



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**EL MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA Y LAS EMOCIONES
COMO PREDICTORES DEL USO Y PETICIÓN DEL USO DEL
CONDÓN EN MUJERES**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA**

Dulce Leilani Sánchez Torres

**DIRECTORA DE TESIS:
Dra. Gabina Villagrán Vázquez**

**REVISORA:
Dra. Sofía Rivera Aragón**



Ciudad Universitaria, CDMX, Noviembre de 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi mamá, mi papá y mi hermano por su apoyo incondicional
hoy y siempre, los quiero mucho

Leo, Santiago y Martín gracias por su amor y enseñanzas

INDICE

1	Marco Teórico	5
	Antecedentes	5
	Etiología	7
	Mecanismos de Transmisión.....	11
	Historia natural de la enfermedad	14
2	Tratamiento	15
3	Epidemiología.....	17
4	Factores Psicosociales.....	21
	Conocimientos y creencias sobre VIH/SIDA	22
	Creencias	24
	Actitudes.....	26
	Influencia social (Norma Subjetiva).....	28
5	Planteamiento del problema.....	35
	Justificación de la investigación	35
	Pregunta de investigación	36
	Objetivo General	36
6	Hipótesis de trabajo:.....	37
7	Definición conceptual y operacional de variables.....	37
	Variables de clasificación	37
	Variables predictoras.....	38
	Variables que se incluyen dentro del Modelo de Acción Razonada.....	38
	7.1.1 Creencias conductuales ante el uso del condón y petición del uso del condón.....	38
	7.1.2 Actitudes conductuales ante el uso del condón y petición del uso del condón.....	38
	7.1.3 Normas subjetivas ante el uso del condón y petición del uso del condón.....	38
	7.1.4 Intención conductual ante el uso del condón y petición del uso del condón.....	38
	7.1.5 Motivación para complacer ante el uso del condón y petición del uso del condón.....	39
	7.1.6 Reacción emocional ante el uso del condón y petición del uso del condón.....	39
	Variables dependientes.....	39
8	Diseño	40
9	Tipo de investigación.....	40
10	Muestra	41
11	Escenario	41
12	Instrumento	41
13	Procedimiento	43
14	Análisis de resultados.....	44
	Descripción de la Población	44
	Estado Civil	44
	Escolaridad.....	45
	Ingreso Económico.....	46
	Patrón Sexual.....	46
	Orientación sexual.....	47
15	Análisis Psicométrico de las escalas.....	48

16	Creencias hacia el uso del condón.....	49
17	Actitudes hacia el uso del condón.....	50
18	Actitudes hacia la petición del uso del condón.....	53
19	Norma Subjetiva hacia el uso del condón	55
20	Norma Subjetiva petición del uso del condón	56
21	Motivación para complacer.....	57
22	Modelo de Acción Razonada.....	61
23	Discusión y conclusiones	65
24	Referencias	69

1

Marco Teórico

Antecedentes

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) es un tema dominante en nuestros días, ya que el crecimiento exponencial amortiguado de la enfermedad y la falta de un tratamiento eficaz han causado la alarma de toda la sociedad.

Las medidas preventivas constituyen el primer plano de interés. Hablar de las medidas preventivas contra el SIDA conduce inevitablemente a enfrentarse con una problemática, más amplia: la sexual.

El SIDA es una enfermedad actual y hasta el momento incurable que ataca al sistema inmunológico debilitando las defensas naturales del cuerpo, dejando a las personas vulnerables a una variedad de infecciones y enfermedades en potencia mortales dada la no resistencia del sistema de defensa o inmunológico.

No se conoce con exactitud el origen geográfico del virus, ni el momento en que se convirtió en un agente patógeno para el hombre. Seguramente los primeros casos de esta enfermedad se registraron en décadas pasadas. Sin embargo, el descubrimiento del SIDA se dio a partir de la investigación de dos hechos que aparentemente no estaban relacionados, en Estados Unidos (1981). El primer acontecimiento fue un brote de 5 casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en varones jóvenes de la ciudad de Los Angeles, el segundo se refiere a un informe de ocho casos de Sarcoma de Kaposi en varones jóvenes en la ciudad de Nueva York. En ambos casos se había hecho la observación de fallas previas en el sistema inmunológico y todos los individuos referidos eran homosexuales. Esto ocurrió durante un período en que la comunidad gay disfrutaba de una libertad que anteriormente no había experimentado. Rápidamente la enfermedad se etiquetó como una *epidemia de homosexuales* (Vizconde Pantoja, 1997).

En un principio casi todos los casos se presentaron en personas que se asumían como homosexuales o bisexuales por lo que se empezaron a estudiar los comportamientos de estas comunidades que pudieran causar una falla en el sistemas inmunológico. Debido a que la mayoría de los individuos afectados eran sexualmente *muy activos* y con múltiples parejas, su vida sexual fue uno de los focos de atención. Luego surgieron otros dos grupos afectados, uno de haitianos y otro que usa drogas intravenosas. Posteriormente se diagnóstico la enfermedad a

un grupo de hemofílicos que había recibido productos hematológicos infectados. El origen de la enfermedad se convirtió con toda esta evidencia en una serie de especulaciones y en un tema político importante en el escenario internacional (Vizconde Pantoja, 1997).

En 1981 en Estados Unidos se publicaron los primeros informes, hablaban de un síndrome que estaba afectando a hombres jóvenes con la aparición de infecciones oportunistas severas especialmente neumonía por *Pneumocystis carinii* y con marcada disminución en los linfocitos CD4, se le denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, (SIDA) y a partir de ese momento empiezan las investigaciones sobre el agente causal, el comportamiento clínico, epidemiológico y el tratamiento para el nuevo síndrome (Velázquez y Gómez 1993).

La infección se produce mediante un virus perteneciente al grupo de los retrovirus, que provocan en las diferentes especies animales tumores malignos y enfermedades de la sangre (leucemias). Los retrovirus del SIDA, aislados por primera vez en 1986 en Francia por Montagnier y cultivados en los Estados Unidos por Gallo, son virus VIH-1 humanos linfotrópicos. Existe otro tipo de retrovirus humano, el VIH-2 encontrado entre la población rural africana (Von Eife y Gründer, 1988).

Una de las cuestiones más debatidas es el origen del virus; una de las teorías se refiere al desarrollo del virus a través de la ingeniería genética, sin embargo el mundo científico rechaza esta hipótesis de la creación en un laboratorio ya que cuando aparecieron los primeros casos, el desarrollo científico en esta área y principalmente en cuanto a ingeniería genética se refiere, no había alcanzado el nivel adecuado para este tipo de experimentos.

Otra hipótesis se centra en la creencia de que el lentivirus SIV/STLY-III, proveniente de África y que se encuentra en forma patógena en la sangre del mono verde, se instaló en el ser humano a través de la sangre del mono la cual es bebida por los hombres para *aumentar su potencia sexual*. El Instituto Ehrlich de Frankfurt, Alemania ha demostrado que este lentivirus (SIV/STLY-III) es muy parecido al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) (Sandner, 1990 en; Vizconde Pantoja, 1997).

El conocer el lugar donde empezó la epidemia, y estudiar que otros animales están infectados con virus similares, puede en un momento dado ayudar a conocer los mecanismos patológicos de la enfermedad y dar pistas para su control. En la actualidad existe el consenso de que el

SIDA es una enfermedad tan nueva en África como en cualquier otro lugar del mundo (Sepúlveda Amor, Bronfman, Ruiz Palacios, Valdespino, 1989).

Etiología

SIDA corresponde a Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:

Síndrome: hace referencia a una enfermedad o condición caracterizada por un grupo de signos y síntomas que se presentan simultáneamente.

Signo: es la manifestación objetiva de una enfermedad, esta manifestación puede ser observada por un examinador, quien *observa* a través de la exploración del paciente, viéndolo, auscultándolo (escuchando) palpándolo (tocando), en este caso ganglios crecidos, tos, fiebre, adelgazamiento, etc.

Síntoma: es la manifestación subjetiva de una alteración (orgánica funcional) que sólo la persona examinada puede *observar* (percibir, sentir); y que el examinador puede conocer sólo mediante un interrogatorio al paciente. En este caso: fatiga, náuseas, diarrea, dolor en diferentes partes del cuerpo (sobre todo estomacal y de cabeza) falta de aire, etc.

Inmuno: se refiere a la capacidad de defensa que tiene o desarrolla nuestro cuerpo contra agentes extraños (sustancias tóxicas, células cancerosas o agentes infecciosos virus, bacterias, hongos, parásitos)

Deficiencia: implica que tenemos, muy poco de algo que necesitamos. En el caso del SIDA la deficiencia es inmunológica, al debilitarse el sistema inmunológico no puede defender al organismo de infecciones, por lo que la persona queda a *expensas* de éstas.

Adquirida: se refiere a algo que adquirimos u obtenemos después de la fecundación; puede ser mientras estamos en el útero, o después del nacimiento. Es contrario a hereditario, en el sentido de transmisión genética, en el caso del SIDA la inmunodeficiencia no es hereditaria sino que se adquiere en algún momento del desarrollo.

Por lo tanto, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es un conjunto de síntomas y signos que manifiestan la adquisición de una deficiencia del sistema de defensas del organismo, quedando este expuesto a diferentes tipos de infecciones y de cánceres (CONASIDA, 1990).

El agente etiológico del SIDA es uno de los más pequeños que se conocen hasta el momento, se trata del VIH.

El VIH es un retrovirus que se ha encontrado en la sangre, espermatozoides, líquido preeyaculatorio, sudor, lágrimas, orina, secreciones cervico vaginales, saliva, leche materna, en varias células de la médula ósea, en los linfocitos T, en los enfermos de SIDA y en los pacientes con seropositividad y aún en sospechosos seronegativos. Esto determina definitivamente que este virus es el único agente causal de la pandemia (Sandner, 1990; en Vizconde Pantoja, 1997).

En el caso de la infección por el VIH, los anticuerpos no están en condiciones de cumplir sus tareas específicas de defensa del antígeno, ya que esa infección conduce al colapso de la defensa inmunológica del organismo. El sistema inmunológico está compuesto de órganos linfoides primarios y órganos linfoides secundarios. El timo y médula ósea tienen linfocitos con capacidad de reaccionar en forma específica ante los antígenos (células inmunocompetentes).

Estos linfocitos posibilitan las funciones de defensa celular linfocitos T (timo) o células que son responsables de reacciones humorales de defensa mediante la reproducción de anticuerpos específicos, y linfocitos B (bone marrow= médula ósea).

Los linfocitos T según su función se subdividen en células auxiliares. Estas células son especialmente importantes dado que el VIH puede determinarse a través de la pérdida de dichas células auxiliares T.

Estas células auxiliares son necesarias para que las células B puedan realizar las reacciones inmunológicas, poseen en su superficie dispositivos de recepción de antígenos específicos, en dichos receptores el virus del VIH esférico rodeado por una capa de lípidos queda fijo a sus prolongaciones en forma de botón, penetra en la célula e introduce información genética en el código genético de la célula huésped.

Una enzima del virus, la transcriptasa reversa, es responsable de que tras la infección el ARN vírico se transcriba en ADN, que se introduce en el ADN de la célula huésped. El ADN vírico

cromosómicamente integrado, se comporta en el proceso como el ADN celular; en la mitosis se transmite a las células hijas y se conserva ahí, mientras las células vivan. Por esta razón un ser humano infectado es toda su vida un potencial portador del VIH.

La peligrosidad del virus VIH es el resultado de las medidas cuasiestrategicas que adoptan los virus para desconectar el sistema inmunológico y de defensa del organismo atacado. Se modifican mediante mutaciones y hasta la fecha se han aislado más de 600 variantes.

Por otro lado, se produce mediante una progresión discontinua, interrumpida por fases de inactividad, durante la cual se disimulan como estructuras propias del cuerpo. De este modo, pueden multiplicarse sin que el sistema pueda detectarlos y atacarlos, parece que la multiplicación se produce cuando, a través del sistema inmunológico se envían señales a las células.

