

También en los países desarrollados el SIDA ha desafiado los tabúes contra la promoción de los condones. En muchos países la televisión, la radio y las revistas transmitieron anuncios financiados con fondos públicos en 1986 y 1987. Los condones se mencionan ahora en las telenovelas, las comedias y los noticiarios de televisión y en los periódicos. En EE.UU. y Europa los fabricantes de condones aumentaron hasta cinco veces la propaganda de distintas marcas de condones entre 1985 y 1987. En E. U. la publicidad aumentó vertiginosamente en 1986, después de que el Director de Servicios de Salud abogara públicamente por los condones para la prevención del SIDA.²⁹⁶

3.6.1 Nuevos mercados y nuevos productos.

En los países desarrollados y a veces también en los países en vías de desarrollo, el SIDA y otras ITS han contribuido a que la promoción se dirija a nuevos grupos: mujeres solteras y casadas, adolescentes, hombres homosexuales, y, en E. U. a los médicos, a quienes se les exhorta a recomendar o distribuir condones en la práctica de su profesión.²⁹⁷

En E.U. y en menor medida en otras partes, algunos fabricantes de condones dirigen ahora sus ventas a las mujeres. En 1986 las revistas para mujeres fueron las primeras en publicar anuncios de condones y ese año se empezaron a vender nuevas marcas exclusivamente destinadas a las mujeres. En los supermercados y las farmacias los condones

²⁹⁴ Ibid, p.15

²⁹⁵ Population Reports, 2001, volumen 29, No. 3, p.14, Baltimore, EE.UU. Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

²⁹⁶ Ibid, p. 15

²⁹⁷ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.12, Baltimore, EE.UU

se colocaron en las estanterías próximas a los artículos de higiene femenina a fin de estimular las ventas. Según algunos funcionarios industriales, las mujeres compran ahora alrededor de un tercio de todos los condones vendidos en E.U., en comparación con un 15% a principios de los años ochenta.²⁹⁸

En los países en desarrollo parece que se siente la necesidad de promover el condón entre las mujeres. En 25 Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en África, Asia y América Latina y la región del Caribe desde media dos de los años ochenta, sólo en un país más de la mitad de las mujeres mencionaron espontáneamente los condones cuando se les pidió que nombraran métodos anticonceptivos.²⁹⁹

En algunos lugares también se está haciendo más común la promoción entre los jóvenes. En Europa y el Sudeste de Asia, los fabricantes de condones están creando empaques más llamativos y con más información para los jóvenes ya que diez años atrás el mercado no era igual al de hoy, estaba constituido por el grupo de 25 a 35 años de edad. En el Reino Unido el London Internacional Group introdujo una nueva marca de condones, Safe Play, destinada a los jóvenes que contiene una pequeña papeleta con instrucciones detalladas para el usuario sin experiencia.³⁰⁰

En algunos países desarrollados promover los condones en donde algunos de los primeros en contraer el SIDA fueron los hombres homosexuales, estos están ahora entre los nuevos destinatarios de la promoción de los condones. A mediados de los años ochenta algunos fabricantes introdujeron nuevos condones con envases y marcas especiales como los condones Hot Rubber en Suiza, con el propósito de atraer a los hombres homosexuales.³⁰¹

Algunos productos, como por ejemplo el condón Doublex en los Países Bajos, son más gruesos que los de látex común, y en la propaganda se recalca su resistencia y duración

²⁹⁸ Idem

²⁹⁹ Idem

³⁰⁰ Ibid, p.16

³⁰¹ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.13, Baltimore, EE.UU.

durante el coito anal. En estudios realizados en EE.UU. y Europa se ha encontrado que el 50% o más de los hombres homosexuales usan ahora condones habitualmente durante el coito anal.³⁰²

Para atraer a nuevos usuarios, la publicidad sobre los condones pone de relieve la variedad de productos disponibles, **productos con o sin espermicidas o lubricación, diferentes formas, tamaños, grosores y colores, y de goma lisa o acanalada.** Pocos programas de los países en desarrollo pueden permitirse ofrecer múltiples tipos de condones, pero pueden, en cambio, ayudar a diseñar la promoción para atraer a distintos públicos.³⁰³

Los programas de planificación familiar se han mostrado más dispuestos a promover los condones para la protección múltiple una vez que se calmó el temor que sentían de dañar su propia reputación. En realidad, el aumento de la publicidad y promoción de los condones para la prevención del SIDA parece que ha contribuido a elevar el concepto que se tenía de ellos incrementando a la vez su uso con fines anticonceptivos. Tanto en los Países Bajos como en Suiza, por ejemplo, el número de jóvenes en uniones estables que usan condones para prevenir el embarazo es mayor ahora que antes de la epidemia del SIDA.³⁰⁴

En Zaire, donde los condones prácticamente se desconocían hasta fines de los años ochenta, el Proyecto de Comercialización Social promueve los condones tanto para la planificación familiar como para la prevención del SIDA. Según una encuesta realizada en los hombres los usaban para prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual el 31% para prevenir embarazo solamente y el 19% para prevenir solo ETS. En una campaña radiofónica de tres meses realizada en Colombia en 1988 se promovían los condones para la prevención del SIDA y se mencionaba la Asociación Pro-bienestar de la Familia (PROFAMILIA), la organización de planificación familiar. Las encuestas realizadas antes y

³⁰² Idem

³⁰³ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.14, Baltimore, EE.UU.

³⁰⁴ Ibid, p. 13

después de la campaña revelaron que la imagen de los condones había mejorado y que la actitud hacia PROFAMILIA no había cambiado.³⁰⁵

Incluso cuando la promoción de los condones para prevenir SIDA generó controversias políticas, el efecto final que ésta ha tenido en los condones ha sido positivo.

Algo similar en cuanto al hecho de las controversias sucedió en México, ya que en respuesta a *un espacio televisivo en el que se mencionó que el uso del condón era uno de los tres métodos para prevenir el SIDA*, grupos políticos conservadores publicaron anuncios en los periódicos en contra de los condones y acusaron al gobierno de promover "el amor libre" y la promiscuidad.³⁰⁶

A raíz de esto, el gobierno postergó el lanzamiento de una nueva campaña de prevención del SIDA. Pese a todo lo ocurrido, las encuestas subsiguientes sobre venta de condones en 36 ciudades revelaron un leve aumento en la actitud positiva hacia los condones, un mejor conocimiento de la función de los condones para la planificación familiar y una mayor intención de usarlos en el futuro. El hecho de saber que los condones previenen la transmisión del VIH no afectó la actitud de la gente hacia su uso.³⁰⁷

3.6.2 La promoción del condón surte efecto

La promoción de los condones aumenta su uso. La prueba está en los ejemplos procedentes de una diversidad de lugares:

En Suiza, con la continua promoción por los medios de difusión, el uso de condones entre los jóvenes ha subido vertiginosamente en Suiza. Parece ser que la campaña ha tenido más éxito en el fomento del uso del condón entre los jóvenes que están a punto de iniciar sus actividades sexuales.³⁰⁸

³⁰⁵ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.15, Baltimore, EE.UU.

³⁰⁶ Publicado en la pagina de Internet de Amigos contra el sida: <http://www.aids-sida.org/>

³⁰⁷ Idem

³⁰⁸ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.17, Baltimore, EE.UU.

La promoción del condón ha ocupado el primer plano en la campaña para *DETENER el SIDA* llevada a cabo en Suiza. La publicidad por los medios de difusión y demás material de promoción se refiere al uso del condón y la sexualidad de manera positiva y humorística, evitando levantar el espectro de la enfermedad y la muerte. Este tono despreocupado ha surtido efecto. En 1989 se vendieron más de 11,5 millones de condones. Si bien el número per cápita no es alto en comparación con otros países desarrollados, esa cantidad representa el doble de la vendida en 1986.³⁰⁹

En Zaire, en el nuevo proyecto de comercialización social se combinó la comercialización en gran escala con un poco de promoción por los medios de difusión además de una activa distribución centrada en la comunidad y con centros de venta al detalle ampliamente diseminados. Se ha logrado vender más condones en los primeros años posteriormente por lo general en forma gratuita.³¹⁰

Las ventas del programa comercialización social, que al principio se limitaban a Kinshasa, se elevaron de un millón de condones en 1986, el primer año, a 4.1 millones en 1989 va mas de 8 millones en 1990, cuando el programa se extendió a todo el país. La publicidad en el lugar de venta fue la forma en que comenzó a hacerse la promoción, que sigue valiéndose de medios como carteles, almanaques, bolsas para las compras y camisetas, a que en los medios de difusión no se permite hacer propaganda de marcas de condones. Pero en 1989 se inició una campaña por la televisión y la radio para promover la fidelidad y, con menos frecuencia, el uso del condón, y ésta ha influido positivamente en las ventas. La campaña ha producido espacios en la televisión, la radio, telenovelas, documentales televisivos y material impreso.³¹¹

En Matadi y Goma, dos grandes ciudades, se inició en 1989 una extensión piloto del proyecto de comercialización social a fin de promover el uso de condones entre personas con múltiples compañeros sexuales. Los condones se venden en bares, hoteles y cabarets donde

³⁰⁹ Idem

³¹⁰ Idem

³¹¹ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p. 16, Baltimore, EE.UU.

hay o se negocia la actividad sexual, así como en los centros de distribución más convencionales como farmacias, tiendas y dispensarios.³¹²

En Marruecos. la primera campaña publicitaria realizada ayudó a que la venta de condones del programa de comercialización social haya alcanzado niveles superiores a los previstos durante el primer año de haber sido lanzados al mercado. En septiembre de 1989 el Programa de Comercialización Social de Marruecos puso en venta los condones Protex, cuatro meses después de realizar una campaña de relaciones públicas por medio de charlas radiofónicas y la prensa a fin de preparar a los dirigentes y al público. En seminarios regionales se les explicó el producto a los farmacéuticos procedentes de más de un tercio de las 1,500 farmacias que aproximadamente existen en el país. Mediante un concurso se incitó a los empleados de farmacias a mencionar la marca Protex a los clientes que les hicieran preguntas sobre los condones.³¹³

Desde que se lanzó el producto, la publicidad radiofónica ha sido el centro de la promoción de marcas de condones. En esa promoción figura siempre la frase "La planificación familiar es también responsabilidad del hombre". Según las investigaciones, casi todos los hombres dicen que les gustan los anuncios, los encuentran aceptables y recuerdan el producto.³¹⁴El volumen de ventas de Protex ha aumentado enormemente.³¹⁵

Aunque las proyecciones iniciales indicaban que en 1990 se venderían 480,000 condones, ese año se ven dieron más de un millón. Protex se vende ahora en el 90% de las farmacias de Marruecos y representa el 44% del mercado de condones. Alrededor de un 40% de los 240 compradores de Protex entrevistados se describieron a sí mismos como nuevos usuarios de la planificación familiar.³¹⁶

En Pakistán, mientras las campañas de Suiza, Zaire y Marruecos se han llevado a cabo, en distinto grado, a través de la radio y la televisión, en Pakistán el gobierno ha

³¹² Idem

³¹³ Ibid, p.18

³¹⁴ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.17, Baltimore, EE.UU.

³¹⁵ Ibid, p. 18

³¹⁶ Idem

bloqueado toda la propaganda de condones para el Proyecto de Comercialización de Anticonceptivos hasta fines de 1990, cuatro años después del inicio del proyecto. Aun así, merced a la extensa publicidad en el lugar de compra y al programa de relaciones públicas, las ventas sobrepasaron los 20 millones el primer año del proyecto. En 1990, el cuarto año del proyecto, se vendieron casi 74 millones el tercer volumen más grande de venta de condones de los programas de comercialización social, después de la India y Bangladesh.³¹⁷

Durante los primeros tres años del proyecto la promoción del condón entre los consumidores se realizó a través de artículos en el lugar de compra como almanaques, etiquetas engomadas, relojes, distribuidores automáticos de productos e insignias de metal con el nombre de la marca, Sathi (amistad). Para incitar a los dueños de los negocios a exhibir estos artículos, el proyecto organizó concursos periódicos para premiar la mejor exhibición del pueblo. Los seminarios para dueños de tiendas contribuyeron a que el número de lugares de distribución aumentara de 20,000, según se estima, en 1986, antes de que comenzara el proyecto, a 52,000 en 1990. Ahora el programa está promoviendo el Sathi por medio de espacios publicitarios que se exhiben en salas cinematográficas y se transmiten por la radio nacional y estaciones donde se transmitían avisos publicitarios por las estaciones de televisión.³¹⁸

Para que la promoción del condón pueda tener éxito, es imperativo realizar primero esfuerzos encaminados a vencer la resistencia a la promoción del condón: Cuando se han realizado sondeos, los hombres y las mujeres consideran, en su mayoría, que la información de los medios de difusión acerca de los condones o de los métodos de planificación familiar es, en general, aceptable. Por ejemplo, en 19 países en desarrollo, un promedio del 84% de las mujeres casadas en edad fértil les dijeron a los entrevistadores de la Encuesta Demográfica y de Salud que les parecía aceptable la información sobre planificación familiar transmitida por la televisión y la radio.

³¹⁷ Idem

³¹⁸ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.15, Baltimore, EE.UU.

Pero la resistencia ejercida por algunas autoridades, como algunos líderes religiosos y varios administradores de los medios de difusión ha limitado la promoción de los condones. Estas limitaciones han tomado muchas formas. Ya sea a raíz de la regulación estatal o de los códigos de la industria de radio y teledifusión, muchos países no permiten pasar anuncios publicitarios sobre condones u otros anticonceptivos por radio o televisión aunque en ellos no se mencione ninguna marca. Es mayor aún el número de países que impiden que se anuncien las marcas.

En E.U., las principales cadenas revisan los guiones por anticipado y han rechazado anuncios de bien público que apenas se alejaban levemente de los mensajes sobre prevención de enfermedades.

En 1987, el gobierno de México autorizó la difusión de espacios publicitarios sobre la prevención del SIDA en los que se mencionaban los condones pero sólo si se presentaban a partir de las 11 pm.³¹⁹

No es fácil vencer la resistencia a la promoción del condón. Los líderes comunitarios tienen diferentes inquietudes y responden a diferentes planteamientos. En algunos casos resulta útil tener prueba de que la comunidad no va a objetarla. En Colombia, por ejemplo, el Ministerio de Comunicaciones se opuso en 1985 al uso de la palabra "condón" en espacios publicitarios radiofónicos de la comercialización social de anticonceptivos. El Ministerio anuló su decisión después de que PROFAMILIA presentó los resultados de investigaciones recabadas entre el público que demostraban que la mayoría de la gente se sentía cómoda con la palabra "condón" y la empleaba en las conversaciones.³²⁰

³¹⁹ Publicidad uso de condón en México: Publicado en la pagina de Internet de Amigos contra el sida, <http://www.aids-sida.org/>

³²⁰ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.18, Baltimore, EE.UU

La investigación puede ayudar también de otra manera. En Uganda, la tradicional oposición del Presidente a la promoción del condón cambió completamente después de ver éste una presentación realizada con ayuda de computadoras en la que se proyectaban las repercusiones nacionales que tendría el SIDA. Como en este caso, una sencilla presentación con algunas importantes esta dísticas en primer plano puede ser motivo suficiente para cambiar aun la oposición más arraigada a la promoción del condón.

3.6.3 Elaboración de una promoción apropiada para diferentes públicos.

Al aumentar el número de personas que necesitan informarse acerca de los condones, la promoción se volverá mas completa y será para determinados públicos. Entre los distintos públicos están:

- A. Las parejas casadas.
- B. Los hombres adultos no casados.
- C. Las mujeres.
- D. Los adolescentes,
- E. Los hombres homosexuales y bisexuales,
- F. Los que practican la prostitución y sus clientes.

Puesto que el conocimiento, la actitud y las dudas varían ampliamente de un grupo a otro, no es probable que un espacio radiofónico, un cartel, o incluso un mensaje resulte convincente para todos. Como cualquier otra pro moción, la del condón tiene un efecto máximo si se la diseña cuidadosamente para cada público en particular La investigación previa de los distintos públicos sirve de guía en la elaboración de los mensajes, los conceptos, el contenido y & estilo de a promoción final. Las discusiones de grupos de enfoque, las entrevistas a fondo, las pruebas preliminares del material y as encuestas aseguran que los

mensajes y materiales atiendan las necesidades y aclaren as dudas del público al que están destinados.³²¹

No siempre es posible crear programas o espacios publicitarios radiofónicos o televisivos para cada auditorio. En lugar de ello, habrá que concentrarse en producir material de promoción comprensible y atrayente para distintos públicos, manteniendo un enfoque particular en un auditorio determinado. Por ejemplo, se puede preparar material menos costoso como carteles y folletos para distribuirse entre grupos más definidos.

Un nombre y un empaque atractivos ayudan a vender condones. La investigación sobre los distintos públicos es necesaria porque lo que da resultado en un lugar quizá no resulte en otros. Por ejemplo el logotipo de la pantera en algunos condones suministrados por US AID es muy popular en el Caribe y Zaire. Pero en Burkina Faso y Malawi los hombres asociaban la pantera con escenas de violencia y peligro, y los de Liberia pensaban que la figura de la pantera significaba comida de gato.

Los estudios sobre el público también ayudan a definir el estilo y enfoque de la promoción. En México, por ejemplo los hombres homosexuales de grupos de enfoque sometieron a una preprueba diversos enfoques del material para la prevención del SIDA. A diferencia de algunos hombres homosexuales de otros países, los mexicanos rechazaron la idea de una marca especial de condones para homosexuales y un mensaje enfático sobre el SIDA. Los hombres manifestaron una preferencia abrumadora por un enfoque en el que se destacara la importancia de los condones como parte de un estilo de vida sano, activo y feliz para todos, no sólo para los homosexuales.³²²

³²¹ Population Reports, ¡Luz! ¡Cámara! ¡Acción! Cómo fomentar la planificación familiar mediante la tele visión, videos y películas. J-38. diciembre de 1989.