Dentro de la familia de los retrovirus existen tres subfamilias: los oncovirus, los lentivirus y los spumavirus. El VIH pertenece a la subfamilia de los lentivirus. Los lentivirus provocan infecciones que se caracterizan por tener largos períodos de su latencia sin dañar a la célula ni inducir enfermedad. Después de algún tiempo, por la acción de un factor estimulador, despiertan de su latencia, se multiplican y destruyen a las células parasitadas, provocando el desarrollo tardío de la enfermedad (Sepúlveda y cols., 1989)

(Sandner, 1990; en Vizconder Pantoja 1997). Señala como funciones de los retrovirus las siguientes:

Selectividad. Sus enzimas son capaces de buscar determinadas proteínas de las células específicas que van a ser invadidas.

Defensa. Algunas de sus enzimas anulan las acciones inmunológicas que puedan impedir su acercamiento hacia la célula que va a ser atacada.

Adhesividad. Son capaces de adherirse a la membrana de determinada célula para traspasarla.

Penetrabilidad. El virus logra que su membrana se confunda con la de la célula invadida al mismo tiempo que su núcleo penetra en ella.

Variación antigénica. Es la función que le permite al virus variar la estructura de su cápsula para proteger su integridad cuando es atacado.

Replicación. El virus es capaz de multiplicarse dentro de la célula atacada al introducirse en ella. Cuando determinado genoma del virus se integra con el DNA de la célula atacada le modifica su función en favor de una replicación viral masiva y en detrimento de la vitalidad de la célula que lo cobija.

Transformación. Al integrarse el virus con el material genético de la célula huésped se produce un cambio total en las funciones preestablecidas de la célula, la cual queda desenfrenada, dándose procesos de envejecimiento prematuros, inmortalidad, multiplicaciones sin límites, lo que corresponde a la oncogénesis y a otros cambios en el comportamiento de la célula.

Camuflaje. Al integrarse el material genético del virus y de la célula huésped, el virus es capaz de esconderse, quedando irreconocible para el sistema inmunológico.

Similitud proteica. La membrana de algunos retrovirus (VIH-1 y VIH-2) está cubierta por proteínas casi idénticas a las de algunos tejidos y órganos del hombre, lo que hace que al sistema informativo del aparato inmunológico le sea difícil o imposible identificar al virus como sustancia extraña, no pudiendo producir los anticuerpos necesarios para su destrucción.

Engaño. Está es una función específica de los lentivirus que al ser atacados antigénicamente, en el momento en que se adhieren a la célula atacada, sueltan su envoltura proteica, la cual es destruida por los anticuerpos, desviando así la función inmunológica a su favor.

Transcripción. Es la función por medio de la cual, al encontrarse el virus dentro del núcleo de la célula huésped, le modifica su código genético, dándole nueva información a su favor.

Autoinhibición. En momentos determinados, los lentivirus parecen frenar o anular momentáneamente su desarrollo, quedando en situación de latencia, de esta forma ganan tiempo para cambiar su material de información al ser agredidos inmunológicamente.

Mecanismos de Transmisión

El VIH no se transmite por el contacto cotidiano normal, ya que el virus no puede sobrevivir en el agua, aire u objetos que las personas tocan. El VIH sólo sobrevive en sangre, semen, secreciones como saliva, sudor, lágrimas, orina y leche materna.

Se transmite únicamente si los tejidos contaminados que presentan una mayor concentración de formas vírales infectantes, logran llegar a la sangre o a los tejidos corporales de otra persona.

De esta manera al igual que todos los virus, el VIH carece de medios propios de locomoción. Para que haya transmisión es indispensable que el virus viable, procedente de un individuo infectado, atraviese las barreras naturales de un individuo sano y penetre en sus tejidos (Velázquez y cols. 1993).

La importancia de los diferentes mecanismos de transmisión que influyen sobre la diseminación de la epidemia, varía dependiendo del estilo de vida de su población.

Las principales formas de transmisión son:

- Transmisión sexual. De hombre a mujer, de mujer a hombre, de hombre a hombre y de mujer a mujer aunque esta última no se ha documentado. Esto es a través de contacto sexual no protegido, es decir sin condón, con una persona infectada, mediante el ejercicio de prácticas de mayor riesgo que otras (coito anal o vaginal, sexo oral).
- Transmisión sanguínea. Infección por transfusiones de sangre o sus derivados, uso de jeringas o agujas infectadas, hemodialisis o transplantes de órganos.
- Transmisión perinatal. Las madres portadoras del virus del VIH pueden transmitirlo al bebé durante el embarazo mediante la placenta, en el parto por contacto directo con la sangre infectada o por medio de la leche materna durante el amamantamiento.

1. Transmisión sexual del VIH.

El contagio a través del contacto sexual íntimo constituye actualmente el principal mecanismo de diseminación de la enfermedad del SIDA en todo el mundo. Sin embargo, no todo contacto sexual es igualmente efectivo para transmitir el VIH, pues el riesgo particular depende de dos factores independientes: la posibilidad del individuo sano de exponerse a una pareja infectada y la posibilidad del infectado a admitir la infección.

Actualmente puede afirmarse que el riesgo de contagio de mujer a hombre es menos frecuente que de hombre a mujer. Esta afirmación está en consonancia con el hecho de que la mujer por su anatomía retiene las secreciones cervicales y el semen, que a su vez contiene las células infectadas y concentraciones detectables del virus en la persona infectada. Ese riesgo aumenta con la presencia de úlceras genitales y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), que producen lesiones a la mucosa epitelial.

Según un estudio realizado en los Estados Unidos, los hombres bisexuales practican el coito anal con compañeros tanto masculinos como femeninos con mayor frecuencia que los homosexuales entre sí, y utilizan menos el condón con las mujeres que con otros hombres (Bartholow, 1991).

Coito anal.

El coito anal, especialmente para quién actúa como receptor pasivo, se considera la conducta sexual de mayor riesgo para adquirir el VIH.

Su eficiencia como mecanismo de contagio se ha explicado en relación con la producción de micro lesiones de la mucosa rectal durante la penetración, la susceptibilidad de las células del recto para dejarse infectar y su exposición directa a altas concentraciones de linfocitos y macrófagos infectados presentes en el semen (Velázquez, y cols. 1993).

2. Transmisión sanguínea.

El VIH se transmite por la sangre y sus derivados como son los glóbulos rojos, plaquetas, plasma y concentrado de factores de la coagulación. La incidencia de infección es baja, 8.4% (3,582) (CONASIDA, 2000).

Uso de agujas y jeringas contaminadas. Cuando se utiliza una jeringa que fue usada por una persona infectada por el VIH y que no se esterilizó adecuadamente, pueden quedar en la aguja o en la jeringa pequeñas gotas de sangre infectada y, al usarla, se inyectan el virus directamente al torrente sanguíneo, infectándose. Las personas que se inyectan drogas y comparten las agujas y jeringas tienen este riesgo. El usar jeringas desechables varias veces, cuando no se esterilizan adecuadamente, también es de alto riesgo, en especial porque el plástico es más poroso y, por lo tanto, más fácil para que se alojen partículas de sangre infectadas (CONASIDA, 1994).

Otros mecanismos de transmisión sanguínea. Se ha demostrado la infección sanguínea de VIH a través del trasplante de órganos y de inseminación artificial. Por lo tanto es recomendable que los donantes vivos y los cadáveres cuyos órganos y tejido sean candidatos a trasplante, se sometan a una prueba de detección (Velázquez y cols. 1993).

3. Transmisión perinatal.

La transmisión prenatal del VIH puede ocurrir cuando la mujer está infectada al momento de la concepción o durante el embarazo a través de la placenta, estas son las causas más importantes de infección en los niños. Aún se desconoce el período exacto en que la madre infecta al feto, sin embargo se han encontrado tejidos fetales con el virus a las 15 y 20 semanas de gestación.

Transmisión durante el parto. El contagio puede ocurrir durante el parto posiblemente cuando la sangre materna e infantil se mezclan a través del cordón umbilical, o debido a la ingestión de mucosidad vaginal y/o sangre por parte del bebé (Berer, 1993).

Transmisión postnatal. Se puede dar durante la lactancia, ya que el calostro y la leche materna contienen concentraciones elevadas del VIH.

Historia natural de la enfermedad

La historia natural de la infección por VIH se puede dividir en tres etapas clínicas: una etapa aguda que representa la infección primaria, una etapa crónica en la que existe una aparente latencia clínica con mínimas alteraciones inmunológicas detectables y una etapa de crisis o final que se caracteriza por una inmunodeficiencia grave (Del Río, 1994).

El VIH se puede manifestar a través de una variedad de enfermedades y efectos en la salud algunos de los cuales son específicos del VIH/SIDA y otros no. La definición de un caso de SIDA resulta insuficiente como guía para el diagnóstico y tratamiento de personas con VIH. Ciertas enfermedades que afectan a los portadores del VIH no están incluidas dentro de la definición de un caso SIDA porque:

- resultan igualmente comunes en personas que no tienen el VIH y en aquellas que sí;
- no se sabe lo suficiente sobre la naturaleza exacta de su relación con el VIH.

Las anormalidades en las células cervicales, los hongos vaginales, el herpes y el virus del papiloma humano son ejemplos de lo anterior (College of Public and Community Service y The Multicultural AIDS Coalition, citados en Berer, 1993).

Aunque normalmente no están relacionados de forma alguna con el VIH los casos graves y frecuentes de hongos vaginales y herpes fueron citados como los primeros síntomas del VIH experimentados con mayor frecuencia por las mujeres en los Estados Unidos Chin, (en Berer, 1993).

Hallazgos recientes revelan que algunas personas son parcial o completamente resistentes a la infección por VIH, porque, para su buena fortuna poseen una forma particular de genes involucrados en su aparato inmunológico.

Se han realizado investigaciones en las que se estudia a nivel cromosómico si existen condiciones específicas para que una persona sea más susceptible biológicamente a adquirir el VIH y se ha encontrado que existe un gen que produce glóbulos blancos en forma *ovalada o distinta*, que impide al virus engancharse a él y por lo tanto no existe el contagio. El gen se llama CCR5 y es una forma mutante en sus extremos la que confiere esta posibilidad. Se ha comprobado que sólo el 20% de los individuos que han estado en exposición al virus y que

poseen este gen son resistentes. Este gen no se ha encontrado en ninguna persona infectada (Aranda, 1998)

2 Tratamiento

Indudablemente, hay avances en los medicamentos anti-VIH que reducen sus niveles en la sangre. La mayoría de los tratamientos utilizan además del AZT o Zidovudina, el ddC o Zalcitabina, el 3TC o Lamivudina, D4T o Estavudina, ddl o Didanosina, IL-2 o Interleukin-2, la Neviparina que actúa contra la transcriptasa inversa; o los inhibidores de la proteasa que empezaron a aparecer en 1995: Ritonavir, Indinavir, Saquinavir, Nelfinavir, etc; y más recientemente están estudiándose algunos inhibidores de las integrasas y la endonucleasa y la endonucleasa Cuello y Echebarría, 1997; en Parelló, 2000.

Para determinar el tipo de tratamiento específico y el momento del inicio debe realizarse al paciente un análisis de carga viral y un recuento de linfocitos CD4. Cuando estos estén por debajo de 500 x mm³ y la carga viral entre 5 mil a 10 mil copias/ml, independientemente de que no presenten síntomas es recomendable iniciar un tratamiento (www.virtualizar.com/sidanews/), en Parelló, 2000.

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

En los últimos 4 años, a partir del uso extendido de las terapias múltiples se redujo significativamente la mortalidad y la aparición de enfermedades oportunistas en enfermos bajo tratamiento. Sin embargo aún es muy pronto para determinar los efectos del tratamiento a largo plazo, por otro lado, los costos de ellos son tan elevados que se encuentran lejos de la mayoría de la población afectada, el costo mensual aproximado para el mantenimiento de la enfermedad

es de \$8,000 pesos mensuales, y ahora se enfrenta una nueva situación que coloca a la enfermedad como crónica. Cuello y Echebarría, 1997; Gómez Dantes, 1997 en Parrelló, 2000.

Vacunas

Desde que se tiene conocimiento del SIDA la meta de los laboratorios ha sido la de crear una vacuna para prevenir la enfermedad. Sin embargo esto no se ha logrado debido al modo de desarrollo del VIH y las diferentes características y formas que adopta en su reproducción y transmisión. Por otro lado, es un virus que afecta al sistema inmunológico y no existe un modelo animal donde se puedan probar las vacunas antes de administrarlas a seres humanos.

Además la investigación sobre los retrovirus en el ser humano es relativamente reciente, 15 años, por lo que no existen precedentes que faciliten esta investigación, Matthews y Bolognesi, 1989; Rico y Uribe, 1994 en Parelló, 2000.

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

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

(Cuello y Echebarría, 1997; Matthews y Bolognesi, 1989, en Parelló).

Todas ellas han obtenido escaso éxito, en términos generales se ha conseguido una inmunidad pasajera. La excepción parece ser la vacuna elaborada en el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Cuba (CIGB) que después de haber sido aplicada a 24 investigadores de este centro, ha demostrado que crea anticuerpos neutralizantes del VIH en pacientes sanos, y que se espera aplicarse en Brasil y Uganda en los próximos 2 ó 3 años.

3 Epidemiología

El SIDA desde su aparición se catalogó como casi exclusiva de homosexuales masculinos y de adictos a drogas intravenosas. Grupos que en su mayoría han formado campañas para la prevención y redes de apoyo para los que han sido infectados, por lo que actualmente se consideran grupos de riesgo y no de alto riesgo.

Por otro lado, el número de mujeres infectadas por el VIH es cada vez mayor (Heagarty, 1992; en Treviño, 1996) y con ellas el número de niños infectados durante el embarazo y el post parto. De hecho se ha observado que el incremento en porcentaje de casos de Sida en mujeres es mayor que el de casos en hombres.

En México y países de Latinoamérica, la transmisión más común es por cuestiones de educación y de estilo de vida, es la heterosexual. En el hospital Regional de la Zona No.1 "Gabriel Mancera del IMSS donde 3.8% de la población de pacientes pertenece al sexo femenino, únicamente tres adquirieron la enfermedad por transmisión de productos sanguíneos y el resto se infectó por práctica sexual, las parejas de pacientes seropositivas suelen ser bisexuales en su mayoría y el resto son usuarios de drogas intravenosas (Treviño, 1996).

Desde los comienzos de la enfermedad, el contenido de la información se ha dirigido más a los hombres que a las mujeres. No obstante actualmente las mujeres necesitan estar informadas y conocer modos más seguros de tener relaciones sexuales.

Además, cada vez es más importante plantear una estrategia que contribuya a concientizar a este sector social sobre sus derechos para utilizar mecanismos que disminuyan o eliminen las posibilidades de contagio. Este punto se hace particularmente importante considerando la dificultad que las mujeres enfrentan actualmente para exteriorizar sus miedos y temores acerca de un tema cargado de múltiples significados morales como lo es la sexualidad (Bronfman, Amuchástegui, Martina, Minello, Rivas, Rodríguez, 1995).

Actualmente la mayoría de las mujeres que adquirieron el VIH por vía sexual, se infectaron mediante las relaciones sexuales con su pareja. Algunas por mantener relaciones con una o varias personas que a su vez tenían relaciones con otras. Y otras por tener relaciones con personas cuyo pasado sexual y estado de salud les era completamente desconocido.

La negociación del uso regular del condón no siempre es factible para las mujeres, generalmente tienen muy poco poder para insistir en su uso y también para abandonar a las parejas que las ponen en peligro. Las relaciones sexuales no consensuadas, el miedo a la violencia doméstica o al abandono económico y las dificultades para iniciar o sostener discusiones sobre el uso del preservativo limitan la prevención de muchas mujeres (Elias, 1996). Esta situación pone a las mujeres en un riesgo mayor dado que es la motivación para complacer y no el autocuidado lo que tiene mayor peso en este tipo de circunstancias.

Pero la cuestión del uso del condón no es tan fácil como solamente tener actitudes positivas hacia ello, puesto que no están solamente las razones *comunes* por las cuales la gente no lo usa (falta de sensibilidad, conocimiento inadecuado o insuficiente sobre los condones o las formas de contagio del VIH) sino también las que implican un conflicto psicológico y emocional, además del efecto que tienen las influencias sociales.

Para las mujeres que están comprometidas en una relación de pareja, casadas o no, el dilema sobre la fidelidad y la confianza es tremendo: si le propone al compañero sexual usar el condón, eso significa o que se sospecha que él tiene otra vida sexual, o que le están dando permiso para que la tenga; también hay otra posibilidad de *violencia simbólica*: que ella misma esté teniendo relaciones y quiera protegerlo. En parejas con poco tiempo de constituidas se podrá argumentar que no es por ninguna de las anteriores, sino por el riesgo de sus *pasados sexuales*, con lo cual vuelve a reaparecer la cuestión de la *reputación* femenina. Y en parejas con más tiempo, las mujeres se encuentran absolutamente desvalidas, ya que probablemente su marido ha sido su único compañero sexual, (quizá no la única compañera para él, sobre todo por cuestiones culturales mexicanas) con lo cual el conflicto de la confianza reaparece con fuerza (Lamas y Liguori, 1996).

Las relaciones extraconyugales no son exclusividad masculina, pero diferentes ejercicios y la doble moral en torno a la sexualidad masculina y femenina determinan que la mujer sea, en general, más fiel que su compañero, o que en caso de no serlo será más probable que no lo reporten por tales motivos, muchas mujeres se rehusan a discutir la existencia de peligro y, consecuentemente, la posibilidad de practicar sexo seguro en su vida cotidiana (Barbosa, Viera Villeira, y Martin, 1992).

Es verdad que ambos sexos tienen la tendencia a negar o aminorar el riesgo de la infección por VIH, e incluso aquellos que lo reconocen suelen tener dificultades para traducir ese conocimiento en acción.

La epidemia del SIDA en México y en el mundo puede entenderse mejor como la suma de un conjunto de subepidemias.

Los primeros 17 casos de SIDA en México se detectaron en 1983. Desde entonces el crecimiento de casos de SIDA en el país podemos dividirlo en tres etapas la primera de 1983 a 1986 con un crecimiento moderado en el reporte de casos; la segunda de 1987 a 1989, etapa durante la cual se observó un crecimiento muy rápido con períodos de duplicación en el número de casos de unos cuantos meses y que se describe un crecimiento de tipo exponencial; y la tercera etapa caracterizada porque a partir de 1989 el SIDA ha crecido en México con una curva de crecimiento de tipo exponencial amortiguado (OMS, 1993).

El número de casos acumulados hasta el 31 de diciembre de 1999 suma 42,762 de los cuales aproximadamente el 14.2% son mujeres (CONASIDA, 1999).

Se ha observado un incremento notable en la proporción de mujeres infectadas por VIH, en 1986 el Boletín Mensual SIDA/ETS indicaba que había una mujer infectada por cada 30 hombres. Para 1999 esta proporción es de una mujer por cada 6 hombres infectados. Es evidente entonces, que el problema de salud ha trasminado otros grupos sociales, que tradicionalmente han sido desprotegidos: las mujeres.

Como en otras enfermedades, no todas las mujeres tienen el mismo grado de vulnerabilidad y como siempre las mujeres pobres y marginadas son las más afectadas. Todas las desigualdades e injusticias que afectan la salud de la mujer y su acceso a los servicios de salud se dan también en el caso del VIH/SIDA (Bronfman, et al., 1995).

Es importante resaltar que el grupo de edad de mujeres más afectado es el de 20 a 44 años (CONASIDA, 1999), es decir aquellas mujeres que se encuentran en edad reproductiva.

Según estimaciones conjuntas realizadas por Onusida-Censida, a finales del 2013 existían 170 mil adultos de 15 y más años de edad viviendo con VIH y sida, de las cuales 36,000 (es decir, el 21 por ciento) eran mujeres. 2 Esto significa que una de cada cinco adultos infectados es mujer. Dicha proporción ha crecido de manera sostenida en los últimos años, ya que en 1990 las mujeres representaban únicamente el 13 % de las infecciones. En el año 2013, 2 mil mujeres adquirieron el VIH en México, lo que representa el 22 % de las nuevas infecciones. Es

por ello que el número de mujeres adultas que viven con VIH se ha incrementado más de seis veces, al crecer de 6 mil a 37 mil mujeres durante el periodo 1990-2013. CENSIDA (2014).

En México, a los factores que ponen a las mujeres en riesgo, se añaden ciertos elementos culturales que se traducen en una gran vulnerabilidad de ellas, debido al machismo, que es una expresión exacerbada de las diferencias de género, las mujeres no pueden cuestionar a los varones su conducta sexual. Algunas mujeres no saben si se encuentran en riesgo o no, otras lo saben y temen estarlo, pero las más tienen pocos recursos para modificar la situación, dada la falta de poder social, la dependencia económica (Liguori, 1995) y emocional. Por lo anterior, no es sorprendente que el grupo de mujeres con mayor número de casos (2656) registrados es el que se dedica al hogar, el cual representa el 57.89% de los casos notificados (CONASIDA, 1998).

Por su parte, Berer (1993), afirma que desde 1990, el 90% de los nuevos casos de infección del VIH entre la población adulta a nivel mundial se han dado a través de las relaciones sexuales heterosexuales

En México actualmente hay 1913 casos notificados en mujeres adultas que han reportado ser heterosexuales (CONASIDA, 1999).

Aunque México tiene una epidemia caracterizada por la transmisión sexual del VIH entre hombres, existen algunas zonas del país en donde la epidemia es más heterosexual. Las cinco entidades con mayor proporción de casos de VIH y Sida en mujeres son: Chiapas, Guerrero, Veracruz, Oaxaca y Tabasco con al menos una tercera parte de los casos reportados en mujeres. Por edades, el 5.1% ocurrieron en mujeres menores de 15 años de edad; el 37% en jóvenes de 15-29 años; el 57.5% en mujeres adultas de 30 y más años; y en el 0.4 por ciento se desconoce la edad. El 90.6% de los casos de VIH en mujeres ha sido el resultado de relaciones sexuales no protegidas; el 4.6 % se produjeron por vía sanguínea y el 4.7% por transmisión perinatal. CENSIDA (2014).

La mujer puede contraer el VIH a través de todas las vías conocidas de transmisión. Sin embargo, Richardson (1990) afirma que el mayor riesgo lo representan las relaciones sexuales sin protección con un hombre infectado.

Así pues, cabe considerar que el trabajo de prevención de VIH/SIDA debe enfocarse por una parte a la mujer, fortaleciendo su educación para el fomento de la salud sexual y reproductiva, que haga hincapié en el uso del condón y en la negociación del mismo con la

pareja, y por otra parte fortalecer de forma paralela la salud sexual y reproductiva del hombre así como su capacidad de negociación, tolerancia y respeto. De tal manera que la responsabilidad y cuidado sea de cada uno, pero exista la capacidad negociación y respeto por el otro o la otra.

4 Factores Psicosociales

La epidemia ha causado gran conmoción dentro de la comunidad científica, investigadores de todas las áreas: físicos, químicos, biólogos, etc., se han enfocado a dar luz a una de las más devastadoras enfermedades que ha existido en la segunda mitad del siglo. La búsqueda de una cura ha llevado a formas de detección del virus en los organismos infectados y ha avanzado en el desarrollo de medicamentos que pueden prolongar la vida de los pacientes, con lo cual la enfermedad se ha pasado de ser una enfermedad letal a una enfermedad crónica.

Por otro lado, no se han logrado vacunas ni medicamentos para erradicar el virus; además, los recursos invertidos por paciente son enormes, de tal manera que los países en vías de desarrollo, como México - según declaración de Samuel Ponce de León, en la XI Conferencia Internacional sobre VIH/SIDA, llevada a cabo en Vancouver (1996) invertirán preferentemente en prevención, dentro de lo cual se incluye educación para la salud.