³²² Idem

3.7 Imagen positiva del uso del condón.

Aunque la actitud hacia los condones varía de un lugar a otro, en todas partes las quejas de hombres y mujeres son parecidas. Dicen que el uso de condones:

- Disminuye el placer sexual e interrumpe el juego amoroso
- Es vergonzoso comprarlos y usarlos,
- Supone ITS, prostitución, promiscuidad y desconfianza del compañero, y
- No previene eficazmente el embarazo, ni las ITS.³²³

En todo el mundo los jóvenes aprenden las técnicas que necesitan; por ejemplo a leer y escribir, qué alimentos son saludables, la importancia de lavarse las manos, la seguridad vial, en el ámbito de la familia o en la escuela. Pero ¿cómo van a aprender las técnicas necesarias para una vida sexual segura y feliz? ¿Cómo van a aprender de qué manera evitar el SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado? ¿Aprenderán lo referente a los condones?³²⁴

Es evidente que muchos jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales a una edad temprana y necesitan condones. Como se observa que en nueve encuestas realizadas en África, América Latina y el Caribe, entre un tercio y dos tercios de los jóvenes declararon haber tenido relaciones sexuales durante el mes anterior a la encuesta. Casi todos estos jóvenes o sus compañeros sexuales están usando algún método anticonceptivo. Pero en la era del SIDA, el porcentaje de los que usan condones -entre un 10% y 30% en cinco de las nueve encuestas- suele ser excesivamente bajo.³²⁵

Por otra parte, resultados alentadores de encuestas realizadas en E.U. indican que aunque hay más jóvenes sexualmente activos, también hay más jóvenes que usan condones. En 1979, el 66% de los hombres solteros de 17 a 19 años que vivían en áreas metropolitanas eran sexualmente activos; sólo el 21% habían usado un condón en el último coito. En 1988,

³²³ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.15, Baltimore, EE.UU.

³²⁴ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.21, Baltimore, EE.UU.

³²⁵ Idem

en cambio, el 76% era sexualmente activo y el 57% había usado condones en el último coito. Pese al incremento general, los que enfrentaban el mayor riesgo, especialmente los usuarios de drogas por vía intravenosa, eran los que menos usaban condones.³²⁶

Casi todas las sociedades encuentran difícil entenderse con la sexualidad adolescente. No hay duda de que la abstinencia es la mejor protección contra el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual y que se la debe alentar. Y efectivamente, en diverso grado casi todas las sociedades tratan de desalentar las relaciones sexuales antes del matrimonio. Esta actitud suele expresarse en formas diversas; algunas de las cuales son severas y restrictivas, especialmente para la mujer; mas no para el hombre a quien se le celebran sus conquistas y actitudes propias del género.

Entre ellas están la segregación de las jóvenes desde la pubertad, la obligación de mantenerse vírgenes hasta el matrimonio, el fomento del matrimonio muy temprano, las críticas y observaciones groseras dirigidas a los jóvenes que buscan servicios de planificación familiar, las leyes que prohíben prestar servicios de planificación familiar a las personas no casadas, las medidas que desalientan la discusión de temas sexuales en público y las que impiden o limitan estrictamente la enseñanza de la sexualidad o de la anticoncepción en las escuelas.

El temor de parecer que se tolera la actividad sexual fuera del matrimonio se ha hecho sentir en algunos programas de prevención del SIDA financiados con fondos públicos. En los mensajes de estos programas se ha insistido en la abstinencia sexual de los jóvenes y en la monogamia de las parejas casadas como protección contra el SIDA, y los condones se mencionan poco o nada.

Nunca se ha demostrado que la retención de información o servicios previene o desalienta la actividad sexual de los jóvenes. Por lo visto, eso sólo sirve para que la actividad sexual llevada a cabo resulte más peligrosa.

³²⁶ Idem

Se están haciendo esfuerzos por cambiar; algunos han sido fructíferos y otros infructuosos frente las controversias. En Zambia, por ejemplo, no se permitió en 1988 que las escuelas recibieran folletos sobre la prevención del SIDA porque en ellos se mencionaban los condones. En 1991 no se impugnó el material que hacía mención de los condones.³²⁷

En la ciudad de Nueva York, que exhibe la prevalencia más alta de SIDA entre los jóvenes estadounidenses menores de 21 años, el Consejo de Educación aprobó en 1991 la distribución gratuita de condones en todas las escuelas secundarias. En otras partes de EE.UU. algunos dispensarios centrados en las escuelas distribuyen condones entre los estudiantes, y algunos más están considerando hacer lo mismo, pero las objeciones de algunos padres y otros interesados han prevenido hasta ahora que se lancen programas en gran escala.³²⁸

Las preguntas de trasfondo acerca estas controversias son: ¿cuándo obtendrán los jóvenes información acerca de la sexualidad y los condones y ¿de quiénes vendrá la información? Desde el punto de vista de salud pública, las respuestas son claras: *tan pronto como los jóvenes conozcan lo relativo a la sexualidad deben aprender lo relativo a los condones.*

Y lo que aprendan provendrá de todos los que puedan darles información correcta y clara (¿los padres, otros familiares, maestros y los medios de difusión?). Naturalmente, los jóvenes necesitan que se les guíe y se les aliente a posponer la actividad sexual y a evitar el comportamiento sexual arriesgado.³²⁹

Aunque en este punto, personalmente difiero un poco, ya que me parece que es hora de que la sociedad reconozca que la salud e incluso la vida de los jóvenes no debe sacrificarse en el intento por aplazar su actividad sexual sino darle herramientas para que se pueda defender, ante estos aspectos de la vida tan **importantes y básicos** como su salud sexual y la cultura de la prevención no de la abstinencia.

³²⁷ Idem

³²⁸ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.24, Baltimore, EE.UU.

³²⁹ Idem

En el siguiente capítulo conoceremos la metodología utilizada en esta investigación, los objetivos generales de esta, su importancia, usos y limitaciones del estudio, definición de términos conceptuales y operacionales, elaboración del instrumento de medición, validez y los parámetros que fueron utilizados para elegir la muestra; así como el análisis de los resultados y la propuesta elaborada con base en dicho análisis.

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Es difícil precisar qué porcentaje de jóvenes están preparados para prevenir la transmisión del VIH, sin embargo, la presente investigación tiene como finalidad conocer si el acceso a la información acerca del Virus del Inmunodeficiencia Humana es un factor condicionante en cuanto a llevar un adecuado control de las infecciones de transmisión sexual principalmente enfocándose en la provocada por el VIH, dando por sentada la conducta sexual de los jóvenes hoy en día y la tergiversada información con la que estos cuentan, sin considerar que la enfermedad a la que se están exponiendo tiene muchas maneras de transmitirse; y como ya se vio en capítulos anteriores es indetectable a simple vista en sus etapas de infección inicial.

Por lo anteriormente expuesto y para dar inicio a este capítulo cabe hacer mención que no existe un instrumento que ayude a evaluar la percepción de riesgo hacia la infección del virus de inmunodeficiencia humana y el uso de condón como método preventivo, (en los jóvenes de la Universidad del Tepeyac), por lo que fue importante elaborar un instrumento adecuado a la población para hacer la medición, así los resultados serían más confiables y nos permitiría conocer la manera más adecuada de abordar esta situación.

4.1 Tipo de investigación

Por su profundidad el tipo de estudio es *descriptivo*, ya que se quiere conocer la percepción de riesgo de infección por virus de inmunodeficiencia en estudiantes de la Universidad del Tepeyac y el uso del condón como método preventivo. La cronicidad del estudio es transversal ya que interesa conocer la situación en el momento actual, en el aquí y en el ahora.

A su vez, se considera un estudio diferencial ya que se pretendió detectar las diferencias que existen entre los hombres y las mujeres de las diferentes carreras que ofrece la Universidad del Tepeyac.

4.2 Pregunta de investigación

¿Existen diferencias en la percepción de riesgo de infección por VIH y el uso de condón como método preventivo, entre los hombres y mujeres de la Universidad del Tepeyac?

4.3 Objetivo

El objetivo de esta investigación es identificarse si existen diferencias de percepción de riesgo de infección por VIH y el uso de condón como método preventivo en hombres y mujeres de la Universidad del Tepeyac.

4.4 Hipótesis

Hi: Los estudiantes del sexo masculino de la Universidad del Tepeyac, tendrán mayor conocimiento acerca del uso del condón como método preventivo de la infección por el VIH, que las mujeres universitarias.

Ho: Los estudiantes del sexo masculino de la Universidad del Tepeyac, tendrán menos conocimiento acerca del uso del condón como método preventivo de la infección por el VIH, que las mujeres universitarias.

Hi: *Los estudiantes del sexo masculino de la Universidad del Tepeyac, presentan conductas adecuadas* con relación al uso del condón como método preventivo de la infección por el VIH, que las mujeres universitarias.*

Ho: *Los estudiantes del sexo masculino de la Universidad del Tepeyac, no presentan conductas adecuadas con relación al uso del condón como método preventivo de la infección por el VIH, que las mujeres universitarias.*

Hi: *Los estudiantes del sexo masculino de la Universidad del Tepeyac, tendrán mayor información acerca del uso del condón como método preventivo de la infección por el VIH, que las mujeres universitarias.*

Ho: *Los estudiantes del sexo masculino de la Universidad del Tepeyac, no tendrán mayor información acerca del uso del condón como método preventivo de la infección por el VIH, que las mujeres universitarias.*

4.5 Variables

Las variables que se presentaron en esta investigación fueron, el **género de los alumnos estudiantes de la Universidad del Tepeyac** como *variable dependiente* y como *variable independiente* la **percepción de riesgo de infección por VIH ante el uso del condón.**

(Ver anexos 4 y 5)

* Hacer uso constante y correcto del condón es decir; siguiendo todas las normas de seguridad, revisadas en la pág.115 capítulo III.

4.5.1 Definición conceptual

Para hablar de percepción de riesgo se debe entender primero algo que ya se había mencionado desde el capítulo inicial; que la **percepción** es un proceso por el cual entran en la conciencia impresiones sensoriales las cuales son resultado de la transmisión de información del organismo del individuo lo que le permite relacionar estos hechos que suceden en el exterior con el interior y reaccionar a estos estímulos sensoriales. Por otro lado la definición más adecuada para lo que se denomina **riesgo** sería contingencia o proximidad de un daño.

Una aproximación a lo que sería la estimación **del riesgo influida por el sesgo de la percepción** esta compuesta de los siguientes factores:

- ❖ *Sesgo de disponibilidad*: Frecuencia con que se recuerdan los eventos
- ❖ *Sesgo de anclaje*: Estimaciones influidas por el evento
- ❖ *Sesgo optimista*: Creencia de correr un menor **riesgo** que la población general (a mí eso no me va a pasar).

Con estos elementos se puede decir que se cumplen los criterios para referir una situación de percepción de riesgo.³³⁰

Para abordar el siguiente concepto se definirá en todas las acepciones posibles relacionadas con el tema; **género**, del latín *genus, generis, masculino*. *Conjunto de seres con uno o varios caracteres en común* Tipo de personas o cosas con algo en común.* En el ser humano, categoría que se utiliza para designar las relaciones sociales entre los sexos, y que denota las ideas sobre estereotipos, identidades y roles asignados a hombres y mujeres en un contexto sociocultural .En psicología, sociología y filosofía social, el **género** es la categoría que se utiliza para designar las relaciones sociales entre los sexos, y que denota las ideas sobre estereotipos, identidades y roles asignados a hombres y mujeres en un contexto sociocultural; asimismo en la mayoría de las especies, los miembros pueden dividirse en dos grupos, diferenciados por su **sexo** o **género**. Por lo

³³⁰ Percepción de riesgo: www.cepis.ops-oms.org/tutorial6/e/ppt/tema_04.ppt

general, existen dos sexos: macho y hembra (en el caso de la especie humana se utilizan preferentemente los términos masculino y femenino).

Esta distinción depende del órgano sexual del individuo, distinto para cada género; esto es la herramienta biológica con la que se viene equipado desde el nacimiento y que nos va a diferenciar como hombres y mujeres con todas las situaciones biopsicosocial y obviamente culturales que esto conlleva.³³¹

Con relación al **uso de condón**, se hace referencia propiamente al uso constante y correcto del condón en todas las relaciones sexo-genitales, entendiendo por correcto que sea un proceso sistemático y persona, además de ser una de las estrategias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para prevenir el VIH/SIDA, otras ITS y el embarazo. Esto significa usarlo siempre, desde el inicio hasta el fin de cada relación sexual con penetración, ya sea anal, vaginal u oral. El uso correcto implica seguir una serie de pasos para lograr una mayor eficacia.³³²

4.5.2 Definición Operacional

Para efectos de esta investigación se entenderá la **percepción de riesgo**, como el comportamiento arriesgado o la reacción ante que muestran los jóvenes ante el hecho de infectarse de VIH; y que va de la mano de la exposición constante a prácticas de alto riesgo (es decir sin uso de condón). Esto a su vez hace referencia al hecho de que muchos jóvenes no están enterados del significado de lo que es un comportamiento sexual arriesgado, a pesar de reconocer el riesgo de contraer el VIH/SIDA.

Al hacer referencia al **uso del condón**, se esta habla de hacer uso del condón y de conocer la metodología que se debe seguir para la colocación del mismo de principio a fin, así como tener en cuenta las ventajas y desventajas de utilizarlo, de manera automática en

³³¹ Género: [es.wikipedia.org/wiki/Género \(desambiguación\)](http://es.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9nero_(desambiguaci%C3%B3n)), Noviembre, 2003.

³³² Uso del condón: http://www.salud.gob.mx/conasida/preven/el_condon/el_condon.html ,Noviembre, 2003.

cada relación sexual y haciendo que se vuelva parte de una nueva cultura de prevención que se pretende crear o reforzar entre los jóvenes.

Al hablar de **género** se refiere a los hombres y mujeres que forman parte de la muestra seleccionada para esta investigación.

4.6 Instrumento

Para llevar a cabo la realización de la investigación fue necesaria la construcción de un instrumento basado en los parámetros mencionados con anterioridad, mismos que con la ayuda de expertos en el diseño de instrumentos y reactivos se fueron depurando y perfeccionándolo para su aplicación. Inicialmente el instrumento se conformaba de un total de 120 reactivos, que se obtuvieron de un banco de reactivos con el que se contaba, por cada una de la tres áreas a revisar dicho banco de datos contaba con aproximadamente 400 reactivos de los cuales después de hacer análisis exhaustivo; y con la ayuda de expertos en el tema se reviso la confiabilidad y validez del instrumento (cabe mencionar que parte del instrumento utilizado fue elaborado por la Mta. Bertha Lilia Alfaro Martínez, de la UNAM y es un instrumento que cuenta con validez de contenido y un confiabilidad de 96).

Asimismo, con el apoyo de un marco teórico que sustentado con bibliografía del tema, más las recomendaciones de los psicólogos, médicos, profesores expertos en elaboración de instrumentos y personal de la salud que trabaja directamente con personas con VIH; fue como se construyó este instrumento de medición quedando conformado por un total de 89 afirmaciones de las cuales se dividieron en tres áreas: **Cognitiva**, de **Información** y **Conductual**. (Ver anexo número 3)

El procedimiento que se llevó a cabo para elaborar este instrumento fue el siguiente: surgió la necesidad de conocer la percepción de riesgo de infección de VIH y uso del condón como método preventivo, en los estudiantes de la Universidad del Tepeyac y el resultado fue un instrumento que consta de 89 reactivos donde se midieron tres áreas o indicadores específicos, área cognitiva, área de información y por último el área

conductual. De acuerdo a estos indicadores se elaboraron los reactivos que se integrarían al instrumento de medición, los cuales fueron analizados para poder verificar si son válidos y confiables.

Es importante mencionar por qué se recurrió a estos tres elementos. Durante la investigación hubo la necesidad de recabar información directamente de expertos en el tema y la construcción de instrumentos; y la mayoría de los investigadores y expertos en el área, consideraron que las tres áreas descritas en párrafos anteriores, son los ejes centrales para poder abordar el tema y poderlo estudiar a profundidad.

Dentro de lo que se va manejar como el área cognitiva se refiere a la forma de pensar que tienen las personas hacia la situación específica en relación con la cantidad de conocimiento de tipo formal que se posee sobre el tema.³³³ En este apartado muestra todo el conocimiento que el joven adquirió a lo largo de su vida académica y que debió ser de forma sistemática, estamos hablando de conocimiento científico, formal.