El Modelo de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975); es un modelo que considera la importancia de predecir y entender la conducta humana para la solución de problemas y para la toma de decisiones en las políticas de salud. Ajzen y Fishbein parten de la premisa de que “los seres humanos son usualmente racionales y hacen uso sistemático de la información disponible para ellos” y niegan que la conducta social humana esté controlada por motivos inconscientes o deseos irresistibles; indican además que la gente evalúa los posibles resultados sociales o personales, de su conducta antes de decidirse a realizarla (Alfaro 1995).

La teoría de la Acción Razonada cuya finalidad es predecir la conducta individual, como miembro de un grupo y como participe en las relaciones interpersonales, sabe que cualquier significado o valor explicativo que tenga la actitud, debe provenir de una disposición intermedia entre el nivel individual y social.

Una vez definida la conducta la teoría asume que el mejor predictor simple de esa conducta es la intención de una persona para realizar el comportamiento específico. Esta intención está en función de dos determinantes básicos, (factores psicosociales) uno de naturaleza personal y otro que es el reflejo de la influencia social.

Factor personal: Comprende los sentimientos afectivos del individuo, ya sean positivos o negativos con respecto a la ejecución de una conducta en cuestión, este factor es llamado *actitud hacia el comportamiento*.

Factor de percepción de las presiones sociales. Se refiere a lo que las personas perciben como presiones sociales impuestas a él o ella, para realizar o no determinado comportamiento; a esto se le llama *norma subjetiva*.

Aunque las actitudes y las normas subjetivas pueden influir en la formación de cualquier intención dada, la importancia de estos dos factores se espera que varíe de persona a persona y de conducta a conducta. Así las intenciones para realizar una conducta dada puede estar bajo control actitudinal para algunas personas o bajo control normativo para otras. Aunque con mucha frecuencia ambos son factores importantes Fishbein 1990 en (Alfaro 1995).

De esta forma algo esencial para poder desarrollar una intervención exitosa, es identificar y examinar las creencias conductuales y evaluaciones que subyacen a la actitud, así como las creencias normativas, para saber cuáles determinan la norma subjetiva.

Sin olvidar la determinación que la categoría de género da en cada mujer incluidas creencias sobre la capacidad de negociación, “yo no puedo vivir sin un hombre”, “si pido el uso del condón hay una infidelidad implícita” Dependencias emocionales, económicas e incluso sociales por parte de las mujeres al momento de negociar el uso del condón.

Conocimientos y creencias sobre VIH/SIDA

El conocimiento se refiere a la información organizada que los sujetos poseen sobre algún tema o sobre un conjunto de temas, el conocimiento está más cercano a la objetividad, a la información documentada, a diferencia de las creencias que se acercan más a información con poco o ningún fundamento científico (Pepitone, 1991); de tal manera que se pueden tener tanto conocimientos como creencias erróneas y conocimientos y creencias correctas.

Dentro de los factores psicosociales el conocimiento se ha estudiado a través de la información documentada que la población tiene sobre el VIH, sus formas de transmisión y prevención.

Para hacer frente a la pandemia, la Organización Mundial de la Salud, recomendó al inicio de la epidemia informar a toda la población sobre el VIH/SIDA y sus formas de transmisión como una forma de prevenir nuevos contagios. A través de diversas investigaciones, se ha

encontrado que la información es necesaria pero no suficiente para prevenir nuevos contagios (Bayes,1989) ya que la gente, a pesar de tener conocimientos suficientes sobre las formas de transmisión, especialmente la sexual, que es la que afecta en México, continúan realizando conductas de riesgo tales como el no uso del condón en cada relación sexual.

El SIDA afecta cada vez más a las mujeres heterosexuales y jóvenes, con lo que se revierte la tendencia de los orígenes de la enfermedad. El mal avanza progresivamente en las mujeres, nos referimos particularmente a mujeres heterosexuales, ya que las mujeres sexualmente activas que exclusivamente tienen relaciones con otras mujeres y evitan el sexo con hombres tienen un bajo riesgo de contraer el SIDA por transmisión sexual (Bronfman, et al., 1995). Hasta el momento no se ha documentado caso alguno de mujeres lesbianas.

En una investigación realizada por el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población IMIFAP (1996), sobre la conducta sexual y la percepción del SIDA en hombres y mujeres de la ciudad de México, se encontró que todas las mujeres entrevistadas poseían en una mayor o menor medida una noción sobre el SIDA al que hicieron referencia con palabras tales como “enfermedad” o “infección”. En cuanto al origen de la información aparecen respuestas poco claras, algunas entremezcladas con ideas morales y religiosas sobre el significado del SIDA utilizando frases como: “...es una enfermedad mortal que vino a aplacar las infidelidades en todo el mundo”, ...”no puedes estar brincando de cama en cama”.

También se encontró que algunas mujeres consideran que entre los homosexuales existe un número más alto de enfermos. Varias mujeres mencionaron experiencias personales de algún conocido con SIDA que era homosexual o de haberse enterado de una persona contagiada por medio de algún amigo; sin embargo, en contadas ocasiones las mujeres relataron conocer de manera directa a una persona contagiada de SIDA. El hecho de que se enfatice que las personas que han conocido o los casos cercanos de los que se han enterado correspondan a personas homosexuales disminuye la percepción de riesgo de la población heterosexual y por lo tanto de las conductas preventivas. Utilizaron frases como: “...él como gay es muy guapo yo pienso que tendría suerte con los hombres, lo aceptaban y yo pienso que por eso lo contrajo...”, “...la homosexualidad es el principal factor de riesgo para el contagio...”

Las experiencias previas, permiten suponer que existe un bajo nivel de conciencia en la población femenina respecto al riesgo de contraer la infección. Todo parece indicar que poseer información sobre SIDA, sus vías de contagio, sus formas de prevención, etc., no implica necesariamente la adquisición de una conciencia sobre el riesgo y, por lo tanto, la adopción de comportamientos preventivos (Bronfman et al., 1995).

En diversos estudios se han encontrado que creencias erróneas pueden llevar a conductas erróneas, así por ejemplo para enfrentar la transmisión por VIH, las creencias sobre el origen del SIDA y las creencias de que es una enfermedad exclusiva de homosexuales y trabajadoras sexuales ha proporcionado cierto control psicológico a la población (Sepúlveda et al., 1989, Ramos, Díaz Loving, Saldívar y Martínez, 1992).

Las formas recomendadas para evitar el contagio de VIH para aquellos sexualmente activos y cuya opción no es la abstinencia o la monogamia, es el uso del condón. A este respecto su uso está mediado por un sin número de factores entre los cuales se pueden destacar las creencias y actitudes sobre su uso, las intenciones, la motivación para complacer entre otras.

Creencias

Cuando una persona percibe una relación entre dos cosas o entre una cosa y algo que la caracteriza, dicha persona ha formado una creencia. La suma de todas las creencias de una persona conforma el entendimiento de sí mismo y de su ambiente.

Las creencias se pueden derivar de tres procesos básicos: 1) la experiencia sensorial directa, 2) la información ofrecida por alguna autoridad externa, 3) la derivación de nuevas creencias a través de un proceso lógico o psicológico, basadas en creencias formadas por los dos modos anteriores (Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 1996).

Según Fishbein y Ajzen (en Alfaro, 1995), las creencias dentro de un constructo teórico son anteriores a las actitudes, ya que constituyen la información que los individuos tienen acerca del objeto psicológico, ésta información proviene de otros individuos de experiencia directa o bien, inferencias que el sujeto hace acerca del objeto.

Las creencias del uso del condón por un lado reportan un componente práctico y por otro uno de contenido sexual. El primero hace referencia a su uso como anticonceptivo o como preventivo en el contagio de infecciones, el segundo está relacionado con la sensibilidad dentro de la relación sexual (Rivera Aragón, Díaz-Loving, 1993). Y el reporte subjetivo de algunos hombres y mujeres que reportan o dicen tener menor sensibilidad al momento de usar condón en la relación sexual.

Potts y Short, (1989; en CONASIDA, 1995), afirmaron que el uso del condón surgió como medio de protección ante el contagio de las infecciones de transmisión sexual y no como método anticonceptivo, utilidad que se le dio posteriormente.

A pesar de que el condón ha sido utilizado durante mucho tiempo, la sociedad occidental lo ha mantenido en la obscuridad y como un tema intocable. Sin embargo, con la epidemia del SIDA, el condón ha pasado a ser uno de los principales métodos para prevenir la transmisión sexual del VIH.

La Organización Mundial para la salud estima que diariamente se llevan a cabo 100 millones de relaciones sexuales, de las cuales 356 mil terminan en infecciones de transmisión sexual y unas 6 mil en infecciones por VIH (CONASIDA, 1995).

Se calcula que en 1990 se usaron en el mundo aproximadamente seis mil millones de condones. Por lo que toca a México, en ese año se vendieron de 30 a 32 millones de condones y el sector público distribuyó de manera gratuita 15 millones, se puede concluir que se usaron aproximadamente de 45 a 50 millones de condones en ese año, asumiendo que todos fueron utilizados en las relaciones sexuales. Pero si consideramos que en nuestro país había en 1990, 40 millones de hombres en edad sexualmente activa, los 50 millones de condones indican que cada individuo utilizó tan solo de 1 a 2 condones.

Entre las razones que refieren las personas para no usar condones se encuentran: que piensan que la pareja puede no estar infectada, consideran que los condones realmente no funcionan, olvidan llevarlos, se sienten avergonzados para hablar del asunto, tienen miedo de que la pareja se ofenda al proponer utilizarlos, se encuentran afectados por el alcohol y las drogas para recordar usarlos, sienten que interfiere en las relaciones sexuales disminuyendo la sensación y la espontaneidad (IMIFAP, 1996).

Las posibilidades de la mujer de tomar decisiones o actuar autónomamente se encuentran reducidas, debido a obstáculos de orden psicosocial, cultural; así como a las escasas opciones económicas que se le ofrecen y la consecuente dependencia de la pareja masculina.

Hebert, De Man y Farrar (1989; en Alfaro, 1995) llevaron a cabo un estudio sobre el uso del condón encontraron 4 dimensiones que pudieran influir en la utilización o no del condón; los estudiantes perciben al condón como un inhibidor del placer sexual y físico, indicando además que tienen dificultades e inconvenientes asociados al uso y *situaciones embarazosas* como la compra y el uso.

En diversos estudios con jóvenes universitarios mexicanos se ha encontrado que la mayoría de estos tienen creencias y actitudes positivas hacia el uso del condón, encontrando sobre todo diferencias en el debut sexual, ya que los estudiantes que no han tenido relaciones sexuales tienen actitudes que podrían considerarse como barreras para la intención de usarlo

en un futuro, (Villagrán 1993; Villagrán y Díaz-Loving, 1993 en Alfaro 1995) pudiendo atribuirse éstas a lo que ellos mismos llaman *situaciones embarazosas*

El uso del condón durante las relaciones sexuales para protegerse del SIDA es una práctica poco común en mujeres (IMIFAP, 1996), independientemente del nivel educativo, estado civil y edad. La falta de *confianza* es una de los argumentos que usan las mujeres para usar el condón como medida preventiva, observándose que el concepto de *confianza* tiene especial importancia en las medidas preventivas contra el SIDA.

La dinámica alrededor del concepto de *confianza* en la mujer parece funcionar de la siguiente manera: si la mujer *confía* en la pareja no usa condón y si usa condón es porque *desconfía* de su pareja.

El condón es visto principalmente como una medida anticonceptiva y en menor grado como un método de protección contra el SIDA. Para identificar el condón se emplearon palabras como: "material", "anticonceptivo", "preservativo", "plástico", "globito", "aparato" "esa cosa", "capucha" y "forro" (IMIFAP, 1996).

Aunado a lo anterior al establecer una división de las mujeres en dos categorías (*putas y decentes*), la doble moral dificulta a las mujeres decentes tocar temas relacionados con la sexualidad. El hecho de que los varones no acepten el condón les dificulta negociar su uso, pues introduce el problema de la desconfianza y la infidelidad. Si a esto sumamos que muchos hombres tienen una vida sexual muy activa al margen de la pareja, la cual puede incluir relaciones sexuales con otros varones que se dejen penetrar, dada la no estigmatización cultural de quien penetra, tenemos como consecuencia un número cada vez más importante de amas de casa que son contagiadas sin que lo sepan (Liguori, 1995).