Pero que sucede con la información que se filtra de una manera informal, los rumores, los mitos, lo coloquial, si bien es un lenguaje diferente no deja de ser parte de nuestro bagaje de cultural, en este caso el área de información reflejará la cantidad de datos de tipo informal, términos comunes y corrientes, esto es; el vulgo con el que se denominan ciertos aspectos que la persona posee acerca del tema en cuestión y da por sentado que son ciertos, sin embargo pueden ser mitos o simple conocimiento empírico del tema; es decir "lo que ha escuchado por ahí".³³⁴

Una vez que se ha hablado del lo que conocen, lo que les han dicho los amigos pasamos a lo que realmente hacen es decir; el aspecto conductual, se refiere a lo que se pretende observar; es la manera en que la persona se comporta ante una determinada

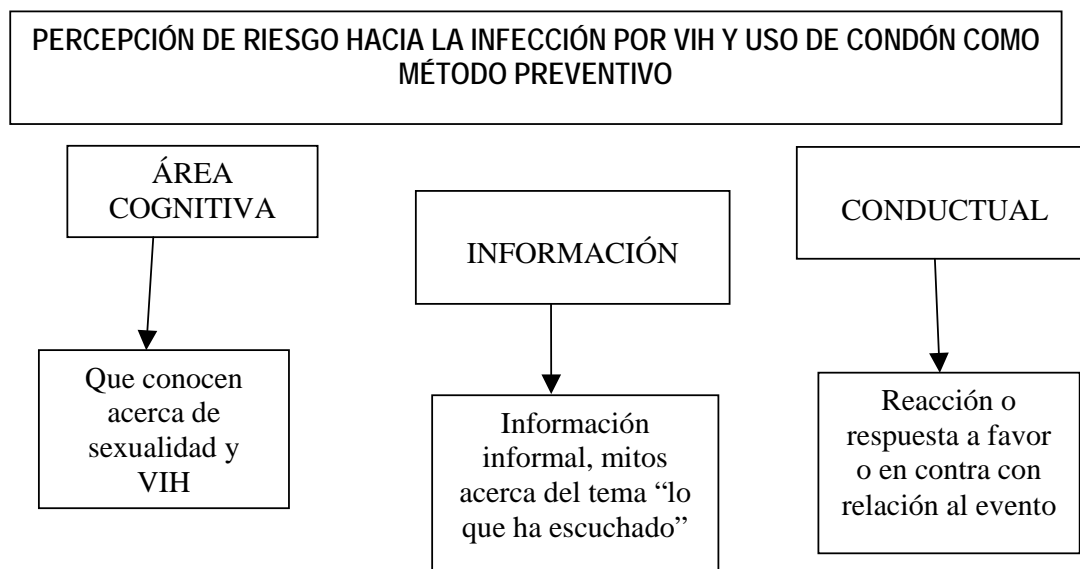
³³³ Rolando Díaz Loving, et.al., Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales, actitudes y creencias hacia el uso del condón, en estudiantes universitarios, Revista Mexicana de Psicología, (9),1

³³⁴ Pepitone, El mundo de las creencias: un análisis psicosocial, Revista de Psicología de Social y Personalidad,7(1),61-79

situación y su reacción o respuesta puede ser a favor o en contra con relación al evento, así como el sentimiento que experimenta.³³⁵

Los factores o indicadores que quedaron definidos de la siguiente manera:

Cuadro 4.1



Para efectos de esta investigación estas áreas serán abordadas de la siguiente manera:

Área Cognitiva: *Es el conocimiento que los estudiantes de la Universidad del Tepeyac, poseen en relación a la infección por el virus de inmunodeficiencia humano (VIH) y el uso de condón como método preventivo.*

Área de Información: *Es la información que obtienen los estudiantes de la Universidad del Tepeyac, con relación al tema de la infección del virus de inmunodeficiencia humano (VIH).*

Área Conductual: *Es la reacción o respuesta que experimentan los estudiantes de la Universidad del Tepeyac, en relación a un evento específico relacionado con la*

³³⁵ Castro, Pérez, Aspectos psicosociales del SIDA, Salud Publica de México (30) 4, pp. 629-634.

posibilidad de estar conviviendo con una persona infectada por el virus de inmunodeficiencia humano (VIH) .

4.7 Procedimiento

Se hizo la aplicación del instrumento a 300 alumnos, hombres y mujeres de la Universidad del Tepeyac, para llevar a cabo esta actividad se requirió primeramente la autorización de las autoridades de la escuela haciendo del conocimiento del Director de la carrera de Psicología, acerca del evento que se iba realizar; así como los fines que éste perseguía, y en su momento pedir la autorización de los maestros durante alguna de sus clases, comunicándoles que se trataba de la aplicación de un instrumento para un trabajo de investigación acerca de percepción de riesgo de infección por VIH y uso de condón y que se contaba con los permisos necesarios para llevar a cabo dicha actividad, ya que esto se realizó dentro del plantel.

Asimismo pidiendo autorización a todos los jóvenes que accedieron a participar, siempre manejando todos los aspectos de la actividad con respeto y total confidencialidad acerca de la información que los jóvenes accedieron a proporcionar, explicándoles que era un instrumento que constaba de 89 reactivos en forma de afirmación, donde no había respuestas buenas ni malas y que únicamente se quería conocer su opinión al respecto del tema que se trataba en el instrumento de la manera más honesta posible.

La aplicación del instrumento y el análisis de la misma tuvieron una duración aproximada de un mes, ya que una vez terminada la aplicación se hicieron los análisis estadísticos pertinentes que arrojaron la información mostrada en este trabajo de investigación.

4.8 Muestra

En la presente investigación se tomó un diseño de dos muestras independientes de la misma población compuesta por 150 hombres y 150 mujeres de diferentes carreras de la Universidad del Tepeyac.

Se trata de un muestreo no probabilístico ya que interviene el criterio del seleccionador y se hizo por cuota. Esto es, que no todas las personas tuvieron las mismas posibilidades de pertenecer a la muestra ya que fue seleccionada una cantidad tope para la aplicación y fue requerido que la mitad de la muestra perteneciera al área de Ciencias y la otra mitad del área de Humanidades, aunque solo se requería encontrar diferencias de la percepción de riesgo y uso de condón entre géneros se decidió tomar en cuenta a las dos áreas para que la información obtenida tuviera la mayor veracidad posible y tratar de excluir el menor número de personas.

Se eligió esta muestra ya que se podría pensar que hay una diferencia en la forma de actuar entre el hombre y la mujer al momento de decidir tener una relación sexo-genital, siendo, la mujer quien demuestra más interés en hacer uso del condón; por múltiples situaciones entre las que se destacarían un embarazo no deseado, que tal vez pudiera truncar su carrera, temor al embarazo y al rechazo social y de los propios padres, o a la construcción de ideales basados en la fantasía de esperar el momento adecuado para poder tener un hijo con la persona ideal.

Sin embargo el hombre, por su parte, también tiene grandes razones para utilizar este método, principalmente como anticonceptivo por razones similares a las de la mujer, teniendo como eje central la paternidad no deseada y el hecho de ser responsable de darle vida a otro ser humano, con todas las implicaciones que esto conlleva.

Se procedió a hacer la aplicación por bloques. Primero se aplicó el instrumento a las carreras de Humanidades durante dos semanas, para después proseguir con las carreras de ciencias en un lapso similar hasta cubrir la cuota estipulada.

4.9 Resultados

Existen varios estudios con relación a la percepción de riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana, los cuales han sido realizados en universidades y en escuelas de nivel medio superior públicas, sin embargo no se visualiza con precisión las diferencias entre hombres y mujeres. El interés del presente estudio estuvo centrado en identificar si existen estas diferencias de género en cuanto a la percepción del riesgo al que se encuentran expuestos los jóvenes con el VIH, sin importar si son sexualmente activos o no; así como las situaciones que conlleva el estar infectado de este virus, como ya se ha visto es el causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA).

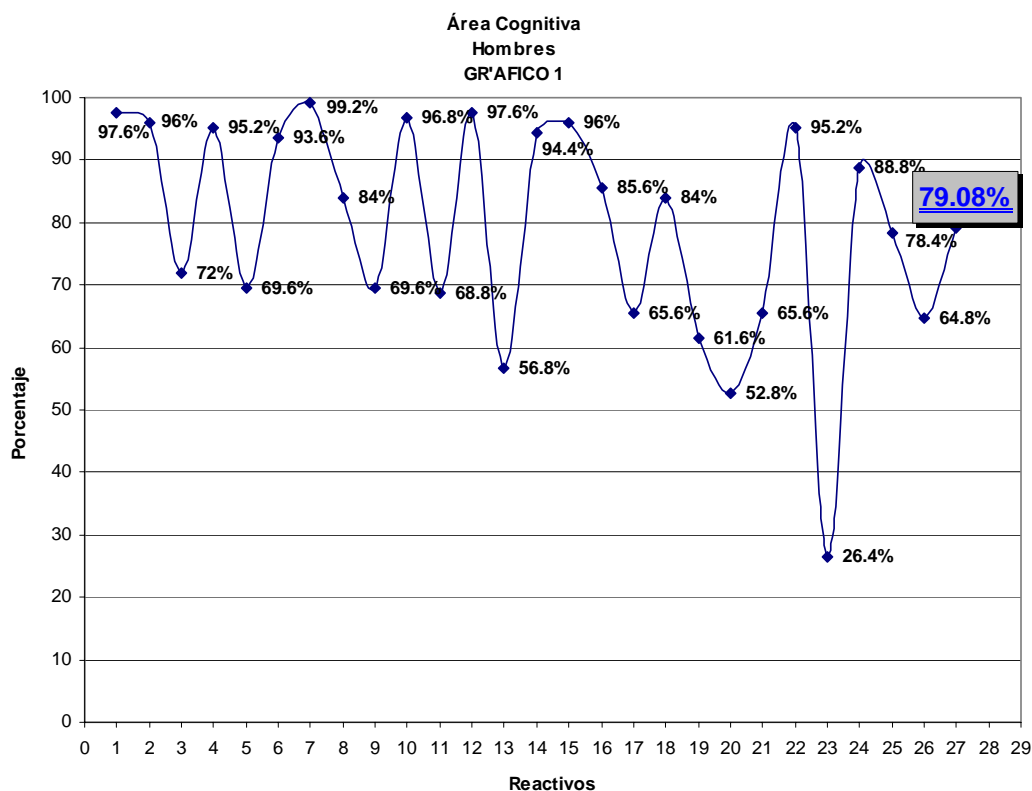
La manera de representar los resultados se realizó de acuerdo a cada indicador para hacer un comparativo entre hombres y mujeres y fue con relación a la forma de pensar, a la información que poseen y a su forma de actuar.

Esto se podrá apreciar de manera más clara en cada gráfica, donde cada reactivo será evaluado de acuerdo al porcentaje de respuestas que sean correctas; por ejemplo si la persona contesta que si a una pregunta, se le asigna con un valor de 1. Y asimismo cada persona será evaluada, de esta forma se extraerán los resultados de un total y se realizará un porcentaje para posteriormente extraer la media en relación a los reactivos. Y de esta forma la aplicación y el análisis de resultados se pudieron apreciar las diferencias existentes entre hombres y mujeres.

Cabe mencionar que los reactivos que forman parte del instrumento fueron cuidadosamente analizados por expertos en el tema de prevención y VIH, al igual que las áreas de información, cognitiva y conductual. Con el fin de complementar la información, se procedió a hacer el vaciado de los reactivos, para conocer a través de una gráfica la

cual va a representar las tres áreas que fueron utilizadas para realizar la medición: el área cognitiva, de información y conductual, es decir lo que piensan, lo que saben y la forma de actuar en relación al tema, además de extraer la media para poder hacer un comparativo entre hombres y mujeres, y de esta manera saber cuál es la tendencia a seguir entre géneros, y poder llevar a cabo el análisis de estas diferencias.

Con base en esto se podrá saber si los hombres o las mujeres ocupan el mayor porcentaje de la población elegida dentro de la universidad, con relación a la percepción de riesgo de infección y el uso de condón; lo cual se obtuvo con los datos arrojados por los indicadores antes descritos.

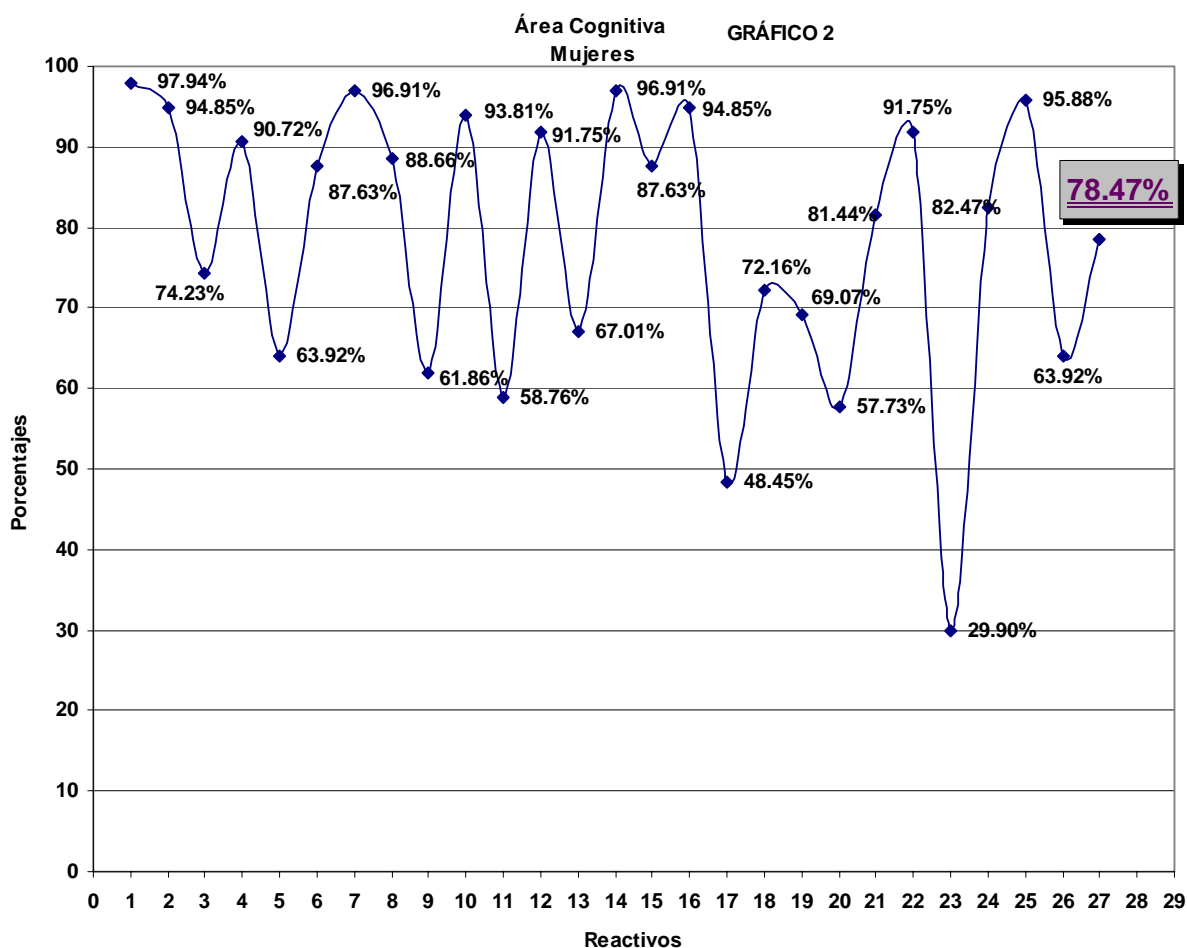


Los resultados de este gráfico representan, los pensamientos del género masculino con relación al tema ,ya que se evaluó a los hombres y las mujeres en las tres áreas se encontró que los hombres poseen un mayor conocimiento acerca del tema; esto es debido a que los reactivos fueron respondidos de forma adecuada puntuando un **79.08%** para el *Área Cognitiva*, en comparación al puntaje obtenido por las mujeres que se encontró

ligeramente por debajo de éstos, mostrando una diferencia de **0.61%** a favor del sexo masculino, como se puede observar en el **gráfico 1**.

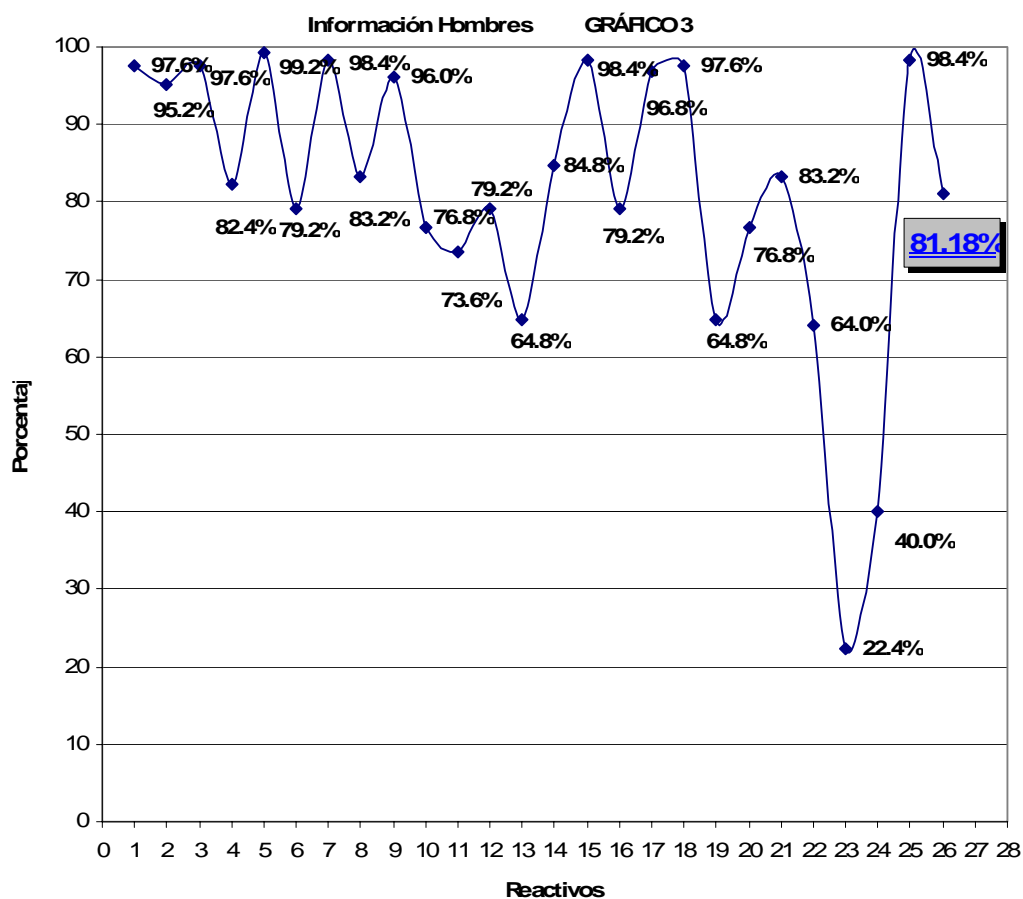
Sin embargo en la siguiente gráfica se puede notar una puntuación mayor por parte de las mujeres en el *Área Cognitiva* de **78.47%** y se encuentra, que en efecto existe un mayor conocimiento por parte de los hombres acerca del tema lo cual podría derivarse de la existencia de un mayor interés por la obtención de conocimiento teórico y formal, acerca del VIH y SIDA por parte los miembros del genero masculino, sin embargo; esto no quiere decir haya una mayor percepción de riesgo en estos, solo muestra de que en esta área presentan una mayor fortaleza sin embargo se deben revisar aun las áreas restantes.