Actitudes

Triandis, 1971 en Whittaker define actitud como "una idea cargada de emoción, que permite una clase de acciones ante cierta clase de situaciones sociales". Las actitudes presentan tres componentes: cognoscitivo, afectivo y conductual.

El componente cognoscitivo se refiere a la creencia acerca del objeto en sí; el afectivo indica el grado de gusto o disgusto hacia el objeto y el conductual, el grado de intención de actuar hacia el objeto de la forma dictada por la actitud.

De esta forma si consideramos a las actitudes como sentimientos positivos o negativos con respecto a la ejecución de una conducta en cuestión, estas pueden influir directamente en la realización de conductas preventivas; con respecto al uso del condón se ha encontrado en diversos estudios que actitudes positivas hacia la conducta de usar condón influyen sobre las intenciones conductuales de usarlo (Fishbein, 1990; Villagrán Vázquez y Díaz-Loving, 1992; Alfaro Martínez, y Díaz Loving, 1994, Alfaro Martínez, 1995, Alfaro Martínez, y Díaz Loving, 1996).

En un estudio realizado con mujeres y hombres con pareja sexual regular y ocasional utilizando el Modelo de Acción Razonada (Rivera Aragón y Díaz-Loving, 1993) confirmaron la teoría que indica que el mejor predictor de uso del condón es la intención; los autores encontraron esto válido tanto para hombres como para mujeres con la pareja sexual regular.

La teoría indica por otra parte que lo que subyace a las intenciones de realizar la conducta (uso del condón) son las creencias y actitudes hacia el objeto psicológico así como la norma subjetiva y la motivación por complacer

Se ha encontrado que son diversos factores los que subyacen de manera diferencial el uso del condón entre las parejas regulares y ocasionales; así por ejemplo (Díaz-Loving y Rivera Aragón, 1994 en Villagrán Vázquez y Díaz-Loving, 1996) en un estudio basado en la Teoría de Acción Razonada, encontraron que los hombres usarían con mayor probabilidad el condón durante las relaciones sexuales con su pareja regular si está se los pedía, es decir, había una motivación para complacer; la norma subjetiva que lo subyace es la obediencia -relacionado con valores religiosos-, que resultaría un valor importante dentro de la muestra estudiada, mientras que el uso del condón con la pareja sexual ocasional es más probable cuando está mediado por el placer -relacionado con los valores de gozo-sufrimiento- de usarlo.

La cuestión del uso del condón y la solicitud de uso de este tiene implicaciones que rebasan a las actitudes y los conocimientos, es una decisión que en muchas ocasiones cuestiona la *estabilidad* y *seguridad* de la relación en la medida que ello implica cuestionar la *confianza* hacia la pareja o despertar sospechas de *infidelidades* en ambas partes. Algunas mujeres refieren tener *miedo* a que su pareja las rechace en el momento de solicitarles el uso del condón, por lo que se ven envueltas en un conflicto (IMIFAP, 1996).

Aunque en muchas de las relaciones de pareja la mujer no cuenta con apoyo económico, afectivo o soporte en la educación de los hijos, estos aspectos se utilizan como la justificación para seguir con la pareja y no perder el status social que implica el estar *casada* o el tener una relación de pareja *estable* (IMIFAP, 1996).

El hecho de que la mujer le proponga a su pareja que utilice condón es visto como una situación muy amenazante, donde no solo se le pide al hombre algo que puede ir en contra de que disfrute la relación sexual sino que lleva consigo un mensaje de *desconfianza* tanto a la conducta de la pareja como a la de la misma mujer. La mujer teme que el hombre se enoje con ella y busque tener relaciones con otra mujer que no se lo pida (IMIFAP, 1996).

El mayor problema del condón es la aceptabilidad. En muchas sociedades tiene connotaciones negativas tanto para varones como para las mujeres, pues se asocia con relaciones casuales o con prostitución. Muchos de los varones se niegan a usarlo porque consideran que disminuye su placer sexual, o bien porque implica un cuestionamiento de su conducta sexual extramarital (Liguori, 1996; en Langer, 1996).

Parece ser que, el uso del condón depende de una variedad de factores. Por una parte, los varones persisten en sus actitudes negativas hacia éste, (Catania, et al., 1992; Pleck, et al., 1993 en Méndez, Timothy, Richard, Archer, 1996), pero probablemente los utilizarán si su pareja aprueba su uso y comunica su aprobación de manera clara. Por su parte, aunque las mujeres manifiestan actitudes más positivas hacia el condón que los varones, de una muestra de 1700 mujeres solo el 10% respondió que siempre lo utiliza (VanOss et al., en Méndez et al., 1996). Es evidente que las normas sociales que promueven el uso del condón son las mejores promotoras más que las actitudes que se tengan hacia el uso del éste.

En cuanto al aspecto cultural y social puede hablarse de que la habilidad de una persona para tomar decisiones con respecto al uso del condón, podría estar influenciada por su status de poder real o percibido en una relación sexual. Las mujeres en relaciones heterosexuales, por ejemplo, podrían sentirse incapaces de pedir a su pareja que use el condón porque esto generalmente las coloca en un rol más vulnerable.

Influencia social (Norma Subjetiva)

Fishbein (1990) en su informe sobre los factores que influyen en la petición de uso del condón en estudiantes encontró que tanto las actitudes hacia el uso del condón como las normas subjetivas influyen significativamente en las intenciones conductuales. En culturas como la mexicana en las que hay mayor número de sujetos con una tendencia al locus de control externo, se podría suponer que la norma subjetiva tuviera un impacto de mayor importancia que las actitudes.

Los factores que probablemente ponen en mayor riesgo a la mujer son los sociales. Estos se asocian con las diferencias que existen entre los hombres y las mujeres en cuanto al papel que desempeñan y al trato que reciben de la sociedad; es decir, las diferencias de género determinan la desigualdad o desventajas que hacen a la mujer más vulnerable a la infección del VIH/SIDA (Del Río, 1994).

Los hombres que se niegan a utilizar condones como parte de las relaciones sexuales extramaritales propagan las infecciones de transmisión sexual y las llevan de vuelta a sus esposas. Las expectativas culturales en cuanto a la pasividad y la obsequiosidad de las mujeres para con los hombres, el escaso control que las mujeres tienen sobre el comportamiento sexual de sus compañeros y la imposibilidad de negociar la utilización de condones, son factores contribuyentes a la susceptibilidad de las mujeres, sean éstas esposas, trabajadoras del sexo, u otras (Sadik, 1997).

IMIFAP (1996, pp 36), en una investigación con mujeres y hombres sobre conducta sexual y prevención del SIDA encontró con respecto a la solicitud del uso del condón al inicio de una relación que aunque las mujeres apoyan el uso del condón en relaciones extramaritales, es interesante que consideren que no pueden solicitar a una persona desconocida que utilice el condón y es aún más notorio la justificación esta conducta ya que se argumenta que la persona se puede ofender. Los aspectos culturales típicos de la sociedad mexicana dictan que las personas deben de quedar bien con los demás y por la tanto preocuparse por complacer a otros y evitar que se sientan incómodos en alguna situación sobretodo cuando se trata de la primera impresión que tiene una persona de otra. Sin embargo el contexto indica que si es posible que se den relaciones sexuales entre desconocidos pero no que se solicite el uso del condón ya que implica una ofensa o desconfianza del desconocido. Algunas de las expresiones que se mencionan como ejemplo de esta investigación son: “...*si es una persona desconocida probablemente me daría pena pedirle que use condón...*”, “...*puede ser que la otra persona se sienta ofendida porque estás diciendo quien sabe si tenga algo o no...*”, “...*si es alguien que no conoces muy bien se va a sentir ofendido, todo radica en si le tienes confianza, si es alguien que conoces te va a entender mejor*”.

La mayoría de las mujeres que participaron en la investigación afirman que dentro del matrimonio o con una pareja estable el condón no es un método apropiado señalando como alternativas hacerse un análisis previo y mantener una relación monógama.

La asociación que algunas mujeres establecen entre relaciones sexuales y *amor, cariño, o romance*, dificulte a la posibilidad de que ellas negocien con sus parejas el uso del condón. Las

entrevistadas hacen hincapié en el hecho de que la sexualidad es un medio para obtener seguridad y amor y no placer como sería el caso del hombre, situación que las lleva a preferir no usar condón cuando su pareja no esta de acuerdo o cuando ellas sienten miedo a que él las rechace y en algunos casos el tener sexo fue ubicado como una manera de detener a la pareja y de controlar la relación por parte de la mujer. (IMIFAP, 1996)

Parece ser que el problema implica varios aspectos que requieren cambio en el rol que juega la mujer dentro de la relación de pareja y por otro es primordial que si se lleva a cabo una conducta que sea propuesta por la mujer causa conflictos en la pareja y temor al abandono que es un factor de gran peso dentro de la sociedad.

El Modelo de Acción Razonada señala que para identificar estas conductas, es necesario tomar en cuenta cuatro factores: acción, objeto, contexto y tiempo, es decir, *toda acción ocurre con respecto a un objeto, en un contexto dado y en un tiempo determinado*.

Por tanto, toda acción ocurre hacia un objeto en especial, en un contexto y en un mismo tiempo. Al elegir la conducta, esta debe ser clara y concisa para lograra modificar o mantener cierto comportamiento (Fishbein, 1990).

Fishbein reconoce que no es fácil plantear cierta conducta ya que no se tienen muy claras las metas, logros y categorías de los comportamientos; por ejemplo: tener relaciones sexuales no es una conducta sino una categoría conductual que incluye varias conductas como el usar el condón, o negociar el uso de este, tener una pareja, etc. (Fishbein, 1990).

Una vez planteada la conducta, la teoría asume que el mejor predictor del comportamiento es la intención de la persona para realizar cierta conducta. La intención del individuo es llegar a cierta meta (conducta); al analizar la intención siempre estará en función de dos determinantes básicos, uno personal y otro determinado por la influencia social.

El factor personal se refiere a los sentimientos positivos o negativos que tiene el individuo para realizar cierta conducta, esto es denominado actitud hacia el comportamiento. Las actitudes (Villegas, 1980 en Alcantar, Rodríguez, Ugalde, 1999) son juicios positivos o negativos hacia un objeto-actitud, es un juicio subjetivo.

La norma subjetiva se enfoca a las presiones sociales a las que se ve sometido el individuo para realizar o no cierta conducta; además del juicio subjetivo, acerca de la importancia de aquellas personas que influyen en él o ella para que la realice o no.

Para Fishbein, hay una relación importante entre las actitudes y las normas subjetivas, argumenta que siempre se van a presentar en cada individuo y éste va a actuar conforme tenga

una actitud positiva hacia cierto comportamiento y tenga la aprobación de las personas importantes para realizar una conducta; aunque puede variar de persona a persona, por ejemplo para algunos sujetos pueden tener más valor las actitudes que las normas subjetivas y para otros las normas subjetivas tienen mayor importancia que las actitudes.