Si se toma en cuenta la pequeña diferencia existente entre ambas puntuaciones y géneros se puede decir que no existe una diferencia como tal en esta área y por lo tanto no resulta ser tan significativa como el resultado esperado como para poder decir que existe una a diferencia marcada entre géneros y poder aceptar la hipótesis prevista.

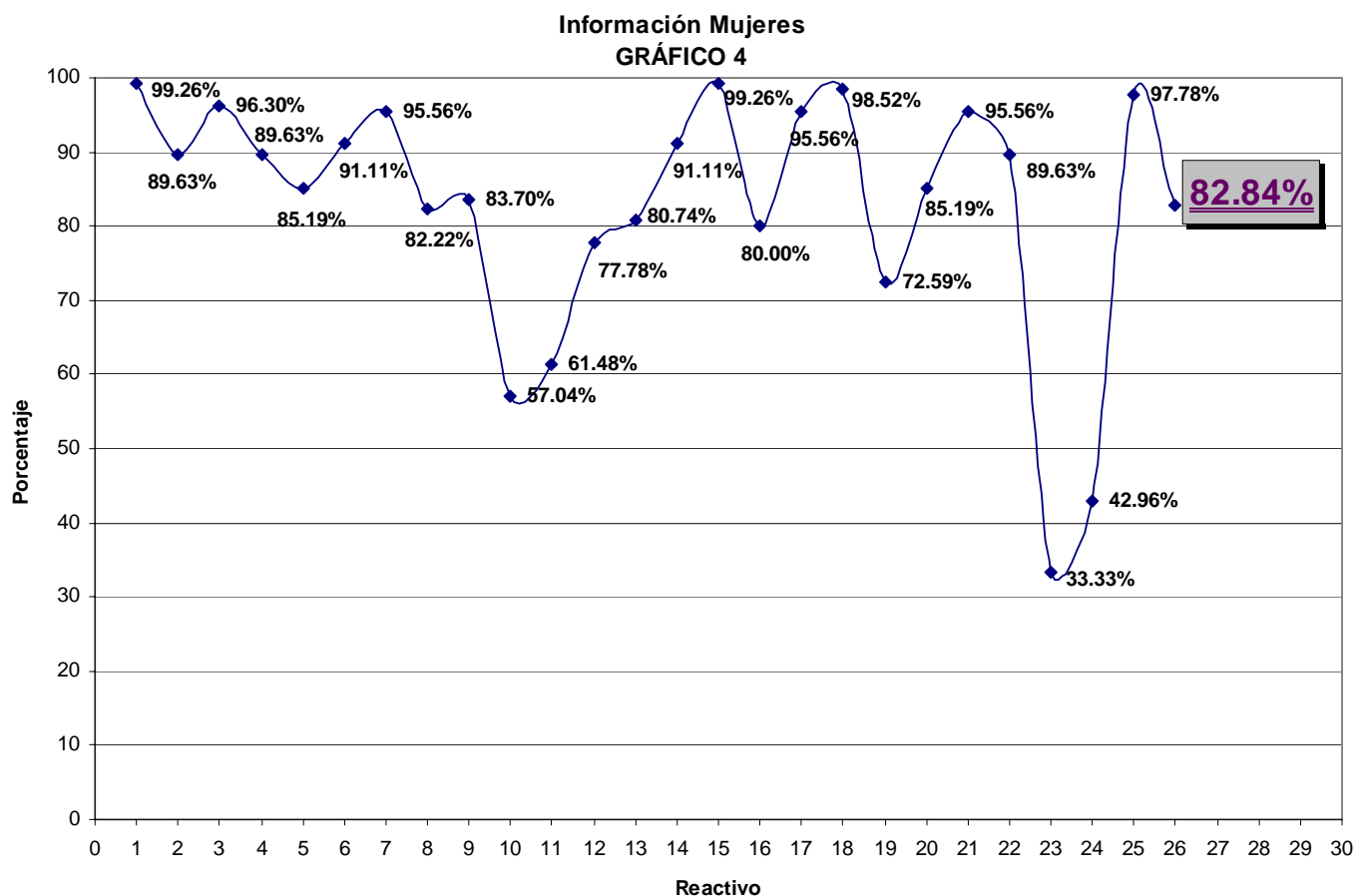


Los jóvenes están rodeados de estímulos de todo tipo y la capacidad de recabar datos a través del ambiente es demasiada, lo cual ocasiona que no se pueda discriminar la utilidad de cada uno de ellos. Por lo tanto, para conocer el nivel de información con relación al VIH/SIDA que poseen los estudiantes universitarios del Tepeyac, se construyeron varios reactivos con la finalidad de recabar la información de tipo formal e informal recibida por el alumno a lo largo de su vida académica, la cual está reflejada en el siguiente gráfico

En el *Área de Información* los hombres vuelven a obtener un puntaje alto de un **81.18%**; lo cual significa que poseen la información en relación a lo que se debe saber acerca del VIH/SIDA y el uso del condón que les permite discernir de una manera adecuada al momento de llegar a la toma de decisiones y eventualmente evitar la infección.



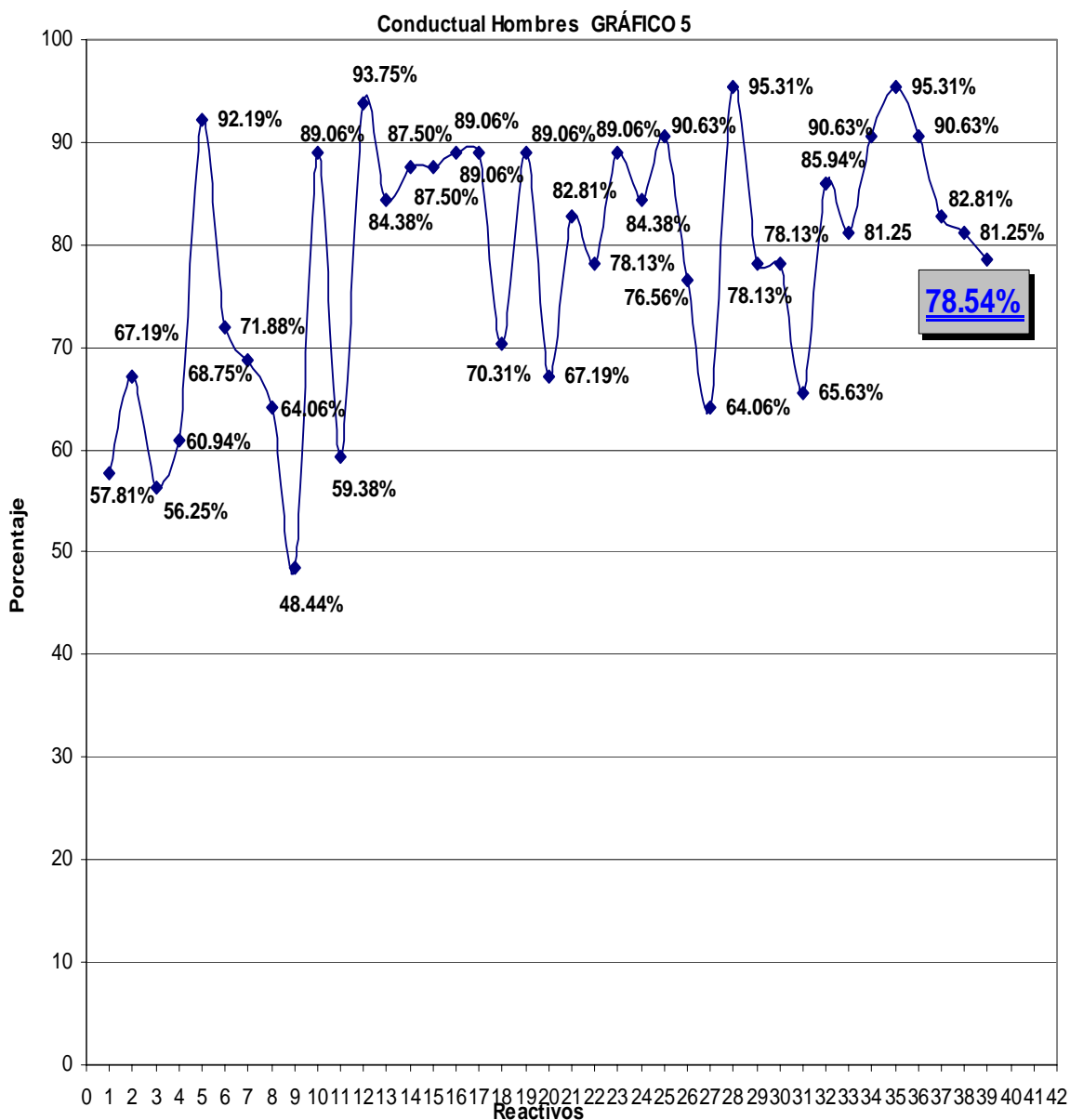
El gráfico que se muestra en la hoja anterior se refiere también a la forma correcta en que se debe abordar a una persona infectada, esto es; que tiene información para ofrecer un trato adecuado sin caer en ningún tipo de discriminación hacia las personas infectadas. A continuación en el siguiente gráfico se revisarán los resultados obtenidos por las mujeres.

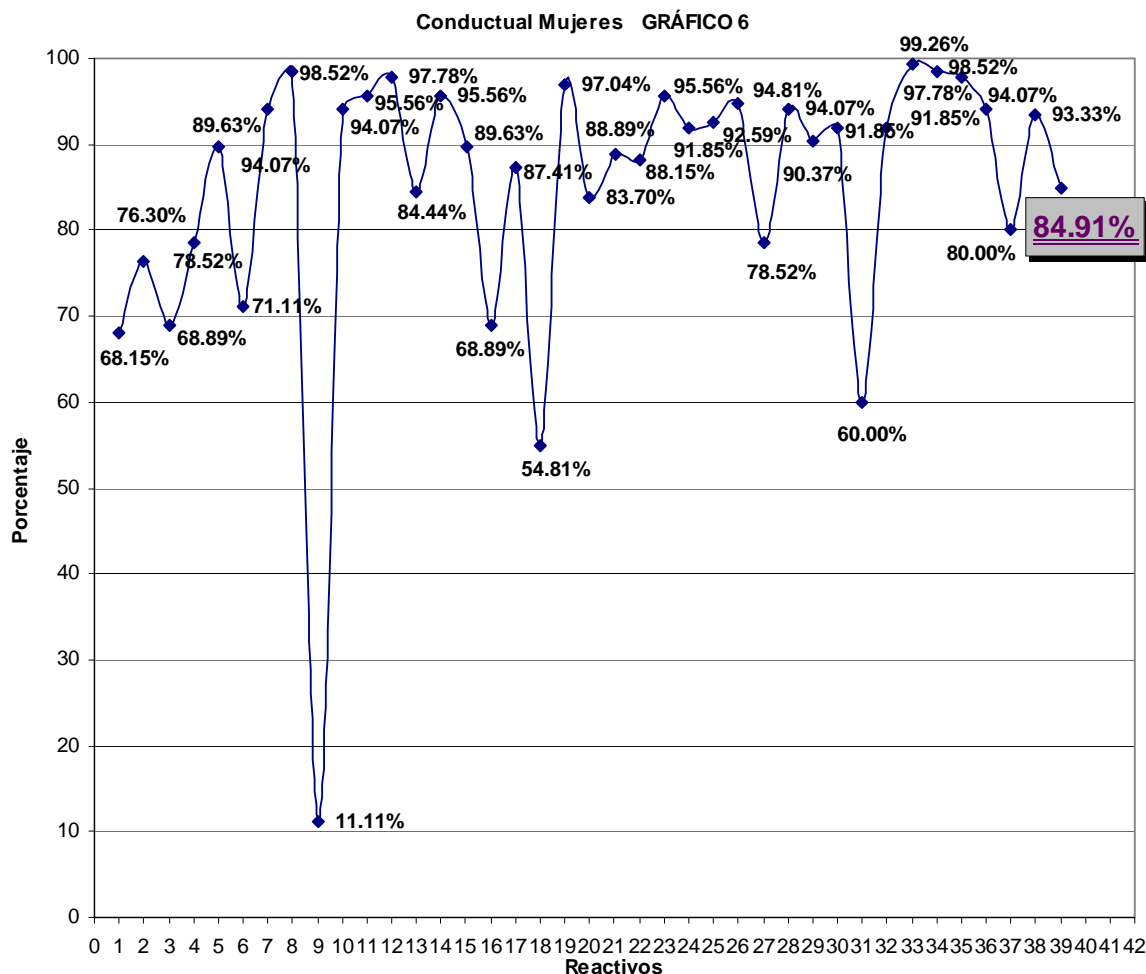


Tomando en cuenta que los hombres siguen puntuaron alto en las gráficas anteriores ahora se puede observar un pequeño giro con esta gráfica en la que se puede ver que el puntaje más alto en el *Área de Información* fue para las mujeres con un puntaje de **82.84%** colocándolas por encima de los hombres con una diferencia de **1.66 puntos porcentuales**, con esto pareciera ser que las mujeres cuentan con mayor información con respecto al tema a diferencia de los hombres y esto podría marcar una diferencia en el resultado global.

Esta gráfica nos muestra en el *Área Conductual* una puntuación de **78.54%** para los hombres, esta área nos refleja las decisiones, reacciones o respuesta que experimentan los estudiantes con relación a un evento específico, en este caso relacionado al tema del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los métodos de prevención utilizados para evitar la infección por este virus, específicamente se refiere al uso del condón.

Esta área mide la reacción o respuesta ya sea a favor o en contra y va definir si su conocimiento del tema y sus pensamientos acerca del mismo serán congruentes con las acciones, es decir, que haga uso del condón o no, lo cual va a definir si hay presencia de disonancia cognitiva.





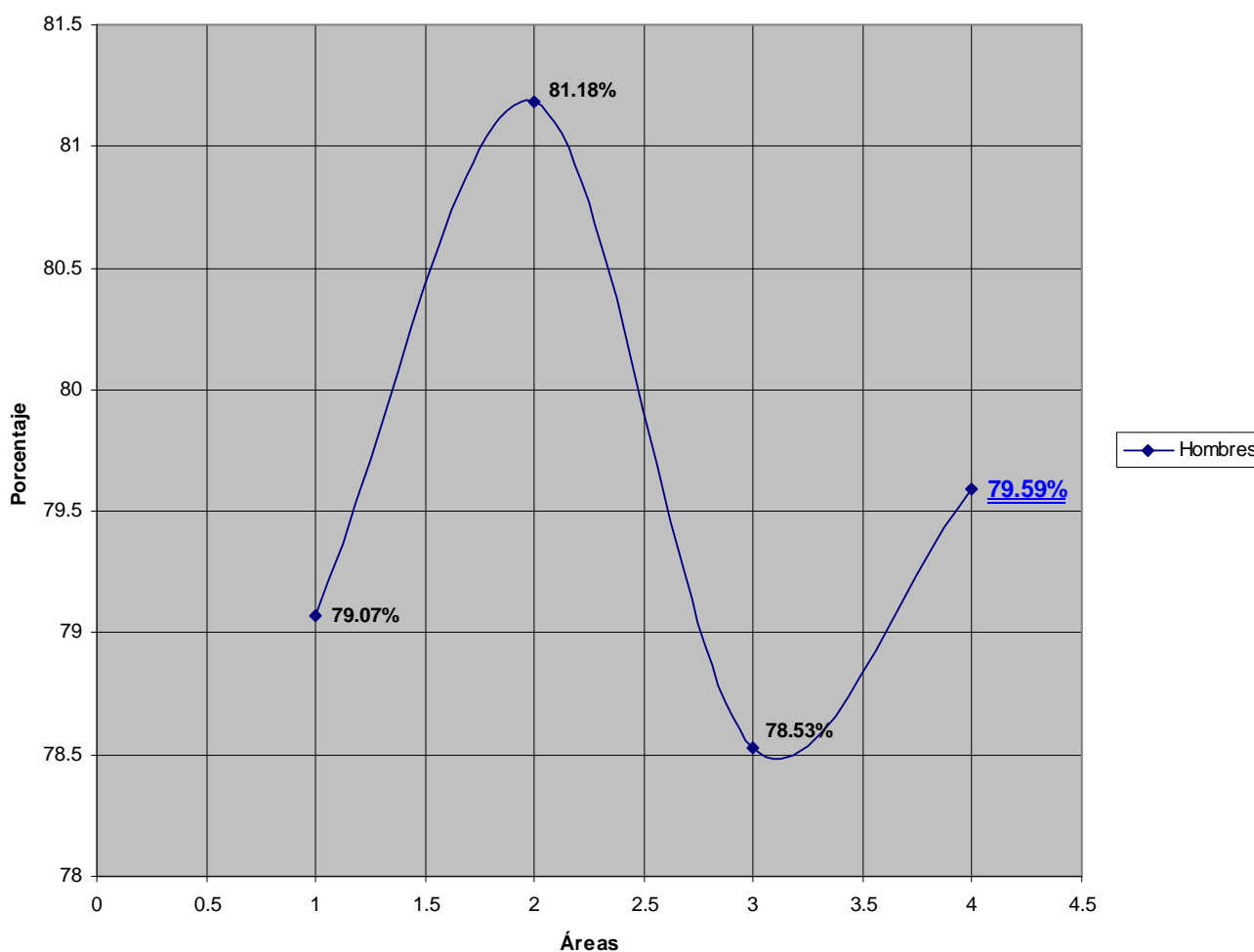
Esta grafica nos muestra un puntaje de **84.91%** a favor de las mujeres con una diferencia de **6.37%** lo cual nos indica que las mujeres presentan conductas más favorables que las expuestas por el género masculino en relación al tema de la prevención de la infección por el VIH que puede derivarse en lo que se conoce como SIDA.

Es importante mencionar que estos reactivos estuvieron conformados por porciones de un instrumento confiable y valido aplicado por la Mta. Lilia Bertha Alfaro Martínez, que fueron modificados para esta aplicación en particular; donde se mencionan situaciones especificas relativas a comportamientos de riesgo en los jóvenes, además de conocer la reacción de un individuo ante la posibilidad de estar conviviendo con una persona infectada por el VIH o inclusive viviendo con SIDA .