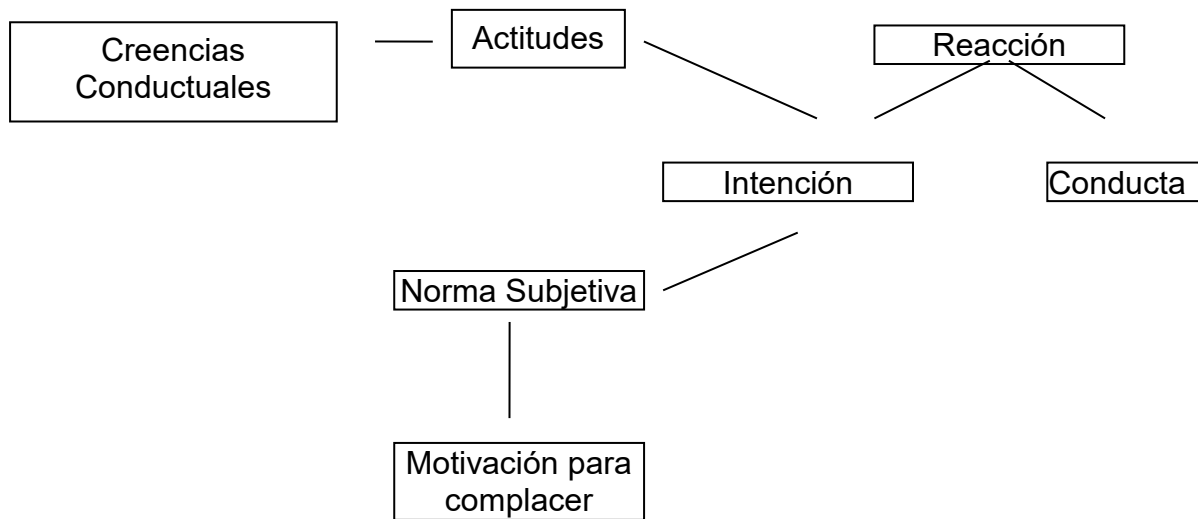
Por lo tanto, este modelo trata acerca de la relación que existe entre creencias, actitudes y conductas, asumiendo que las conductas son una función de las intenciones conductuales, es decir, una vez que la conducta ha sido identificada se asume que el mejor predictor es la intención correspondiente.

En una investigación realizada por Middlestadt y Fishbein (1990), en mujeres estudiantes con experiencia sexual, los resultados indican que las mujeres mostraban intenciones de decir a sus parejas que usaran condones cuando estaban bajo control normativo más que actitudinal. Las mujeres pueden influir en aumentar la probabilidad de que sus parejas usen condón en la medida en que ellas mismas reciban influencia actitudinal o normativa.

Fishbein (1990) utilizó el Modelo de Acción Razonada para predecir la intención femenina de pedir a su pareja sexual el uso del condón durante las relaciones sexuales; los resultados indican que tanto las actitudes hacia la petición del uso del condón como las normas subjetivas influyen significativamente en las intenciones conductuales de llevar a cabo comportamientos que reduzcan el contagio, aunque subraya que las actitudes son las determinantes más importantes para este estudio (figura 1).

Figura 1

Modelo de Acción Razonada



El Modelo ha sido probado en diversas poblaciones, por ejemplo, Gallois y McCamish (1993) entrevistaron a 71 hombres y 78 mujeres estudiantes, solteras(os) de 17 a 21 años; les preguntaron acerca de las intenciones de tener un encuentro sexual próximo, así como sus actitudes, norma subjetiva (incluyendo lo que creía que creía su pareja) y su conducta pasada acerca del uso del condón. Posterior a la consumación del encuentro sexual se respondió el cuestionario sobre el uso del condón. Los resultados indicaron que cuando la posibilidad del uso es grata y satisfactoria para la pareja la intención incremento con respecto a lo reportado antes del encuentro sexual. Los resultados indicaron que las intenciones fueron consistentes en un primer y segundo momento, es decir, la intención hacia el uso del condón no cambia en la dinámica del encuentro sexual; además de que la creencia normativa de la pareja tiene una influencia en las actitudes, norma subjetiva e intención en el uso del condón.

Sin embargo la Teoría de Acción Razonada (TAR) no puede explicar completamente estos resultados, lo que evidencia la necesidad de agregar elementos teóricos a la investigación en la dinámica de la conducta en cooperación. De tal manera que el presente trabajo agrega un elemento en el que se pueda establecer la influencia de las emociones en el contexto de la petición y uso del condón en la relación sexual por parte de las mujeres.

Triandis (1977) elaboró una teoría sobre los afectos conductuales interpersonales. Para Triandis una parte importante en la ejecución de la conducta es la *reacción emocional visceral* que experimente el individuo al realizarla. A través de estudios Schwartz y Bilsky, en 1990 y Triandis y cols, 1988 sugieren que las culturas americanas son más hedonistas y más empáticas con el placer. Si una mujer tiene una sensación visceral negativa al pedir a su pareja el uso del condón será más baja la intención de pedirlo, independientemente de las actitudes, normas y/o percepciones del control de la conducta.

En una valoración con 312 mujeres estudiantes sobre la intenciones de pedir a su pareja el uso del condón en cada relación sexual, aplicó el Modelo de Acción Razonada y un predictor adicional, percepción de control de la conducta y variables de reacción emocional, y encontró que las actitudes y norma subjetiva sugieren una alta intención de pedir el condón, en cuanto a las dos variables adicionales solo la reacción emocional incrementa la predicción de las intenciones, más allá que la sola explicación de la TAR Para medir este componente afectivo se usaron las palabras: disfruto-no disfruto, agradable-desagradable, placentero-displacentero y para evaluarlo correcto-incorrecto, atinado-tonto, benéfico-perjudicial (Ajzen, 1985 en Chan y Fishbein, 1993).

En México, Díaz-Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos (1994) realizaron un estudio con base en el Modelo de Acción Razonada, en relación a la dinámica del uso del condón con 1203 trabajadores al servicio del Estado, cuyas edades fueron entre 20 y 40 años, de los cuales el 52.3% eran del sexo femenino. Los resultados indican con respecto a las mujeres con pareja regular que la intención fue el mejor predictor del uso del condón, seguido por la motivación, la norma subjetiva y las actitudes, principalmente las referidas al uso del condón como una conducta inteligente, buena y natural.

Las mujeres con pareja ocasional, presentan como mejores predictores la intención y las actitudes hacia la utilidad del condón. Empero en estas la relación entre la norma subjetiva y el uso del condón se incrementa, es decir están más bajo el control de normas de individuos o grupos que son importantes para ellas.

Es claro que en este estudio la norma subjetiva aumenta su influencia cuando se trata de parejas regulares, y que las actitudes, con énfasis en el aspecto de utilidad se vuelve central en el caso de las parejas ocasionales.

Fishbein et al., (1993 citado en Díaz-Loving y Villagrán Vázquez, 1999) muestran que las actitudes conductuales, norma e intención, varían dependiendo de la práctica sexual y de la

creencia hacia el uso del condón. Siendo fundamentales en las diferencias las características por género y por tipo de pareja.

Triandis 1994: op cit., 1999, señala que con poblaciones individualistas la conducta esta claramente basada en actitudes y norma subjetiva hacia la conducta meta.

En poblaciones hispanas que son más *colectivas* la conducta meta esta fuertemente ligada a la presión ejercida por la pareja sexual.

De hecho Díaz-Loving et al (1990) encontraron que el mejor predictor del uso del condón en estudiantes universitarios mexicanos es la petición por su pareja sexual.

Es evidente que la predicción de una conducta, es mejor si se explican la situación y los componentes personales, así como el género y el tipo de pareja sexual.

Estos estudios muestran la importancia del Modelo de Acción Razonada, para promover cambios en la conducta sexual de las mujeres y evaluar la influencia que tienen los factores psicosociales en dichas conductas. Para realizar una prevención eficiente resultará necesario tomar en cuenta, la reacción emocional, así como el papel de la pareja y de las amistades, lo cual es necesario si se desea cambiar actitudes, creencias, hábitos o valores.

Sin embargo la TAR no puede explicar completamente estos resultados, lo que evidencia la necesidad de agregar otros elementos teóricos a la investigación, por ejemplo, las emociones.

La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein, 1990; Fishbein y Ajzen 1975; Ajzen y Fishbein, 1980), aunada a factores como la sensación emotiva que produce el realizar una conducta (Triandis, 1977) son algunas de las teorías que se ha utilizado para proporcionar información sobre los factores que subyacen al por qué los individuos se involucran en conductas que los predisponen en riesgo de contagiarse de VIH.

Para el presente estudio será importante puntualizar que el VIH-SIDA es una enfermedad conductual (Fishbein, 1990) ya que no importa el lugar o la situación en la que la persona esté, pero sí, lo que haga o deje de hacer para exponerse al contagio.

5 Planteamiento del problema

Justificación de la investigación

Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un proceso psicobiológico que implica la interacción entre las características biológicas del virus y las conductas que incrementan la posibilidad de estar expuesto a él (Bernard y Krupat, 1994). El VIH se aloja en la sangre, semen y secreciones vaginales principalmente, así que los mecanismos de transmisión lo constituyen aquellas situaciones propiciatorias de intercambio de estos líquidos, es decir que la transmisión implica una serie de prácticas o conductas favorecedoras de contagio.

Actualmente uno de los principales mecanismos de transmisión del VIH en México es por vía sexual coital, ya sea por vía vaginal o anal. En este sentido las investigaciones sociales se han enfocado principalmente en dos conductas de alto riesgo de contagio de VIH: el no uso del condón y las relaciones sexuales con parejas múltiples.

Las conductas de alto riesgo son aquellas en las que existe un alto grado de exposición al virus del SIDA, dándose principalmente cuando no se utiliza una barrera protectora (CONASIDA, 1994).

En México, la epidemia del SIDA ha presentado un patrón que tiende a afectar cada vez más a poblaciones heterosexuales, así pasó de ser una epidemia de hombres homosexuales y mujeres transfundidas, a ser cada vez más un padecimiento de transmisión heterosexual.

En nuestro país se ha observado que la mayoría de las mujeres que se han infectado por vía sexual están casadas o tienen una relación estable, y solo han tenido contacto sexual con su pareja.

Un indicador más para entender la importancia que está cobrando el SIDA entre las mujeres mexicanas, además del aumento significativo de casos, es que esta enfermedad ocupa, desde 1992 el lugar número doce como causa de muerte en mujeres de 25 y 34 años, mientras que en 1988 ni siquiera se ubicaba entre las primeras veinte (Izazola, Del Río, Valdés, 1995).

Ante las evidencias sobre el aumento de casos de VIH/SIDA en la población en general y en especial la femenina, las autoridades sanitarias y las organizaciones no gubernamentales han implementado programas donde se ha informado a la población sobre lo que es el VIH/SIDA y sus formas de transmisión. Los resultados a este respecto han sido satisfactorios,

ya que la población tiene un conocimiento suficiente sobre lo que es la enfermedad y como se transmite, sin embargo, ésta no ha sido suficiente para promover conductas preventivas (Alfaro-Martínez, Rivera-Aragón y Díaz-Loving, 1992).

Ante esto, la Organización Mundial de la Salud recomienda, como única forma para prevenir el contagio de VIH/SIDA para aquellos cuya opción no es el sexo seguro, la abstinencia o la monogamia: el sexo protegido o uso del condón.

El uso del condón - como todo lo que está vinculado con la sexualidad - es un fenómeno difícil de evaluar o corroborar de manera objetiva y que además es un evento multicausado, sin embargo, existen formas indirectas de evaluar esta conducta y predecirla con cierto grado de precisión. Se sabe que esta conducta (usar el condón o sexo protegido) está determinada por una multitud de variables, que pueden ser de orden individual (p.e.: lo económico, las creencias sobre la utilidad y las actitudes hacia su uso, los sentimientos o emociones que genera la petición y el uso del condón) o bien pueden ser de orden normativo, en donde se involucran las creencias de personas cercanas (familia, amigos o pareja).

En este marco, el presente proyecto tiene como propósito probar la Teoría de la Acción Razonada en una muestra de mujeres, teniendo como conducta meta el uso del condón (con pareja regular y ocasional) y la evaluación descriptiva de las emociones que implican la conducta meta.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el mejor predictor de uso del condón y petición de uso del condón en mujeres de la Cd. De México?

Objetivo General

Describir y analizar los factores que dentro de la Teoría de la Acción Razonada (Creencias y Actitudes hacia el uso del condón, Norma Subjetiva, Motivación para complacer e Intención de realizar la conducta meta) son mejores predictores de la conducta meta (uso del condón con pareja regular y ocasional), así como el vínculo de la reacción emocional hacia la petición y uso del condón.

Los objetivos específicos de este estudio son:

Describir el patrón sexual de las mujeres con pareja sexual regular y pareja sexual ocasional en relación con los factores sociodemográficos.

Analizar la influencia y relación de las creencias conductuales ante el uso y petición del uso del condón tanto con pareja sexual regular como con pareja sexual ocasional.