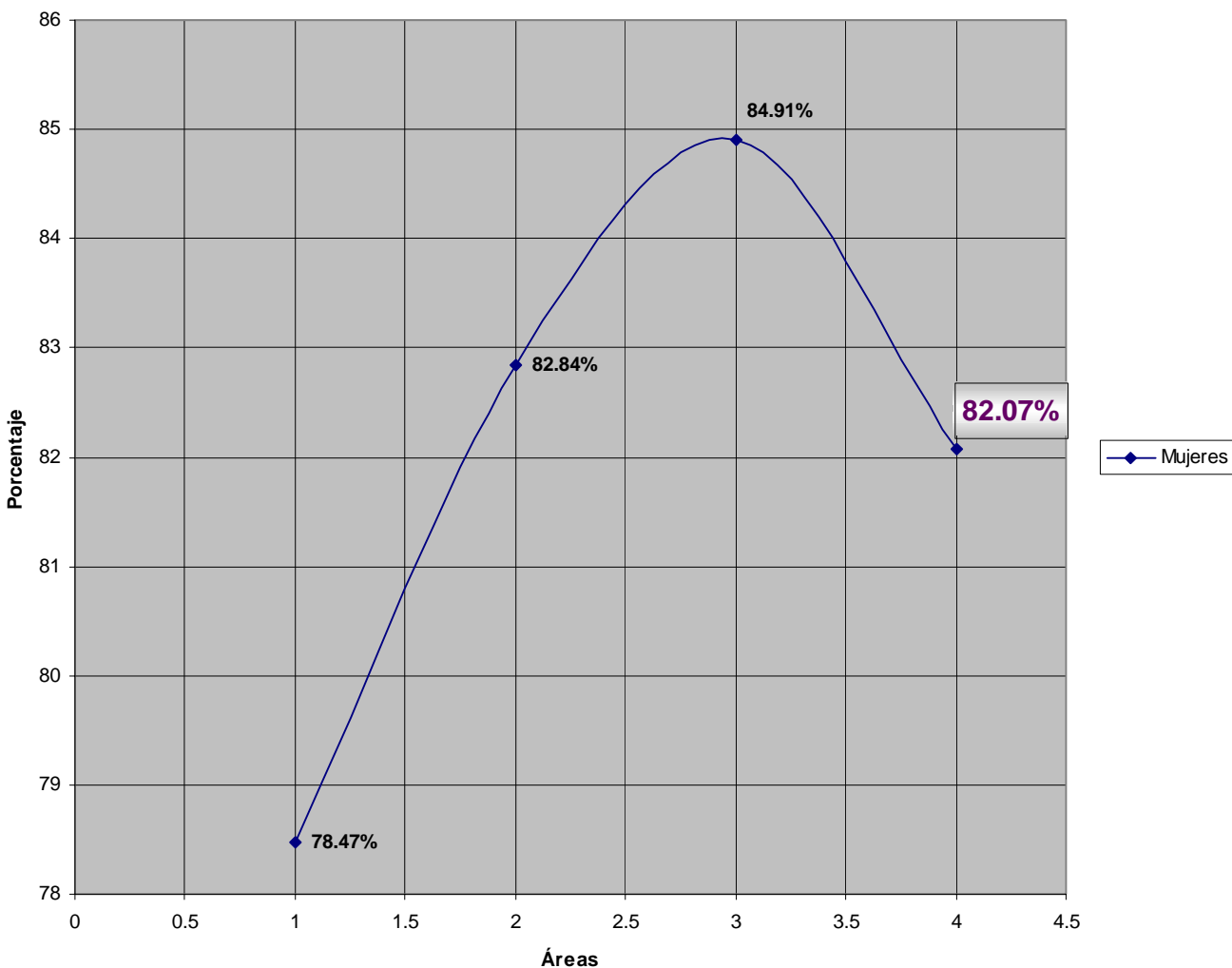
Aquí se puede apreciar el concentrado global donde el porcentaje por las tres áreas utilizadas para medir **la percepción de riesgo y uso del condón** como método preventivo en hombres y mujeres refleja un total promedio de **79.59%**.

Mostrando en estas tres áreas un inicio en un punto aceptable en el área **cognitiva** (79.07%), para luego ubicarse en un punto alto en el área **de información** (81.18%) para luego volver a bajar en el área **conductual** (78.53%).

Puntuaciones Globales (Cognitivo + Información + Conductual)
GRÁFICO 7



Puntuaciones Globales (Cognitiva + Información + Conductual)
GRÁFICA 8



En esta gráfica se puede observar una tendencia hacia arriba en todas las áreas, iniciando en un punto muy bajo (78.47%) aunque aceptable en el área cognitiva, luego ascendiendo un poco más (82.84%) en el área de información, para luego subir a un puntaje alto (84.31%) en el área conductual, dando una media de **82.07%** como resultado de todas las áreas.

4.9.1 Análisis de Resultados

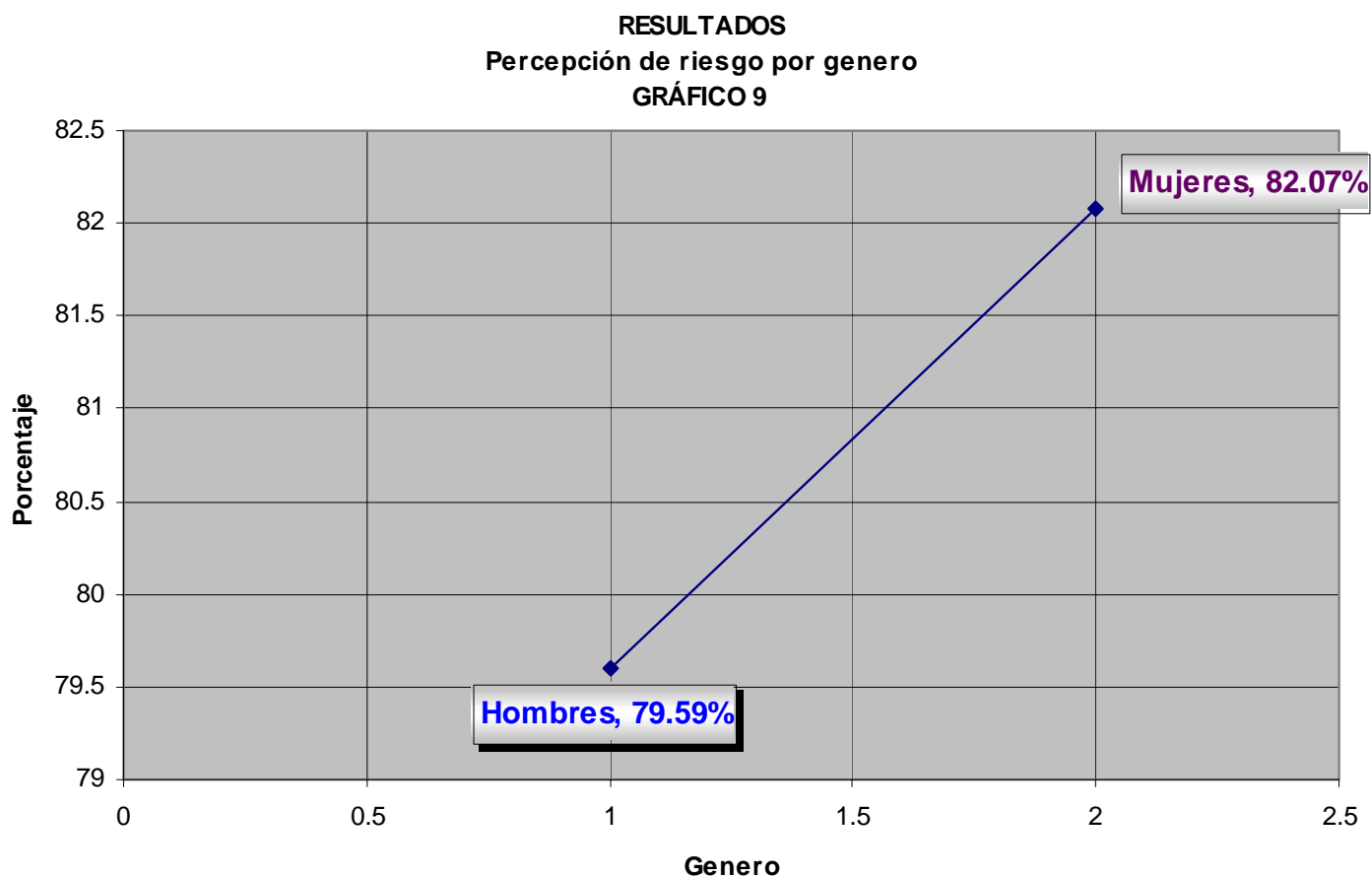
Haciendo un análisis de las respuestas de los alumnos y con base en el puntaje obtenido en cada una de las áreas que fueron evaluadas, se encontró que en el área cognitiva, el resultado de los alumnos del sexo masculino **obtuvieron mayor calificación**, lo cual se puede pensar que fue debido a que existe un mayor interés por adquirir el conocimiento de manera formal; para estas personas resulta más sencillo adquirir el conocimiento de manera sistemática y práctica sin involucrar otras situaciones y básicamente debido a las características de género, a diferencia de las mujeres que arrojaron una puntuación menor por debajo de los hombres.

Sin embargo ésta **no resulta significativa**, ya que la diferencia estuvo por encima de ellas solo por 0.61%, lo que significa que en ambos sexos existe un conocimiento al menos básico con relación al tema, los cuales son: las formas de infección, nociones del mecanismo del virus y su funcionamiento una vez que se encuentra dentro del cuerpo humano.

Por otro lado, en el indicador que medía el nivel de información, creencias y mitos se encontró que la mayoría de las respuestas obtuvieron un promedio alto **por parte de los alumnos del sexo femenino** con un total de **82.84%** y un porcentaje de **1.66%** de diferencia a favor con relación al porcentaje encontrado con el sexo masculino, aquí se puede hablar de la relación existente en las diferencias básicamente regidas por las características de género que definen a cada muestra.

En este caso el sexo femenino se caracteriza por presentar un mayor acercamiento a la información que se maneja en el medio en el que se desenvuelven, las pláticas de amigos, familia, creencias y mitos urbanos en relación al tema del VIH que debido a su formación personal y profesional han ido desechando hasta tener la información que actualmente poseen, sin embargo como **la diferencia entre ambos géneros es mínima no puede considerarse significativa**.

En el tercer indicador que se refiere a las actitudes hacia un hecho en específico y las intenciones de llevarlo término, se encontró una diferencia un poco marcada entre ambos géneros de **6.37%** a favor de los alumnos del sexo femenino, lo cual tiene relación con las actitudes propias del género así como las características que poseen, como la sensibilidad para captar al otro y percibir las emociones de una manera empática, esto es; ponerse en los zapatos del otro para *tratar de percibir* como se siente la otra persona.³³⁶



³³⁶ Hugo Liaño, Cerebro de hombre, cerebro de mujer p. 64-78.

El gráfico anterior muestra de forma global y sintetiza los resultados obtenidos con lo cual se concluye lo siguiente:

Las diferencias que se encontraron entre los hombres y mujeres de la Universidad del Tepeyac **resultaron mínimas** ya que lo que en un área era fuerte, en la otra no y de esta forma se complementaban de manera que **nunca quedaban por encima una de la otra de una forma significativa**, sin embargo al hacer el concentrado final de los resultados se encontró con un total de **82.07** puntos porcentuales al **género femenino** lo cual la posicionó por encima del sexo masculino con un puntaje de **79.29%** haciendo una diferencia de **2.78** puntos porcentuales entre ellas.

Lo anterior habla de que ambos sexos poseen un conocimiento en relación al uso del condón de una manera asertiva, asimismo se refiere al hecho de estar consciente del riesgo al que se expone con una conducta de alto riesgo, como es tener relaciones sexuales sin uso adecuado del condón; asimismo y como ya se había mencionado antes, al hecho no tener actitudes de rechazo ante una persona que vive con el virus incluso no solo a convivir sino vivir como portador del mismo.

En el caso de las mujeres el hecho de que demuestren mayor interés en el tema del uso del condón al momento de tener una relación sexo-genital es debido a los motivos mencionados en páginas anteriores, sin embargo en el caso de los hombres el compromiso no es tan fuerte debido a que a pesar de que también existen motivos para usarlo es probable que debido a la personalidad del hombre mexicano no le de la importancia que esto requiere pues vive con el pensamiento de que " a mí nunca me va a pasar" ,el no sentirse afectado por este grave problema de salud como es el SIDA y la falta de cultura de prevención.

4.9.2 Propuesta

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado se puede hablar de las redes como una especie de promoción tocando los siguientes puntos:

En cuanto al uso del condón como método preventivo; la promoción de uso de condones y el aumento del uso de estos principalmente en adolescentes y jóvenes se requiere instrumentar medios de acción innovadores para llegar a ellos, mostrar mas los beneficios de su uso buscando un ambiente favorable en la aceptación de la información, ideando su promoción para diferentes públicos y necesidades de ésta. Las ferias de salud sexual son un medio básico para darlos a conocer o simplemente para especificar aspectos básicos de su uso.

Otro punto importante que va ligado al anterior regularmente en este tipo de eventos se debe aprovechar la oportunidad y no solo ofrecerlos a bajo costo sino mostrar las oportunidades de disfrutar nuestra sexualidad sin el temor de una infección como la provocada por el VIH. De esta manera se podrían vencer los obstáculos y prejuicios que dificultan su aceptación y uso viéndolo de una manera más natural, saludable, básica y hasta erótica para de esta manera llevar una vida sexual más sana.

Recordar que no solo basta proporcionar la información necesaria sobre los condones y su uso además de ofrecerlos por todos los lugares posibles, si antes no se toman en cuenta todos los factores que facilitan o dificultan su promoción en México y el mundo.

Los siguientes puntos son básicos para considerar cualquier vía de acción:

- Fomento de la conciencia del uso de condones, promoción del uso del condón en usuarios potenciales del condón, con información sobre el tema de condón como método preventivo de ITS.
- Eliminación de barreras, es fundamental conocer las barreras y mitos existentes sobre el condón para ser tomados en cuenta y seleccionar

estrategias adecuadas para llegar a ellos. Tomando en cuenta que estas barreras pueden ser psicológicas, sociales y estructurales.

- Mejoramiento de la disponibilidad de los condones.
- Algunos mecanismos podrían ser por ejemplo: la disminución del precio no así de su calidad, su disponibilidad, promoción, distribución y obviamente su producción; así como desarrollar servicios de apoyo como son las ferias de la salud y sexualidad que se llevan a cabo en instituciones educativas y asociaciones que luchan contra el VIH y promuevan las medidas de prevención.
- Por último campañas de apoyo e información básica en sexualidad y métodos de prevención y el uso de estos.
- Éstas podrían ser llevadas a cabo en talleres dentro de escuelas, stands de información en plazas comerciales y puntos específicos de reunión.

Además de lo anteriormente mencionado, sin alejarnos del punto específico de esta investigación que es la percepción de riesgo de riesgo de infección por VIH, hay que tomar en cuenta que el condón, utilizado de manera correcta y sistemática constituye la mejor y medida preventiva de que se dispone para prevenir tanto embarazos como ITS incluyendo la infección por VIH y el SIDA.

Básicamente recordar y apuntalar bien que la educación sexual como estrategia de prevención de ITS así como de embarazos no deseados, es fundamental. Haciendo reseña de tiempos anteriores donde la educación sexual se limitaba al aspecto reproductivo y a inspirar rechazo y miedo a la actividad sexual; es necesario proponer e instrumentar programas de educación sexual que promuevan una sexualidad más sana y responsable tratando de desvanecer los tabúes y mitos por lo que se riegan entre los adolescentes y jóvenes, en donde el uso del condón sea parte integral del disfrute responsable de sus actos.

Si bien se argumenta que la educación sexual y la promoción del condón inducen a las relaciones sexuales tempranas y a mayor número de parejas sexuales, los datos obtenidos en investigaciones demuestran lo contrario: cuando hay una adecuada educación sexual el inicio de las relaciones se retarda y cuando sucede es con todas las medidas preventivas requeridas. Lo que demuestra mayor responsabilidad.

Citando a Magic Jonson en su libro *Tú Puedes evitarlo: "Si no tienes la madurez para comprar un condón, es decir si te da pena, no tienes la madurez para tu relación sexual"*; esta frase trae consigo implícitas muchas situaciones relacionadas con la falta de información.³³⁷

A pesar de la resistencia de diversos sectores de la sociedad ante la promoción del condón, es necesario llevarla a cabo, pues se trata de un asunto de vida o muerte. El uso del condón es un método de prevención de infecciones sexualmente transmisibles y no un método para aumentar la sensibilidad sexual y el erotismo, por lo cual la sensación nunca será la misma, sin embargo lo anterior puede utilizarse como método para convencer de su uso. Es necesario aprender "*sentir con el condón*", para evitar la idea de que en uso interfiere y enfría a la relación sexual.

Una buena educación sobre el SIDA abarca desde la prevención, la asistencia, el apoyo a las personas con el VIH/SIDA y principalmente la no discriminación. Se considera que una educación de este tipo como ya vimos en párrafos anteriores aplaza las relaciones sexuales y al iniciarlas ayuda a evitar comportamientos de riesgo. NO obstante es frecuente que las escuelas se nieguen a promover este tipo de información básica y necesaria entre los niños, jóvenes y adultos por los siguientes motivos:

³³⁷ Del Río, Chiriboga, Carlos, Uribe, Zúñiga, Patricia, Ensayo: Prevención de enfermedades de transmisión sexual mediante el uso del condón, p. 515

1. el tema es demasiado delicado o controvertido para ser enseñado.
2. es difícil encontrar un espacio dentro de los programas escolares tan "saturados".
3. en algunos países solo se le da una cobertura parcial a estos temas o se limita a grupos de edad específicos.