Analizar la influencia y relación de las actitudes e intenciones conductuales ante el uso y petición del uso del condón tanto con pareja sexual regular como con pareja sexual ocasional.

Analizar la influencia y relación de las creencias normativas y norma subjetiva ante el uso y petición del uso del condón tanto con pareja sexual regular como con pareja sexual ocasional.

Analizar la influencia y relación de la reacción emocional percibidas ante el uso y petición del condón tanto con pareja sexual regular como con pareja sexual ocasional.

6 Hipótesis de trabajo:

La intención de uso y petición de uso del condón, es el mejor predictor del uso y petición del uso del condón.

7 Definición conceptual y operacional de variables

Variables de clasificación

Sociodemográficos: Variables que describen las características sociales, económicas, etnográficas de los individuos de la población estudiada.

Edad: Variable continua, tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento, a la fecha de la encuesta (Diccionario Enciclopédico Larousse, 1990). Se medirá en años.

Ocupación: Labor realizada por una persona pudiendo tener una percepción económica o no por realizarla.

Variables predictoras

Variables que se incluyen dentro del Modelo de Acción Razonada

7.1.1 Creencias conductuales ante el uso del condón y petición del uso del condón.

Las creencias conductuales, se refieren a lo que las personas piensan acerca de realizar ciertas conductas y las consecuencias que existen para llevarlas a cabo, y la evaluación que tengan de ellas (Fishbein, 1990). Se evaluarán con 6 reactivos cuyas respuestas van de 1 (totalmente de acuerdo) y 5 (totalmente en desacuerdo).

7.1.2 Actitudes conductuales ante el uso del condón y petición del uso del condón.

Actitud: Es una predisposición a responder a un objeto y no a la conducta afectiva hacia él. Se desarrollan como parte del proceso de socialización y están en una parte del esquema social en el que el individuo se desarrolla (Fishbein, 1990). Sentimientos positivos o negativos del individuo con respecto al uso y petición del condón. Los cuales se evaluarán mediante una escala con 46 reactivos agrupados en 6 bloques los cuales evalúan en 2 niveles:

- a) actitudes hacia el uso y petición del uso del condón del condón con pareja sexual regular
- b) actitudes hacia el uso y petición del uso del condón del condón con pareja sexual ocasional

7.1.3 Normas subjetivas ante el uso del condón y petición del uso del condón.

Norma subjetiva: La norma subjetiva de una persona, con respecto a una conducta dada es por una parte, una función de las creencias normativas de la persona acerca de que grupos o individuos importantes piensen que el/ella debería (no debería) realizar la conducta y por otra, de la motivación de la persona para estar de acuerdo con estos individuos o grupos (Fishbein, 1990). Percepción social a favor o en contra del uso y petición del condón, las cuales se evaluarán mediante 14 reactivos 2 de ellos con una escala que va desde “debería pedirle” hasta “no debería pedirle” y el resto evaluado con una escala cuyas respuestas van de 1 (totalmente de acuerdo) y 5 (totalmente en desacuerdo).

7.1.4 Intención conductual ante el uso del condón y petición del uso del condón.

La intención corresponde directamente (en términos de acción, contexto y tiempo) a tener el propósito de realizar o no la conducta. Fishbein, (en Alfaro 1995). La cual se evaluará mediante una escala con 7 reactivos que van del reactivo 49 al 51 y del 12 al 15.

7.1.5 Motivación para complacer ante el uso del condón y petición del uso del condón.

Esta escala se refiere a las conductas que se llevan a cabo para conformarse con el grupo (padres, amigos/as, y parejas).

7.1.6 Reacción emocional ante el uso del condón y petición del uso del condón.

La reacción emocional se entenderá como la sensación visceral que una persona reporte sentir al realizar una conducta. La cual se evaluará con una escala tipo likert utilizando las palabras agradable-desagradable, placentero-displacentero, correcto-incorrecto, atinado-tonto, benéfico-perjudicial (Chan, y cols. 1993).

Variables dependientes

1. - Frecuencia del uso del condón: Se refiere al uso continuo o sistemático del condón durante el coito. Variable atributiva la cual será evaluada con una escala que va de 1(nunca) a 5 (siempre). Y en dos niveles:

- a) con pareja sexual regular
- b) con pareja (s) sexual (es) ocasional (es)

2. - Petición del uso del condón:

- a) con pareja sexual regular
- b) con pareja (s) sexual (es) ocasional (es)

Frecuencia del uso del condón con pareja sexual regular y ocasional: variable categórica con tres niveles de clasificación:

1. Sujetos que nunca han utilizado el condón al tener relaciones sexuales.
2. Sujetos que solo en algunas veces han utilizado el condón al tener relaciones sexuales.

3. Sujetos que siempre han utilizado el condón al tener relaciones sexuales.

Petición del uso del condón con pareja sexual regular y ocasional: variable categórica con tres niveles de clasificación:

1. Sujetos que nunca han pedido el uso del condón al tener relaciones sexuales.

2. Sujetos que solo en algunas veces han pedido el uso del condón al tener relaciones sexuales.

3. Sujetos que siempre han pedido el uso el condón al tener relaciones sexuales

8 Diseño

Se trata de un diseño correlacional multivariado, ya que se observarán las relaciones existentes entre las variables.

9 Tipo de investigación

Por su objetivo es una investigación confirmatoria ya que se pretende confirmar o rechazar hipótesis; por el lugar donde se llevará a cabo es un estudio de campo, debido a que el instrumento de medición se aplicará en escenarios naturales y conocidos por las mujeres, finalmente por el tiempo es transversal, ya que no existirá un seguimiento de los sujetos participantes.

10 Muestra

El estudio se llevará a cabo con un total de 90 mujeres entre 20 y 50 años.

Tipo de Muestreo

El muestreo es no probabilístico intencional (Kerlinger, 1988). Los criterios de inclusión serán los siguientes:

Sexo: femenino que se hayan iniciado sexualmente

Ocupación:

Mujeres dedicadas al hogar con trabajo remunerado

Mujeres dedicadas al hogar sin trabajo remunerado

Edad: entre 20 y 50 años

11 Escenario

El estudio se realizará en escuelas, clínicas de atención especializada en mujeres, casas particulares, es decir; sitios donde sea factible localizar a las mujeres que tengan los requisitos necesarios para la investigación.

12 Instrumento

1. - Cuestionario sobre SIDA y sexualidad

Se utilizará un instrumento creado por la Unidad de Investigaciones Psicosociales de la Facultad de Psicología de la UNAM. El cual se ha probado en diferentes investigaciones (Vizconde, L. 1997, Alfaro, L., Díaz-Loving, R. 1996, Alfaro, L. 1995, Rivera Aragón, S. Díaz-Loving, 1993, Fishbein, M. 1990).

Díaz Loving y Villagrán Vázquez (en prensa). El instrumento fue validado y confiabilizado, con los siguientes resultados: el principal componente del análisis fue una rotación ortogonal conducida a través de las actitudes hacia el uso y petición del uso del condón. Para ambas parejas ocasional y regular, el análisis mostró tres factores con valores Eigen superiores a 1lo que explica el 69% de la varianza total de la escala. El primer factor con valores superiores a .72, los reactivos agradable-desagradable, placentero-displacentero, confortable-no confortable, excitante-no excitante y natural-artificial, forman la dimensión hedónica con un Alfa de Cronbach de .80. El segundo factor fue formado por dos reactivos inteligente-tonto y bueno-malo. Esta

dimensión evalúa la parte racional y las actitudes hacia el uso del condón con un Alfa de .79. La última dimensión significativa tiene tres reactivos con valores superiores a .65 y mide las actitudes hacia la utilidad del condón con un Alfa de .66. Los reactivos incluidos en este factor son: caro-barato, perjudicial-benéfico, fácil-difícil. En el caso de la petición del uso del condón el análisis reportó dos dimensiones significativas dimensión hedónica y el segundo factor una la racionalidad y la utilidad.

La norma subjetiva esta formada por cuatro reactivos que se refieren a la creencia de que es importante el uso del condón porque otras personas importantes consideran que debería o no debería usarlo. El Alfa de Cronbach para el uso fue de .87 y .85 para la petición del uso del condón. Finalmente el análisis del factor de creencias conductuales quedó dividido en dos áreas: aspectos placenteros para el uso del condón y la utilidad del uso del condón ambos formados por tres reactivos con un Alfa de .63.

El instrumento original es un cuestionario autoaplicable que consta de 217 reactivos, para este estudio, solo se tomarán en cuenta las siguientes subescalas que comprenden un total de 110 reactivos:

A través del cual se pretenden conocer algunos aspectos relacionados con el SIDA y la sexualidad.

Datos generales o información socioeconómica en la que se incluyen siete aspectos: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso mensual e influencia de la religión.

Información sobre el patrón sexual en general/conocimiento y uso del condón.- 14 reactivos

Patrón sexual con la pareja sexual regular.- 9 reactivos

Intención de uso de condón con la pareja sexual regular.- 2 reactivos

Intención de petición de uso del condón con la pareja sexual regular.- 1 reactivo

Actitudes hacia el uso del condón con la pareja sexual regular.- 10 reactivos

Actitudes hacia la petición de uso del condón con la pareja sexual regular.- 10 reactivos

Norma subjetiva.- 1 reactivo

Patrón sexual con la (s) pareja (s) sexual (es) ocasional (es). - 8 reactivos

Intención de uso de condón con la pareja sexual ocasional.- 3 reactivos

Intención de petición de uso del condón con la (s) pareja (s) sexual(es) ocasional (es). - 1 reactivo

Actitudes hacia el uso del condón con la pareja sexual ocasional.- 10 reactivos

Actitudes hacia la petición de uso del condón con la pareja sexual ocasional.- 10 reactivos

Norma subjetiva pareja ocasional.- 1 reactivo

Creencias sobre el uso del condón.- 6 reactivos

Conocimiento/creencia/Norma subjetiva sobre el uso del condón con la pareja sexual regular.- 3 reactivos

Conocimiento/creencia/Norma subjetiva sobre la petición del uso del condón con la pareja sexual regular.- 3 reactivos

Conocimiento/creencia/Norma subjetiva sobre el uso del condón con la pareja sexual ocasional.- 3 reactivos

Conocimiento/creencia/Norma subjetiva sobre la petición del uso del condón con la pareja sexual ocasional.- 3 reactivos

Conocimientos creencias sobre el VIH-SIDA.- 12 reactivos

13 Procedimiento

El instrumento será aplicado a las mujeres en forma individual o colectiva.

La investigadora se presentará ante la persona o grupo, diciendo lo siguiente: Soy psicóloga de la UNAM y estoy realizando una investigación sobre VIH-SIDA y Factores psicosociales; por lo que le (s) solicito su ayuda para responder el siguiente cuestionario, la información obtenida será tomada en forma confidencial y para fines estadísticos. En seguida se le(s) darán las instrucciones para contestar el cuestionario y para terminar se les darán las gracias por su participación en el estudio.

14 Análisis de resultados.

Descripción de la Población

En este estudio participaron 90 mujeres provenientes de las conferencias de actualización y capacitación de CAPEP (Centro Psicopedagógico de Educación Preescolar), y mujeres líderes participantes del proyecto Madres Educadoras impartido en el Centro de Desarrollo Social “Casa Libertad”, el resto fueron mujeres que se les invito a formar parte del estudio en población abierta (conocidas, profesoras y amas de casa).

La edad promedio del grupo de mujeres que participaron en el estudio es de 32.8 con una desviación de 10.2 y un rango de 19 a 54 años.

Se dividió a la población para su análisis en 3 grupos de edad: 1) 19-28; 2) 29-37; 3) 38-54.

Estado Civil

Se hizo un análisis del estado civil de las mujeres por grupo de edad, de las cuales 43 (47.7%) son casadas, 22 (24.5%) son solteras o divorciadas sin pareja regular, 25 (27.8%) son solteras o divorciadas con pareja. Al aplicar chi cuadrada ($X^2= 11.33$ $p=.02$) se encontró asociación entre grupos de edad y el estado civil, es decir hay mas casadas que solteras con y sin pareja en el grupo intermedio (grupo 2), que los grupos de menor y mayor edad grupos 1 y 2 respectivamente. El grupo de casadas 43 (47.7%) presenta un promedio en años de matrimonio de 9.9 años y un rango de 1 a 30 años. Este es el grupo proporcionalmente mayor. Son principalmente casadas, divorciadas y solteras con pareja. (ver tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la población por grupos de edad y estado civil.