Tocando la primer cuestión y como se ha venido haciendo notar, se puede ver que en la gran mayoría de las sociedades a las personas responsables de la educación de los niños y futuros jóvenes, les resulta incomoda su posición en cuanto a proveerlos de información pertinente acerca del VIH y SIDA así como de las prácticas de alto riesgo y los métodos de prevención. Ya que con todo esto, existe la posibilidad de que se piense que se fomenten las prácticas prematuras, situación hacia la que no va encaminado esta investigación.

Por otro lado; y para abordar el siguiente punto muchas veces se encuentra que hay mucha competencia en cuanto a la gran cantidad de temas que pudieran ocupar un lugar dentro de la currícula, aunque supuestamente se obvia la existencia de educación de salud sexual dentro de una institución educativa, ésta generalmente no se cumple.

Aunado a esto encontramos que en los países en donde se implementa este tipo de información la cobertura resulta incompleta por diversos motivos uno de los más importantes es que se carezca de política en materia de educación acerca del SIDA, o que se prohíba específicamente tocar este tipo de temas aun cuando se encuentre favorable la educación en este rubro, pero que resulte vaga o no cumpla con las especificaciones adecuadas, para estos temas. Simplemente la información se otorga pero no se aterriza en un conocimiento práctico, es muy común que se escuden las instituciones en argumentar que se dan los aspectos básicos de la sexualidad en cuanto a situaciones

biológicas y médicas, sin embargo no se tocan aspectos reales y cotidianos con los que seguramente se encontrarán los jóvenes.

Los programas relacionados con el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) ofrecen una oportunidad para fortalecer y acelerar las actividades actuales de fomento de la salud en las escuelas. La enseñanza tendiente a prevenir el VIH y las ITS debería formar aparté de la educación sobre la salud reproductiva, la preparación para la vida, la orientación sobre el consumo de alcohol u otras sustancias y otros temas sanitarios e importantes. Además, deberían incluirse en otros sectores temáticos, según proceda, y establecerse en las políticas oficiales.

Por último, habría que reforzar mediante prácticas escolares destinadas a promover la autoestima, el cuidado de la propia persona, el respeto, la toma de decisiones, la autoeficacia y las condiciones que favorezcan un desarrollo sano de los estudiantes y del personal. Esto se consigue, entre otras cosas, por medio de la elaboración de material, la formación del profesorado, la supervisión y la participación de los padres y la comunidad.

Para que los jóvenes adopten pautas de comportamiento saludables y responsables ya su vez eviten la infección, no basta con que aprendan los aspectos biomédicos de salud sexual y reproductiva. Igualmente importante es que aprendan a hacer frente a las cada vez más complejas relaciones, en particular a las personas de otro sexo o del mismo propio y las situaciones de conflicto; a adoptar prácticas sin riesgo y a relacionarse con el creciente número de personas que viven con el VIH o el SIDA

Sería importante que en las escuelas -desde la primaria- se lleven a cabo diversas actividades para que los alumnos cuenten con información acerca de la sexualidad, métodos de control y prevención de infecciones de transmisión sexual, dependiendo de la edad de cada uno de los alumnos. Adicional a esto se debería de contar con personal

capacitado en el área para poder llevar a cabo diversas actividades y así obtener el logro de estos conocimientos.

La participación de los psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, personal de salud, entre otros será de vital importancia en esta área ya que poseen el perfil deseado y las técnicas que optimizaran la transmisión y retención del conocimiento de la mejor manera.

Vale la pena mencionar a manera de conclusión que es muy importante aprovechar e invertir en los jóvenes en materia de prevención para así mantener bajo control a la epidemia del VIH y promover más el uso de métodos preventivos principalmente el CONDÓN; las herramientas se han mencionado y están al alcance de todos, interviniendo de manera preventiva en la comunidad, instituciones educativas que se complementen con el apoyo de instituciones especializadas en el apoyo y fomento de métodos preventivos, así como medios de información masiva.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

AGENDA COLOMBIA, Fundación, VIH/SIDA y desarrollo: impacto económico. Contribución de las ciencias sociales y la cultura para detener la pandemia en Colombia y América Latina. Bogota, Ed. Fundación Agenda Colombia, 2004,398 p.

ALONSO GARCÍA, J.; ALONSO GARCÍA, A.; BALMORI MARTÍNEZ, A.; CARVALHO TAVARES, J.; Psicología para Bachillerato. Madrid, Grupo GAPPA, Mc GRAN-Hill, 1997,150 p.

Antología varios autores, Medición en ciencias sociales. México, UNAM. 2000,147 p.

APOYO A LA MUJER, A.C.,Guía practica de mercadeo Social, El encanto irresistible ... del condón. México, Ed. Brigada Callejera de "Elisa Martínez", 2001,250 p.

BABBIE, Earl, Fundamentos de la investigación social, México, Ed. Thomson, 1999,474 p.

BAYES, Ramón; VILLAMARIN, Francisco; OCHOA, Óscar, BLANCO GARCÍA, Yolanda, Orientación Educativa, México, Ed. Castillo, 1996, 150 p.

CASSUTO, Jean-Patrice, PESCE, Alain, QUARANTA, Jean-Francoise , SIDA, cómo se manifiesta, cómo prevenirlo, cómo tratarlo. Barcelona,1º edición, Ed. Paidos, 1987, 111 p.

COHEN, Jean, MASSE, Suzzanne, et.al., Enciclopedia de la vida sexual. España, Ed. Argos Vergara, 1999, 280 p.

COLEMAN, J., Psicología de la adolescencia.4º edición, Madrid, Ed. Morata, 1985, 291 p.

- DE LEÓN ROSALES PONCE, Samuel, DEL RÍO CHIRIBOGA, Carlos, et.al y el Comité de Aspectos Clínicos de CONASIDA, Guía para la atención medica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. México, Ed. OPS/OMS, 2004,100 p.
- DEUTSCH, Morton, KRAUSS, Robert. Teorías en psicología social. Barcelona, Ed. Paidos, 1980,213 p.
- ENCARTA, Enciclopedia, 2002
- FELDMAN, Robert, Psicología. México D.F. Mc Graw Hill, 1999, 646 p.
- FERNÁNDEZ, C., Antología de la sexualidad humana, Volumen 3, 1º reimpresión, México, Ed. Miguel Ángel Porrúa, 1998, 886 p.
- GIVAUDAN Martha, PICK Susan , Yo papa, yo mama : la forma responsable de educar y disfrutar con tus hijos e hijas. Ed. Ideame 250 p.
- GUEST, Emma, Los niños del sida: la crisis de los huérfanos de África. España,1º edición,1º impresión, Ed. Intermon, 224 p.
- HENRION, Roger, Las mujeres y el sida: la evolución del sida en España. Madrid, Ed. NOGUER, S.A., 208 p.
- HOWARD BARTLEY Samuel., Principios de la percepción, 3º edición, México Ed. Trillas, 1996, 581 p.
- IRWIN Alexander, MILLEN, Joyce y FALLOWS Dorothy, Sida global: verdades y mentiras, herramientas para luchar contra la pandemia del siglo. XXI. Barcelona, Ed. Paidos, 2005,336 p.
- JONES Edward E. y GERARD Harold B. Fundamentos de Psicología Social. México, Ed. Limusa, 1980, 756 p.
- JONES Edward E. y Harold B. Gerard., Fundamentos de psicología social, México, Ed. Limusa, 1980,756 p.
- LIAÑO, Hugo, Cerebro de Hombre, Cerebro de mujer, España, Ed. B grupo zeta, 1998, 305 p.

MAGGI, YAÑEZ, Rolando, Emilio, Desarrollo Humano y calidad. México, Ed. Limusa, 2000,224 p.

MANN, Leonard, Elementos de psicología social. Ed. Noriega-Limusa, 1997, 340 p.

MATLIN, Margaret W., y FOLEY, Hugh J., Sensación y Percepción. México, Prentice Hall, 1999, 554 p.

MONROY, Anameli, Salud, Sexualidad y adolescencia, México, Ed. Pax, 1990, 302 p.

MORALES, Maria Luisa, Psicometría aplicada. 2º edición, 6º reimpresión, México, Ed. Trillas, 2002,254 p.

NOVALES CASTRO, X., et al, Orientación educativa, México, Ed. Patria, 1995,218 p.

PÁEZ, Darío, SAN JUAN, C, ROMO, I, VERGARA, A., Sida: Imagen y prevención, España, Editorial Fundamentos, 1991, 344 p.

PAPALIA, Diane, Psicología. México, McGraw-Hill, 1987,762 p.

PICK, Susan, LÓPEZ, Ana Luisa Como investigar en ciencias sociales, México, Ed. Trillas, 2000,160 p.

REYES LAGUNES, Isabel, "La Psicología Social en México."Actitudes hacia el SIDA en jóvenes universitarios" 3 Amepso 322 p.

RICHARDSON, Diane, La mujer y el sida. Ed. Manual Moderno, 1990,152 p.

RONALD FORGUS, Howard, MELAMED, Lawrence, E. Percepción proceso básico en el desarrollo cognoscitivo. México, Ed. Trillas, 1980,460 p.

SAMPIERI, Roberto, Metodología de la Investigación, México, Ed. McGraw Hill, 2000,504 p.

SEPÚLVEDA José, et.al. , Ciencia y sociedad en México, p. 110

USDIN, Shereen, VIH/SIDA España, Ed. Intermon, 2004,175 p.

KAHNEMAN, Daniel, TAVERSKY, Amos, Probabilidad Subjetiva A Subjective probability: A judgment of representativeness." *Cognitive Psychology* , 1990, 3:430-54

REVISTAS

BERLIN HINGSON, Strunin, et.al, Beliefs about AIDS, use alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents American Journal of Public Health, 80.

VILLAGRAN VÁZQUEZ, Gerardo y DÍAZ LOVING Rolando, Conocimientos sobre SIDA, practicas sexuales actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios, 1992, Revista Mexicana de psicología, 9.

DÍAZ LOVING, Rolando, et al., Conocimientos, actitudes, creencias y practicas sexuales relacionadas con el sida en estudiantes universitarios,1992,Investigaciones e innovaciones docentes en psicología, Revista Mexicana de Psicología,1,9

DÍAZ LOVING, Rolando, et.al; "Patrones de Conducta Sexual, Autopercepción de Riesgo y uso del Condón en estudiantes." Revista de psicología Social y Personalidad. Vol. 8 No.1 y 2

DÍAZ LOVING, Rolando, RIVERA ARAGÓN, S., "Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios." Investigación Psicológica, Vol.2 (1) 27-38

VILLAGRAN VÁZQUEZ, Gerardo, et.al. Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes, Revista Mexicana de Psicología,11.

HERNÁNDEZ ROBLEDO, Alba M^a., BONILLA MUÑOZ, Martha P., (1999) Conocimientos y actitudes hacia el SIDA en adolescentes. Revista Psicología Contemporánea. Vol. 6(2), México DF

PRECIADO, José, y MONTESINOS, Luís, Desafíos para la psicología, en la prevención del SIDA. Revista latinoamericana de psicología 24.

SIMON, Edward, "Promiscuity and sex difference", Revista, National Geographic Science. 150 p.

SOTO RAMÍREZ, Luís, Enrique, (2001) revista muy interesante, México, DF.

STOVER J, BRAVO M., El efecto del SIDA en conocimiento y actitudes acerca del preservativo como método de planificación familiar en ciudades mexicanas. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar 1991 (número especial): 20-23.

ENSAYOS

DEL RÍO, CHIRIBOGA, Carlos, URIBE ZÚÑIGA, Patricia, Ensayo: Prevención de enfermedades de transmisión sexual mediante el uso del condón, UNAM, Facultad de Psicología

ARTÍCULOS

DÍAZ LOVING, Rolando, Villagran Vázquez, Gerardo, "Conocimientos, Actitudes, Creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios", Investigaciones Docentes Facultad de Psicología, UNAM.

FLORES, GALAZ, Mirta M., DÍAZ-LOVING, Rolando. "Asertividad en la Cultura Mexicana." en Díaz-Guerrero, R. y A. Pacheco (eds.). Etnopsicología: Scientia Nova. Ciencia y comunidad, Servicios profesionales y Científicos. San Juan, Puerto Rico, 1994, 450 p.

HEATON, R. K., (1990) Introduction to the especial series on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) Journal of Consulting and Clinic Psychology, USA.

JOHNSON, Benjamin Risk and culture. Journal of cross-cultural psychology p. 201, traduc. Hope Marie Aune

MCDONALD, Gerard, et.al. , AIDS care "Complacency, risk perception and the problem of HIV education." Revista AIDS Enero-Marzo, Vol.4, No.4.

MICHER CAMARENA, Juan Manuel, Silva Bustillos, Jarumy Sayury, (1997) Artículo original: Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS) Revista SIDA-ETS, agosto-octubre, Vol.3, No.3.

Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, Baltimore, EE.UU. Serie H, Numero 8, Temas sobre salud mundial

Population Reports, 2001, volumen 27, No. 1, Baltimore, EE.UU. Serie H, Número 9 Temas sobre salud mundial

Population Reports, 2001, volumen 29, No. 3, Baltimore, EE.UU. Serie L, Número 12 Temas sobre salud mundial

PROHASKA Thomas, et.al. , "Determinants of Self –perceived Risk of AIDS." Journal of Health on Social Behaviour, traduc. Hope Marie Aune

ROMERO KEITH, José, "Nuevos escenarios de acción política", Gestión social y VIH/ SIDA PNUD, COESIDA, No. 18, Vol. 6, Mundo Prensa S.A. de C.V. Naciones Unidas.

RONALD FRITZ, Carey, PhD, WILLIAM A, HERMAN, Bsee, et al, (1992) Effectiveness of latex condoms as a barrier to human immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use, USA. 2000.

STRUNNIN, Leo, Kingston, Richard, Pediatrics. "Sida y adolescentes: Conocimientos, creencias, actitudes y conductas" 23 (5)

WILSON, Daniel, GREENSPAN, R, The Journal of Social Psychology "Psychological Predictors of HIV-Preventive Behaviour Among Zimbabwean Students", 1991, 131(2): 293-5.

Zozaya, Manuel, (1997) A tiempo amar y protegerse a tiempo: la prevención en los adolescentes, Entrevista con Rolando Díaz Loving, Letra S, 6 de noviembre, México DF.

TESIS

ALFARO, MARTÍNEZ, Bertha, Lilia, El modelo de acción razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio de VIH, (1995), Tesis maestría en psicología social, UNAM, 108 p.

CHESTER y cols., en: Martha, Lorena, Ramírez, Piñón, Percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios, Tesis facultad de psicología, UNAM, 87 p.

COLÍN BASILIO, Claudia, Estrategias de enfrentamiento que utilizan los estudiantes universitarios de C.U. y no estudiantes, hombres y mujeres con percepción y autopercepción de riesgo de contagio de VIH. (2001), Tesis de la Facultad de Psicología, UNAM, 163 p.

GÓMEZ VERGARA, María Elena, et.al., (1994), Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condón: percepción de riesgo. Tesis Licenciatura en Psicología, UNAM, 70 p.

HOPPENSTEDT, CASTANEDO, Victoria, (2000), La actitud hacia el sida: Información, prevención y sexualidad en los estudiantes de la Universidad Iberoamericana, Tesis licenciatura en psicología, UIA, 150 p.

KRECH y cols. , en: RAMÍREZ PIÑÓN Martha Lorena, Percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios, Tesis facultad de psicología, UNAM, 87 p.

LICEA, citado en: MALDONADO MEJÍA, Humberto, A., Percepción de Riesgo de Contagio y Conductas de Alto Riesgo en Adultos Jóvenes, Tesis de la facultad de psicología, UNAM.

LÓPEZ BECERRA Claudia, (1999), Estilos de enfrentamiento y percepción de riesgo hacia el SIDA en adolescentes, Tesis maestría en psicología social, UNAM., 184 p.

MEJIA, MALDONADO, Hilda Araceli, (1995) SIDA: Percepción de riesgo de contagio. (1995), Tesis de la Facultad de Psicología, UNAM, 127 p.

RAMÍREZ PIÑÓN, Luís Manuel, Percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios. Tesis de la facultad de psicología, UNAM, 120 p.

SIMÓN, cit. por BERL, LEWIS Y MORRISON, cit. en: LÓPEZ BECERRA, Claudia, Estilos de enfrentamiento y percepción de riesgo en adolescentes. Tesis de la facultad de Psicología, UNAM.

TORRES MALDONADO, Karina, Beatriz, ALFARO MARTÍNEZ, Lilia, DÍAZ LOVING Rolando, La atribución del origen del SIDA, percepción del riesgo y respuestas emocionales ante el contagio del VIH. Tesis Licenciatura Facultad de Psicología, UNAM.

VALDESPINO, et.al citado en: RAMÍREZ PIÑÓN M. L., Percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios. Tesis de la facultad de Psicología, UNAM.

VILLAGRAN VÁZQUEZ, Gerardo, citado en: Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso de condón Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.

INTERNET

COMPLACENCY+RISK+PERCEPTION+PROBLEM+OF+HIV+EDUCATION:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=2083263&dopt=Abstract

CONDÓN: <http://www.terra.com.pe/sexualud/consultas/diccionario/c.shtml> ,2 de junio de 2003.

DISONANCIA COGNITIVA:

http://www.loshornoslp.com.ar/capacitacion/mi_libro/tema15.htm , 23 de julio de 2003

ESTADÍSTICA + SIDA: CENSIDA, 1988, Boletín Mensual Nov/Dic 8

ESTADÍSTICAS +SIDA + MÉXICO:

<http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadis.htm> ,1 de junio de 2003.

RIESGO: <http://ambiental.uaslp.mx/foroslp/cd/M-Batllori-030508.pdf>.

INVESTIGACIONES CONDÓN + SIDA: <http://www.notimex.com.mx/>

INVESTIGACIONES CONDÓN + SIDA: <http://www.cnienlinea.com.mx/>

INVESTIGACIONES+SIDA

<http://www.cimacnoticias.com/noticias/03may/03050905.html>

INVESTIGACIONES+SIDA

<http://www.cimacnoticias.com/noticias/03may/03050905.html>

JÓVENES+CONDÓN: <http://www.jornada.unam.mx/1998/12/06/ls-texto1.html>, Letra S. en La jornada, 3 de diciembre de 1998.

SIDA + JÓVENES: CENSIDA, 1989 <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>

SIDA + JÓVENES: <http://aids-sida.org> publicado en El sol de México el 1 de junio de 2001.

SIDA + JÓVENES: <http://www.mediweb.com.mx> , 1 de junio de 2003.

SIDA + JÓVENES:<http://www.undp.org/dpa/spanish/publicaciones/vihSida.htm> 1º de junio de 2003

SIDA:

<http://www.comoves.unam.mx/articulos/sida.html>, DUHNE BACKHAUSS, Martha, 8 de agosto de 2003

SIDA: <http://www.tnrelaciones.com/anexo/diccionario/iq.html> 2 de junio de 2003

SIDA+CONDÓN: http://www.ginecologomx.com/planificacion_familiar/condon.html

SIDA+JÓVENES: <http://www.aids-sida.org> publicado en el Excelsior el 14 de junio de 2001.

SIDA+JÓVENES: <http://www.jornada.unam.mx/1998/dic98/981206/ls-texto2.htm> 1º de junio de 2003

SIDA+JÓVENES: <http://www.unicef.org/voy/spanish/index.php>

VIH+SIDA: <http://www.aids-sida.org/consultorio.html> Responde el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades - CDC por sus siglas en inglés

VIH+SIDA: http://www.veavea.com/medicina_7.asp?edition=1781

VIH+SIDA: Valenzuela, Eduardo. (Los Trapos), <http://www.vihsida.cl/>

ANEXOS

ANEXO 1

Concepto y tipos de validez

Todo instrumento de medición debe ser sustentado por una validez para que los datos que arroje la investigación sean confiables y fidedignos.

La validez habla de la capacidad del instrumento para medir lo que se pretende medir; es decir que es válido. Por ejemplo, si se construyó para medir inteligencia, y la mide es válido; si se elaboró con el fin de medir actitudes y las mide, es válido también. Pese a la sencillez de su definición, alcanzarla es sumamente difícil, ya que existen diferentes tipos de validez y se debe buscar la forma de validar el instrumento lo cual dependerá de la forma en que fue construido y el objetivo que persigue la investigación.³³⁵

Existen diferentes formas de poder hacer válido un instrumento, puesto que existen diversos tipos de validez, sin embargo, solo se abordará los tipos de validez en que se sustenta el instrumento, en este caso son la validez de **contenido** y de **construcción**, las cuales se sustentan en comprobar si los reactivos utilizados en el instrumento están realmente midiendo las actitudes y conocimiento de los jóvenes en relación al tema del virus de inmunodeficiencia humana, además de saber qué papel juegan los mitos y creencias en la vida sexual del universitario.

Uno de los procedimientos para determinar si es válido se conoce como acuerdo interjueces (jueces). Los jueces se emplean para determinar qué tan de acuerdo están en que el contenido, es decir o reactivos, afirmaciones o preguntas del instrumento miden lo que

³³⁵ UNAM, Medición en ciencias sociales, p. 127

pretenden medir; estos son de dos tipos: expertos o jueces especialmente entrenados para llevar a cabo los juicios. Incluyendo además cálculos estadísticos para así determinar si el grado de acuerdo alcanzado se debe a que efectivamente hay acuerdo entre ellos o si se debe a un efecto aleatorio. Este acuerdo entre jueces puede ser de dos tipos: el que se obtiene por medio de juicios dicotómicos, y el que se obtiene por medio de juicios graduados, para efectos de esta investigación fue necesario únicamente revisar el primero de estos dos.³³⁶

Los juicios dicotómicos son empleados para establecer la validez de contenido de un instrumento, *se busca un pequeño grupo de jueces "expertos en el tema", a quienes se les muestran los reactivos de la prueba, y se les pide que digan para cada uno de ellos si pertenecen o no al universo de contenido de la variable que se pretende medir.*³³⁷

También este instrumento fue validado por construcción ya que se comparó cada reactivo con el marco teórico de manera que cada uno de ellos tuviera un sustento teórico ya que de otra forma no podría ser válido y fue sometido a un acuerdo interjueces por juicios dicotómicos como se menciono previamente.

Para poder validar el instrumento primeramente se realizó un análisis de discriminación para cada uno de los reactivos con la finalidad de ir eliminando reactivos los que fueran sugeridos, iguales o similares, para después pasar por los siguientes filtros de eliminación con los expertos en el área.

A continuación se presenta la norma de calificación en la que se basó la aplicación de este instrumento a los jóvenes.

³³⁶ Idem

³³⁷ Ibid , p. 128

Después se revisa la validez de cada uno de los reactivos dividiéndolos por área y basándonos en el marco teórico.

El área de conocimiento está conformada por los reactivos 1 al 5, 7 al 21, 23, 32 al 35 y 52.

Ahora veremos los reactivos y la fuente de información que los sustenta; los siguientes reactivos fueron construidos basándose en información publicada de la Dra. en psicología y educadora sexual Anameli Monroy Velasco.

La Dra. Anameli Monroy menciona como parte de los conocimientos básicos de los jóvenes, incluso desde la adolescencia que se deben conocer las enfermedades sexualmente transmisibles (infecciones de transmisión sexual) así como su tratamiento y prevención.³³⁸

El **reactivo 1** menciona al respecto lo siguiente – *La sífilis y la gonorrea continúan siendo las más frecuentes a nivel mundial y en nuestro país.-*; con relación al VIH y SIDA los **reactivos 7, 11, 12 y 13** mencionan *-el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad que afecta el sistema inmunológico (defensas del organismo) de los individuos, provocando baja resistencia para combatir diferentes procesos infecciosos-.*³³⁹

El **reactivo 32** menciona lo siguiente: *"La causa del SIDA es el Virus de Inmunodeficiencia Humana y su transmisión es mayormente por vía sexual."* Los **reactivos 9, 20 y 52**; *Grupos denominados de riesgo: "Personas que hayan recibido transfusiones de sangre o sus*

³³⁸ Anameli, Monroy, Salud, sexualidad y adolescencia, p.127.

³³⁹ Ibid, p.130.

derivados, contaminados con este virus." "Parejas sexuales o hijos de personas pertenecientes a alguno de los grupos previos".³⁴⁰

La información deseable para responder a los **reactivos 4 y 8** acerca del condón masculino se explica básicamente en cuanto a su funcionalidad, "*El condón es un cubierta de saco elástico que se coloca sobre el pene erecto antes del acto sexual para retener el semen eyaculado.*"; y forma de uso correcta como su nivel de seguridad así ante situaciones principalmente de embarazo "*utilizado de manera correcta y consistente, le efectividad del condón es alta...*"³⁴¹

Los **reactivos 2 y 3** se sustentan con la siguiente información -El condón se ha convertido en uno de los principales métodos para prevenir la transmisión sexual del virus de inmunodeficiencia humana.-y *–en un estudio de la Food and Drug Administration (FDA), se probaron 89 condones de látex en un sistema diseñado para medir el paso de las partículas virales en condiciones similares a las que suceden durante una relación sexual; concluyeron que el condón disminuye significativamente el riesgo de la transmisión del VIH, aun que no lo elimina completamente.-.*³⁴²

Al hablar de condones cabe mencionar el condón femenino, esta información fue utilizada para construir el **reactivo 5**, "*...actualmente existen por los menos tres diseños de condón femenino: uno de plástico (Reality, bolsa vaginal. Wisconsin Pharmacal) y dos de latex (Women's choice condom, MD Engineering; y Bikini, Ready Health Care)*"³⁴³

³⁴⁰ Ibid, pp.132-133.

³⁴¹ Ibid, pp. 154-155.

³⁴² Del Río, Chiriboga, Carlos, Uribe, Zúñiga, Patricia, Ensayo: Prevención de enfermedades de transmisión sexual mediante el uso del condón. p. 511.

³⁴³ Ibid, p. 513

Los reactivos 10,14 y 18 se construyeron con la siguiente información, "*El termino sexo seguro... No existe penetración ni intercambio de secreciones sexuales (semen, líquido pre-eyaculatorio, secreciones vaginales).*"; también encontró lo siguiente "*Son portadores del VIH los humores corporales. De estos, los más importantes son el semen, la sangre, la leche de la mujer y el fluido vaginal.*" esta información fue obtenida de la Secretaria de Salud y la biblioteca de CONASIDA y reportes internacionales sobre VIH/SIDA.³⁴⁴

Los reactivos 15, 21 y 23 fueron construidos con ayuda de la Guía para la atención de pacientes con infección por VIH/SIDA que ofrece información acerca de el periodo de ventana y cuando se considera el momento ideal para hacerse la prueba de detección "*...la posibilidad de riesgo varía dependiendo de la práctica de riesgo. Si el paciente tiene alguno de estos antecedentes se deberá investigar la posibilidad de infección y se justifica solicitar la prueba de detección del VIH en sangre.*"; asimismo se encontró información para sustentar el reactivo 17 acerca del riesgo de practicar el sexo anal sin protección "*... y evite prácticas sexuales como el coito anal que puede dañar la mucosa del recto y pene, causando heridas que ponen en contacto sangre con sangre o semen con sangre.*"³⁴⁵

En el manejo del paciente con una probable infección de transmisión sexual, el reactivo 33 se apoya en el siguiente texto: "*No está por demás mencionar que el principal riesgo que se corre al ver a un paciente, es no reconocer que éste pueda tener un comportamiento sexual que lo ponga en riesgo de una probable ITS.*" además tomando en cuenta que "*se ha encontrado una fuerte relación entre las ITS convencionales y el VIH, es decir; que es mas probable que una persona que presenta otras ITS sea más propensa a la transmisión del VIH, y a un cambio en la historia natural y la respuesta al tratamiento de las ITS en presencia de infecciones por VIH.*"- el reactivo 34 se formuló con lo siguiente; se conoce que "*Además del*

³⁴⁴ Population Reports, 1999, volumen 27, No. 1, p.6, Baltimore, EE.UU.

³⁴⁵ Samuel, Ponce de León, Rosales y Carlos, Ríos Chiriboga, Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales, pp.11.

VIH, pueden transmitirse unas 25 infecciones a través del contacto sexual, estas infecciones comparten numerosas características con el VIH/SIDA." por lo tanto "El riesgo de infección por VIH es generalmente más alto para las personas que tienen ITS." Estos reactivos fueron construidos en base a la información publicada por los miembros del comité de aspectos clínicos de CONASIDA y reportes internacionales sobre el VIH/SIDA.^{346, 347}

El **reactivo 19** se apoya en la siguiente información *"El diagnóstico de la infección por VIH se basa en pruebas que detectan anticuerpos contra el VIH."* además se debe tomar en cuenta que, *"se considerara como persona infectada por el VIH o seropositiva a aquella que presente: dos resultados positivos de prueba e tamizaje de anticuerpos (ELISA) y prueba suplementaria (Wb) positiva, dos resultados positivos de pruebas de tamizaje de anticuerpos en un paciente con cuadro clínico sugestivo de infección por VIH, en esta ocasión no es necesario confirmar con Wb, o alguna prueba suplementaria positiva que determine la presencia del virus o de algún componente del mismo (cultivo de virus, determinación de antígeno , reacción de la polimerasa en cadena(PCR))."*³⁴⁸

El **reactivo 20** se construyó con la siguiente información acerca de madres seropositivas; *"...se estima que un tercio de la transmisión de VIH de la madre al hijo se produce a través del amamantamiento."- sin embargo- "...los medicamentos antivirales reducen la cantidad de VIH en el organismo...y pueden reducir la probabilidad de que las madres infectadas por VIH lo transmitan a sus hijos."*³⁴⁹

³⁴⁶Ibid, pp.73, 75-76.

³⁴⁷ Population Reports, 1999, volumen 27, No. 1, p.6, Baltimore, EE.UU.

³⁴⁸ Samuel, Ponce de León, Rosales y Carlos, Ríos Chiriboga, Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales, p.11.

³⁴⁹ Population Reports, 1999, volumen 27, No. 1, p.6, Baltimore, EE.UU.

El **reactivo 16** se apoya en información que habla acerca de los medios de transmisión, "*Antecedentes relacionados con la transmisión sanguínea: Transplante de órganos o inseminación artificial*".³⁵⁰

El *área de mitos y creencias* está conformada por los reactivos 22, 24 al 31, 36 al 45, 48, 51, 53, 55 y 56.

Los **reactivos 24 al 28**, fueron elaborados con la información contenida en los siguientes párrafos, "*Como usar mejor los condones- la lubricación vaginal insuficiente puede contribuir a la rotura de los condones- el uso de condones lubricados o lubricantes apropiados con los condones puede ayudar a reducir las roturas. Cabe notar que los lubricantes usados con los condones de látex no deben contener aceite. Los aceites minerales o vegetales del lubricante pueden aumentar considerablemente el riesgo de rotura porque luego de cinco minutos o menos el látex se afloja. Estos aceites se encuentran en productos comunes como el petrolato, lociones para la piel y aceites de cocina y bebé.-. Además "-La rotura es un hecho infrecuente y se debe al uso de lubricantes a base de aceite, exposición al sol, calor, humedad, rasguños con los dientes o uñas, espacio insuficiente para el semen, aire en su interior, desenrollarlo antes de ponérselo, almacenamiento indebido, reutilización, no desenrollarlo completamente y falta de experiencia*".^{351, 352}

La eficacia del condón para prevenir la infección fue la base para construir los **reactivos 36 y 38**; "*las pruebas de laboratorio muestran que ninguna ITS, incluido el VIH, puede penetrar a través de un condón intacto de látex, -...los condones proporcionan protección sumamente eficaz contra la infección por VIH si se usan correctamente en cada acto sexual.*"- "... inclusive

³⁵⁰ Samuel, Ponce de León, Rosales y Carlos, Ríos Chiriboga, Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales, p.9

³⁵¹ Population Reports, 1999, volumen 27, No. 1, p.15, Baltimore, EE.UU.

³⁵² Investigación por Internet: Eduardo Valenzuela. (Los Trapos), <http://www.vihsida.cl/paginas/029.html>

en los que se evaluó el uso de condones entre parejas homosexuales y heterosexuales mostró que el uso de condones protege contra el VIH."³⁵³

Cuando se busca información acerca del condón a pesar de estar disponible para la gran mayoría, pareciera que muchas veces se adquiere a medias. El **reactivo 53** se basó en la siguiente información, "*Experimenta y pruébalos hasta que encuentres uno que te quede cómodo. Ningún pene es demasiado grande o pequeño para un preservativo.*" –"*...de diferentes tamaños y grosores; ajustables, para diferentes tamaños de penes, de colores, fosforescentes, etc.*"³⁵⁴

Dentro de las falacias del SIDA se encontró la siguiente información que ayudó a elaborar el **reactivo 39** "*...que se transmite por asientos de excusados, baños, lavabos o perillas, por saludar dar la mano o por otro tipo de contacto físico no sexual, por el piquete de un mosquito que haya picado a una persona infectada y después a ti.*"³⁵⁵

El **reactivo 40**, se construyó entre otras lecturas basándose en lo siguiente: "*Hoy en día elaborar una historia clínica es indispensable considerar la posibilidad de que cualquier persona esté infectada por el VIH, independientemente de su nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, apariencia física o el motivo de la consulta médica. Debido a que la gran mayoría de los pacientes infectados se encuentran asintomáticos...*"³⁵⁶

³⁵³ Ibid, p.13-14.

³⁵⁴Samuel, Ponce de León, Rosales y Carlos, Ríos Chiriboga, Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales, p.19

³⁵⁵ Anameli, Monroy, Salud, sexualidad y adolescencia, pp.133-134.

³⁵⁶ Samuel, Ponce de León, Rosales y Carlos, Ríos Chiriboga, Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales, p. 9.

Todos los condones presentan la información pertinente sobre su uso y si son seguros basándose en la fecha de elaboración, con esta información se construyó el **reactivo 43** *"Controla la fecha de vencimiento. No debes comprar ni usar preservativos vencidos. Algunos paquetes traen las palabras "DATE MFG", esto indica la fecha de fabricación, NO es la fecha de vencimiento"*.³⁵⁷

En relación al **reactivo 42** se encontró lo siguiente: *"si bien una ETS puede contraerse en cualquier momento, en realidad, la mayoría de las veces que se expone una persona, ésta no contrae la infección."* *"...la probabilidad varía desde menos de 1.000 hasta 10, según transmisión de hombre a mujer, de mujer a hombre, o de hombre a hombre y dependiendo de que la persona expuesta tenga o no úlceras genitales."*³⁵⁸

La siguiente información apoya los **reactivos 41,45 y 55**, *"Los fabricantes de estos productos, han desarrollado una gran variedad de preservativos, actualmente puedes escoger entre algunos de los siguientes: con sabor, para el sexo oral; con protuberancias, para dar mayor placer y estímulo; muy delgados, para obtener mayor sensibilidad."* El uso del condón en las relaciones sexuales no debería afectar ni influir en su desarrollo. Las opiniones al respecto son muy variadas, algunos dicen que: *"Al ponerlo se pierde parcialmente la erección por la distracción y desconcentración, Se pierde sensibilidad y disminuye el placer sexual"*, sin embargo hay que agregar que efectivamente hay condones de sabor que a su vez sirven para penetración, pero esto debe especificarlo en el exterior del empaque.³⁵⁹

Los **reactivos 44 y 56** se crearon basándose en la siguiente información, *"Guardando los condones en un lugar seguro donde no estén expuestos al sol o a temperaturas elevadas."*

³⁵⁷ Investigación por Internet: Eduardo Valenzuela. (Los Trapos), <http://www.vihsida.cl/paginas/029.html>

³⁵⁸ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 3, p.11, Baltimore, EE.UU

³⁵⁹ Investigación por Internet: Eduardo Valenzuela. (Los Trapos), <http://www.vihsida.cl/paginas/029.html>

además también esos reactivos se construyeron comparando con la información de la Norma Oficial Mexicana NOM 016-SSA1-93, de los condones de látex, publicada en el Diario oficial entre otros artículos y así como un ensayo escrito por Carlos Ríos Chiriboga, director del CONASIDA, acerca del uso del condón para prevenir el sida.

Los reactivos 22, 29, 30, 37, 40, 48 y 51 se construyeron con base en conocimientos del autor previos y del presente durante su trabajo con instituciones dedicadas al trabajo y manejo con personas infectadas y además apoyándose en bibliografía que habla ampliamente del tema.

Esta información sustenta al reactivo 22, según reportes mundiales sobre VIH y uso de condón *"la protección de la salud pública exige que se use un condón nuevo cada vez que se necesite. Esta empresa es urgente e importante. Para llevarla a cabo habrá que intervenir en cuatro amplias áreas: 1) Promoviendo condones entre el público. 2) Informando y orientando a la gente para que use los condones en forma sistemática y correcta. 3) Poniendo los condones al alcance de TODOS a precios accesibles, y 4) Fabricando más condones a medida que aumente la demanda".*³⁶⁰

La elaboración del reactivo 29 se apoyó en la historia del virus de inmunodeficiencia humano para iniciar, y en las personas a las que se les denominó erróneamente como "grupo de riesgo"; y que hoy en día siguen siendo de las personas que se pueden infectar de este virus mas no las únicas, "...en otoño de 1981 algunos médicos de E.U. reconocieron la aparición de infecciones similares entre consumidores de drogas intravenosas con el habito de compartir jeringas, tanto en hombres y mujeres, y también hemofílicos;" después "en 1982 se

³⁶⁰ Population Reports, 1990, volumen 18, No. 8, p.1, Baltimore, EE.UU

identificaron homosexuales y bisexuales y prostitutas...desde la iglesia se gesto un criterio mas escueto y efectivo: el SIDA afecta a los amorales." ³⁶¹

El **reactivo 30** se construyó con base a la siguiente información *"A lo largo de los años se han dado diferentes enfoques a la educación sexual, que van desde el reproductivo hasta la educación basada en el rechazo y el miedo a la actividad sexual, tácticas muy utilizadas por distintos grupos conservadores de la sociedad; sin embargo, estas nunca han sido eficaces para disminuir las tasas de infecciones de transmisión sexual o los embarazos no deseados."*, *"El condón, utilizado de manera correcta y sistemática, constituye la única medida preventiva (aparte de la abstinencia y la fidelidad mutua) de que se dispone en la actualidad para evitar las ETS, incluyendo el SIDA."* ^{362, 363}

El **reactivo 37** aborda el tema referente al sexo oral dice: *"El sexo oral siempre ha sido considerado como una actividad de riesgo menor pero ciertamente no está libre de riesgo, se habla de que el riesgo de la transmisión por sexo oral (8%) en este estudio es mayor de los que muchos investigadores habían pensado o encontrado previamente en otros estudios."* a su vez, *"El riesgo de infectarse con el VIH a través de sexo oral desprotegido (sin el uso de condón) es menor que aquel del sexo anal o vaginal desprotegido. Sin embargo, aún una actividad de bajo riesgo puede llegar a ser una importante forma en que la gente puede infectarse si se hace con suficiente frecuencia."* ³⁶⁴

³⁶¹ D., Páez, C., San Juan, I., Romo, A., Vergara, SIDA, imagen y prevención, p. 11.

³⁶² Del Río, Chiriboga, Carlos, Uribe, Zúñiga, Patricia, Ensayo: Prevención de enfermedades de transmisión sexual mediante el uso del condón. p. 515

³⁶³ *ibid* p. 509.

³⁶⁴ Responde el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades - CDC por sus siglas en inglés: <http://www.aids-sida.org/consultorio.html>

El **reactivo 48** se apoya en lo siguiente: *"El SIDA es a todas luces, una enfermedad sexualmente trasmisibles, por lo que cualquier acción para prevenirla repercutirá en la prevención de otras ETS."*

Con relación al problema del hombre en cuanto a si el usar condón lo hace menos varonil se encontró lo siguiente, *"En el momento de estar en el cuarto, se deberá ocupar toda la capacidad de seducción para satisfacer plenamente a la pareja, confirmar su virilidad y demostrarle que el uso del condón no es solo para ofrecer seguridad sino que a su vez es un artículo o una herramienta que se pueden crear vínculos eróticos y efectivos cuando la pareja así lo decide."*³⁶⁵

El área de intenciones conductuales esta conformada por los **reactivos 6, 46, 47, 49, 50, 54 y 57 al 88** estos reactivos fueron tomados del trabajo de tesis de la UNAM realizado por la Maestra en psicología social Lilia Bertha Alfaro Martínez y posteriormente modificados para efectos de esta investigación. A continuación se presentará la norma de calificación utilizada para este instrumento.

³⁶⁵ Brigada Callejera de Apoyo a la mujer "Elisa Martínez", A.C. , Guía practica de mercadeo Social, El encanto irresistible ... del condón. pp.166-167.

ANEXO 2

Norma de calificación

Todo tipo de prueba de medición debe de tener una norma de calificación, para ésta se procedió a tomar en cuenta las investigaciones realizadas con relación al tema de VIH, percepción de riesgo y uso de condón, por lo que se tuvo que apoyar en el marco teórico de esta investigación y previamente se acudió a los expertos en el área al momento de hacer la validez de contenido.

Las puntuaciones para las afirmaciones favorables y desfavorables quedarán de la siguiente forma: la puntuación ira de 0 a 1; siendo 1 la mayor puntuación dada al reactivo y que se tomará como favorable y se encontrará marcada por una **X** y **0** la menor puntuación se tomará como desfavorable; las puntuaciones fueron asignadas según la información del marco teórico basándose en respuestas que se consideran favorables o desfavorables. (VER ANEXO)

ANEXO 3
INSTRUMENTO:
VIH-PERCEPCIÓN DE RIESGO-USO DE CONDÓN

Fecha: _____
 día / mes / año

Carrera:

Semestre:

Edad:

Administración:	Individual
Sexo: <input style="width: 100%;" type="text"/>	

El siguiente instrumento no se trata de un examen, la información que nos proporcionas es confidencial y anónima, utilizándose únicamente con fines de Investigación. No hay respuestas "buenas" ni "malas", lo que se pretende es conocer tu punto de vista. Por lo que para obtener la mayor información posible, debes responder de forma sincera.

INSTRUCCIONES:

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones. Es importante que solo contestes en los círculos que se encuentra debajo de cada una de ellas. **Marcando con una X la palabra** que refleje mejor tu opinión, no puedes marcar más de una opción, tampoco dejarla en blanco; trata de no rayar ni hacer anotaciones en el cuadernillo para evitar confusiones, no inicies hasta que el aplicador te lo indique.

CLAVE:

- CIERTO
- FALSO

EJEMPLO:

1. Los exámenes sorpresa son adecuados para fomentar el estudio en los jóvenes universitarios
 CIERTO FALSO

Aquí la respuesta se marco **FALSO**; es decir que **ES FALSO** que los exámenes sorpresa son adecuados para fomentar el estudio en los jóvenes universitarios.

Si la pregunta no es clara o no la entiendes pide ayuda al aplicador, este puede responder tus dudas.

Gracias

1. La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual
CIERTO FALSO
2. El condón de látex sirve como barrera para evitar la transmisión del VIH durante la relación sexual
CIERTO FALSO
3. Si uso condón en todas mis relaciones sexuales tengo 100% de seguridad de no contraer ninguna enfermedad por vía sexual
CIERTO FALSO
4. El condón se debe colocar sobre el glande del pené erecto y desenrollarse hasta llegar al vello púbico
CIERTO FALSO
5. Conozco el condón femenino
CIERTO FALSO
6. Exijo a mi pareja el uso del condón antes de una relación sexual
CIERTO FALSO
7. El VIH ataca a las células que defienden a nuestro organismo de las enfermedades
CIERTO FALSO
8. Conozco el condón masculino
CIERTO FALSO
9. Pienso que el VIH solo se transmite por vía sexual.
CIERTO FALSO
10. Si me cae semen en una herida abierta me puedo infectar
CIERTO FALSO
11. SIDA significa Síndrome De Introspección Aislada
CIERTO FALSO
12. Una Deficiencia Inmunológica es una debilidad en el sistema que combate las enfermedades en tu organismo
CIERTO FALSO
13. El SIDA es causado por un virus llamado el VIH: Virus de Inmunodeficiencia humano
CIERTO FALSO
14. La leche materna de las personas infectadas con VIH también son vía de infección
CIERTO FALSO
15. La única forma de contraer el virus del SIDA es la vía sexual
CIERTO FALSO
16. Se que si recibo un transplante de un donador con VIH me puedo infectar
CIERTO FALSO
17. Las relaciones sexuales de tipo anal evitan la infección por VIH
CIERTO FALSO
18. La transmisión no es posible si el VIH. no entra en el torrente sanguíneo.
CIERTO FALSO
19. Los resultados de la prueba de VIH son exactos más de 90%
CIERTO FALSO
20. Los niños nacidos de madres portadoras del VIH pueden no estar infectados
CIERTO FALSO

21. Debo esperar una semana después de haber estado expuesto a contraer el virus del VIH para poder hacerme la prueba de detección
- CIERTO FALSO
22. Si una persona utiliza condón significa que esta infectado del virus del sida
- CIERTO FALSO
23. El sexo oral-anal, puede ser una vía de infección del virus si una de las persona esta infectada
- CIERTO FALSO
24. Puedo utilizar el condón por cualquiera de sus lados
- CIERTO FALSO
25. Debo utilizar vaselina o aceite de bebe para lubricar el condón antes de la penetración
- CIERTO FALSO
26. Debo utilizar el condón justamente antes de eyacular
- CIERTO FALSO
27. Puedo utilizar el condón dos veces para una relación sexual
- CIERTO FALSO
28. Si uso dos condones al mismo tiempo, me protejo más
- CIERTO FALSO
29. El sida solo le da a homosexuales
- CIERTO FALSO
30. La única forma de evitar completamente la transmisión por vía sexual con VIH es abstenerse de toda actividad sexual con otras personas
- CIERTO FALSO
31. Aislar a las personas afectadas soluciona el problema
- CIERTO FALSO
32. El sida es una bacteria
- CIERTO FALSO
33. Las personas con enfermedades venéreas corren más peligro de contraer VIH
- CIERTO FALSO
34. La forma más frecuente de infección del VIH se debe al contacto sexual
- CIERTO FALSO
35. Tan pronto como una persona se infecta con el virus, está desarrolla el sida
- CIERTO FALSO
36. Los condones deben ser usados por hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres para prevenir la transmisión por VIH
- CIERTO FALSO
37. El sexo oral tiene un alto riesgo de infección de VIH
- CIERTO FALSO
38. El condón es el método más seguro y efectivo para prevenir la infección del virus del sida.
- CIERTO FALSO
39. Es posible infectarse del virus del sida por un piquete de mosquito
- CIERTO FALSO

40. Las personas que tienen sida se pueden detectar solo por su apariencia
CIERTO FALSO
41. El condón impide la erección en el hombre
CIERTO FALSO
42. Un solo contacto sexual sin condón es suficiente para infectarse del virus del sida
CIERTO FALSO
43. Los condones tienen fecha de caducidad
CIERTO FALSO
44. El condón puede ser expuesto al sol, sin dañarse
CIERTO FALSO
45. El condón reduce las sensación sexual en mi pareja
CIERTO FALSO
46. Exijo a mi compañero sexual el uso del condón antes de una relación sexual
CIERTO FALSO
47. De todas las enfermedades que conozco el sida es la que mas me asusta
CIERTO FALSO
48. Vencer la pandemia de SIDA depende de las medidas de prevención que evitan la transmisión del VIH
CIERTO FALSO
49. No me gusta utilizar condón
CIERTO FALSO
50. Yo me siento protegido cuando uso condón en mis relaciones sexuales
CIERTO FALSO
51. Es menos varonil el hombre que usa condón
CIERTO FALSO
52. Si recibo sangre segura no puedo infectarme de VIH
CIERTO FALSO
53. Los condones aprietan demasiado
CIERTO FALSO
54. Serías capaz de rehusarte a tener relaciones sexuales si tu pareja sexual no quiere usar condón
CIERTO FALSO
55. Tienen las misma efectividad los condones de sabor que los convencionales (normales)
CIERTO FALSO
56. Siempre tengo a la mano y en un lugar seguro todo lo necesario para tener una relación sexual
CIERTO FALSO
57. Debo usar un condón cuando estás con alguien que dice no estar infectado con ninguna enfermedad
CIERTO FALSO
58. El hombre es quien debe decidir si se usa condón o no
CIERTO FALSO
59. He usado en mis relaciones sexuales el condón femenino
CIERTO FALSO

Si me entero que una persona cercana a mí esta infectado de VIH yo...

60. Lo apoyo incondicionalmente en todo lo que me sea posible
 CIERTO FALSO
61. Busco la manera de ayudarlo
 CIERTO FALSO
62. Prefiero no hablar con esa persona
 CIERTO FALSO
63. Trato de encontrar soluciones a la situación
 CIERTO FALSO
64. Platico con otra persona para conocer mas al respecto
 CIERTO FALSO
65. Le expreso mi opinión a esa persona acerca de lo que le sucede
 CIERTO FALSO
66. Sigo como si nada pasara
 CIERTO FALSO
67. Trato de olvidarme del asunto
 CIERTO FALSO
68. Me cuesta trabajo expresar lo que siento ante ese problema
 CIERTO FALSO
69. Me pongo en su contra y me alejo de ella
 CIERTO FALSO

70. Me da pena hablar con la persona involucrada en el problema

CIERTO FALSO

71. Me ayuda a madurar como persona

CIERTO FALSO

72. Me ayuda a descubrir lo importante de la vida

CIERTO FALSO

73. Me alejo porque no se que hacer

CIERTO FALSO

74. Pido más opiniones al respecto

CIERTO FALSO

Si me entero que yo estoy infectado por el VIH...

75. Me armo de valor y lo enfrento

CIERTO FALSO

76. Hablo con alguien sobre como me siento al respecto

CIERTO FALSO

77. Trato de no pensar en ello

CIERTO FALSO

78. Analizo la situación para entenderla mejor y saber como actuar

CIERTO FALSO

79. No le doy importancia. Al fin y al cabo de algo tengo que morir

CIERTO FALSO

80. Busco ayuda psicoemocional
CIERTO FALSO
81. Me da pena hablar al respecto con otros
CIERTO FALSO
82. Me hago cargo de la situación con ayuda de mis seres queridos
CIERTO FALSO
83. Me informo acerca del tema
CIERTO FALSO
84. Cuido mi salud lo mejor posible
CIERTO FALSO
85. Me someto a tratamiento medico
CIERTO FALSO
86. Prefiero dejar de existir
CIERTO FALSO
87. Acudo con un psicólogo
CIERTO FALSO
88. Intentaría suicidarme
CIERTO FALSO
89. **Recibo educación sexual de:**
(Subraya la/s opción/es según sea tu caso)
- a) Familia
- b) Maestros
- c) Amigos
- d) Otros
- e) No he recibido

Instrucciones para el uso correcto del Condón Masculino.

- Con los dedos índice y pulgar aprieta la punta del preservativo para quitarle el aire.
- Si a tu pene no le han hecho la circuncisión debes echar la piel que cubre el glande (prepucio) para atrás antes de desenrollarlo.
- Asegúrate de que el condón esté por el lado correcto, si está al revés no lo podrás desenrollar.



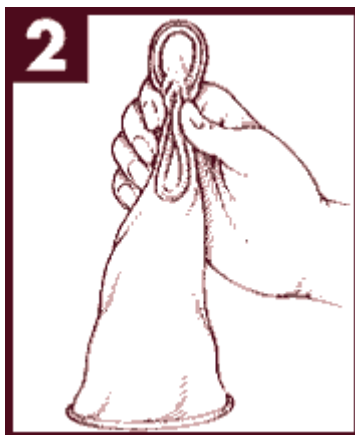
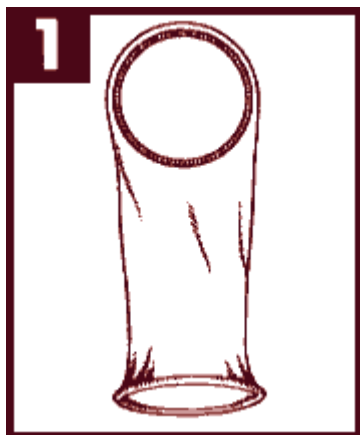
- Desenrollalo desde la punta hasta la base, cubriendo totalmente tu pene, no lo estires.



- Después de usarlo envuelve el preservativo con un pedazo de papel higiénico y tíralo a la basura, nunca al W.C.
 - Lávate las manos y tus genitales.
- Si al usar condones tienes alguna irritación o malestar, consulta con tu médico, puede ser una reacción alérgica al látex o al lubricante.

Instrucciones para el uso correcto del Condón Femenino.

- 1.- Asegúrate de que el condón esté por el lado correcto, si está al revés se saldrá la argolla interior.
- 2.- Con los dedos aprieta la punta del condón que tiene la argolla interior.
- 3.- Introdúcelo en tu vagina



- 4.- Con tus dedos deslízalo hacia el interior.
- 5.- Si usas lubricante con el condón, asegúrate que sea a base de agua, ponlo también en el interior del condón y/o pene. Úsalo durante toda la penetración.
- 6.- Después de eyacular y retirar el pene sujeta el condón por su parte exterior, haciéndolo girar retíralo y cuida que no se escape el semen.



- Envuelve el condón con un pedazo de papel higiénico y tíralo a la basura, nunca al W.C.
 - Lávate las manos y los genitales.
- Si al usar el condón presentas alguna irritación o malestar, consulta con tu médico, puede ser una reacción alérgica al látex o al lubricante.
 - No reutilices los condones, deben usarse una sola vez.
 - Guárdalos en lugar fresco, seco y oscuro, lejos del sol/luz.