Estado civil	Grupo 1 19- 28 años		Grupo 2 29-37 años		Grupo 3 38-54 años		Total	
	n	%	n	n	%	%	n	%
a) Soltera y divorciada s/pareja	12	13.3%	4	4.4%	6	6.6%	22	24.5%
b) Soltera y divorciada c/pareja	12	13.3%	8	8.9%	5	5.5%	25	27.8%
c) Casada	8	8.9%	18	20.0%	17	18.9%	43	47.7%
Total	32	35.6%	30	33.3%	28	31.1%	90	100.0%

Escolaridad.

De las 90 mujeres 15 (16.6%) tienen un nivel escolar básico, 29 (32.2%) reportan un nivel escolar medio superior, el resto 44 (48.9%) educación superior, 12 (13.3%) de las cuales pertenecen al primer grupo de edad, 11 (12.2%) al segundo grupo y 21 (23.4%) al tercer grupo. Principalmente con educación superior.

Tabla 2. Distribución de la población por grupos de edad y grado escolar.

Grado escolar	Grupo 1 19- 28 años		Grupo 2 29-37 años		Grupo 3 38-54 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Básico (Prim, Sec.)	2	2.2%	9	10.0%	4	4.4%	15	16.7%
b) Medio Superior (Preparatoria)	18	20.0%	8	8.9%	3	3.3%	29	32.2%
c) Superior (Profesional y Posgrado)	12	13.3%	11	12.2%	21	23.4%	44	48.9%
d) Otra	0	0.0%	2	2.2%	0	0.0%	2	2.2%
Total	32	35.6%	30	33.3%	28	31.1%	90	100.0%

Ingreso Económico.

Promedio de ingreso mensual que las mujeres con trabajo remunerado reciben 77 (85.5%) es de 3,296.00, con un rango de 1,200.00-16,000.00 pesos. (13 mujeres 14.4% no contestaron). Lo que indica aproximadamente son 2 salarios mínimos del D.F. poco, si tomamos en cuenta el nivel de escolaridad de este grupo de mujeres.

Pareja regular.

Como se observa el total de la población, 20 (22.55%) no tienen pareja regular y 69 (77.5%) reportan tenerla, 1 (1.1%) no contestó (Tabla 3). Son preferentemente con pareja regular.

Tabla 3. Distribución de la población por grupos de edad y pareja regular.

	Grupo 1 19- 28 años		Grupo 2 29-37 años		Grupo 3 38-54 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Tiene pareja regular?								
a) Sí	20	62.5%	26	86.7%	23	82.1%	69	76.7%
b) No	12	37.5%	4	13.3%	4	14.3%	20	22.2%
c) No contestó	0	0.0%	0	0.0%	1	3.6%	1	1.1%
Total	32	100.0%	30	100.0%	28	100.0%	90	100.0%

Patrón Sexual.

Edad al Debut Sexual.

La edad promedio al debut sexual en esta población es de 20.5 años con un rango de 14 a 30 años. El primer grupo de edad (19-28) tiene un promedio de 20.15 años con un rango de 16 a 26 años, el segundo grupo (28.1-37) promedio 20.16 años en un rango de 15-30 años, y el tercer grupo (37.1-54) promedio 20.25 con un rango de 14-28 años.

Tipo de vínculo con la persona que se iniciaron sexualmente.

En general las mujeres indicaron haberse iniciado coitalmente preferentemente con el novio, y con el esposo (tabla 4)

Tabla 4. Distribución de la población y persona con quien tuvieron su primera relación sexual por grupos de edad.

¿Con quién la 1ª relación sexual?	Grupo 1 19- 28 años		Grupo 2 29-37 años		Grupo 3 38-54 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Novio	25	78.1%	19	63.3%	16	57.2%	60	66.7%
b)Amigo/conocido	3	9.3%	2	6.7%	0	0.0%	5	5.5%
c) Esposo	4	12.6%	9	30.0%	12	42.8%	25	27.8%
Total	32	100.0%	30	100.0%	28	100.0%	90	100.0%

Tiempo de conocer a la pareja del debut sexual.

El promedio general de tiempo de conocer a la persona con la que se iniciaron sexualmente, es de 17.41 meses con una desv. St de 14.76 y un rango de 1-96 meses 2 mujeres no contestaron. Para conocer si existía diferencia estadísticamente significativa en cuanto al tiempo de conocer a la pareja del debut sexual se aplicó un análisis de varianza de una vía los resultados indicaron no diferencias.

9. Número de parejas sexuales.

El promedio general de parejas sexuales es el 2.98 con un rango de 1-32 parejas distribuidos de la siguiente forma por grupo de edad, el primer grupo tiene una edad promedio de 1.68 parejas con un rango de 1-7 parejas, el segundo grupo tiene un promedio 2.60 rango de 1-11 parejas y el tercer grupo 4.89 en promedio y un rango de 1-32 parejas.

Orientación sexual.

El grupo de mujeres es heterosexual en un 88 (97.8%) y 2 (2.2%) refieren una orientación bisexual se presenta en el grupo de mayor edad

15 Análisis Psicométrico de las escalas.

- 1 Creencias hacia el uso del condón
- 2 Actitudes hacia el uso del condón:
 - 2.1 con la pareja sexual regular
 - 2.2 con la pareja sexual ocasional
- 3 Actitudes hacia la petición de uso del condón:
 - 3.1 con la pareja sexual regular
 - 3.2 con la pareja sexual ocasional
- 4 Norma subjetiva:
 - 4.1 uso del condón con pareja regular
 - 4.2 uso del condón con pareja ocasional
- 5 Norma subjetiva:
 - 5.1 petición de uso del condón con pareja regular
 - 5.2 petición de uso del condón con pareja ocasional
- 6 Motivación para complacer:
 - 6.1 pareja regular
 - 6.2 pareja ocasional
- 7 Motivación:
 - 7.1 en el uso del condón
 - 7.2 en la petición del uso del condón

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

- 1) A partir del puntaje total de cada una de las escalas, se obtuvieron los cuartiles, posteriormente, se aplicaron t de Student para grupos independientes (grupos alto vs bajo en el puntaje total de cada una de las escalas).
- 2) Se aplicó un análisis de correlación entre los reactivos de las escalas, para decidir el tipo de análisis factorial a utilizar. Dado que las correlaciones entre los reactivos de todas las escalas fueron mediana y bajas, se optó por el Análisis Factorial de Componentes Principales, rotación Varimax.
- 3) Se eligieron aquellos factores que presentaran un valor propio (eigen value) ≥ 1 y que los reactivos que formaran cada factor obtuvieran pesos factoriales $\geq .40$.
- 4) Se obtuvo la confiabilidad de cada factor (que contuviera tres o más reactivos) mediante un Alfa de Cronbach. Los factores con solo dos reactivos se dejaron como indicadores cuando la correlación entre ambos fue mediana; en caso de presentar correlaciones bajas, se dejaron como reactivos independientes.

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

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

16 Creencias hacia el uso del condón.

Discriminaron 5 de 6 reactivos de la escala. El análisis factorial arrojó 1 factor llamado Prevención con 3 reactivos y el indicador llamado Excitación con 2 reactivos ambos explican el 66.2% de la varianza. El Alfa de Cronbach para el factor Prevención de .66 para el indicador de Excitación presenta una correlación entre reactivos de $r = .31$ (Tabla 5).

En la tabla 5 se observa que en el factor Prevención se agruparon los reactivos referentes a la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo; la media que obtuvo este factor ($\bar{X} = 4.13$) indica que la población presenta creencias muy favorables hacia la utilización del condón.

En el indicador excitación se agrupan los reactivos relacionados con la afirmación de que el uso del condón favorece la erección ($\bar{X} = 2.34$) y reduce la sensibilidad durante la relación sexual ($\bar{X} = 3.3$) las medias indicaron que la población presenta creencias ligeramente favorables al uso del condón.

Tabla 5. Análisis Factorial de Escala de Creencias hacia el uso del condón. (n=90)

Factor Prevención $\bar{X} = 4.13$ Alfa = .66 D.S. =1.0 rango =1-5			Pesos factoriales
1. Usar el condón es efectivo en la prevención del embarazo			.58
2. Usar el condón reduce la posibilidad de contagiarse de ITS			.86
3. Usar el condón protege del VIH/SIDA			.82
Indicador Excitación r = .31		\bar{X}	DS
1. Usar el condón favorece la erección		2.34	1.54
2. Usar el condón reduce la sensibilidad durante la relación sexual		3.36	1.57
			.75
			.80

1= Totalmente de acuerdo, 2= En acuerdo, 3= Indiferente, 4= En desacuerdo, 5= Totalmente en desacuerdo.

Para las regresiones se incluirá el factor Prevención y los 2 reactivos independientes del indicador Excitación.

17 Actitudes hacia el uso del condón.

Pareja sexual regular

Discriminaron 8 de 10 reactivos de la Escala. El análisis factorial arrojó dos factores y un reactivo independiente, el factor 1 llamado Hedónico (5 reactivos) el factor 2 llamado Razón (3 reactivos) y un reactivo independiente todos ellos explican el 63.1% de la varianza. Además, al calcular el Alpha de Cronbach arrojó .82 para el factor Hedónico y .66 para el factor de Razón. (ver tabla 6).

En la tabla 6 se observa la organización de los reactivos; en el factor Hedónico se agruparon los reactivos referentes al placer del uso del condón; la media que obtuvo este factor ($\bar{X} = 3.5$) indica que la población presenta actitudes favorables hacia el uso del condón, en el sentido de que este no disminuye el placer. En el factor 2 se agrupan los reactivos relacionados con la razón que evalúan si el uso del condón es inteligente-tonto, bueno-malo, dañino-benéfico; la media de este factor ($\bar{X} = 2.65$) indica que la población presenta actitudes algo desfavorables al uso del condón.

El reactivo independiente, evalúa si el condón es percibido como caro-barato la media de este factor ($\bar{X} = 3.03$) indica que esta es una característica neutral para la población.

Tabla 6. Análisis Factorial de Escala de actitudes hacia el uso del condón con la pareja sexual regular. (n=90)

Factor Hedónico $\bar{X} = 3.5$ Alfa= .82 Rango = 1-5			Pesos factoriales
1. Usar el condón con la pareja regular es agradable			.85
2. Usar el condón con la pareja regular es placentero			.86
3. Usar el condón con la pareja regular es cómodo			.73
4. Usar el condón con la pareja regular es natural			.66
5. Usar el condón con la pareja regular es muy excitante			.66
17.1.1.1.1.1 Factor Razón $\bar{X} = 2.65$ Alfa= .66 Rango = 1-5			Pesos factoriales
1. Usar el condón con la pareja regular es inteligente			.80
2. Usar el condón con la pareja regular es bueno			.81
3. Usar el condón con la pareja regular es benéfico			.57
Reactivo independiente:		\bar{X}	DS
1. Usar el condón con la pareja regular es barato		3.03	1.01

5= Muy (agradable, placentero, cómodo, natural, excitante, inteligente, bueno, benéfico, barato) 4= Algo (agradable, placentero, cómodo, natural, excitante, inteligente, bueno, benéfico, barato) 3= Neutral, 2= Algo (desagradable, displacentero, incómodo, artificial, nada excitante, tonto, malo, dañino, caro) 1= Muy (desagradable, displacentero, incómodo, artificial, nada excitante, tonto, malo, dañino, caro).

Los factores Hedónico y Razón y el reactivo independiente se incluirán para el análisis de regresión.

Pareja ocasional

Discriminaron 7 de 10 reactivos de la escala. El análisis factorial arrojó 2 factores que explican el 73.2% de la varianza. El factor Hedónico (4 reactivos) con un Alfa de Cronbach =.83, la media ($\bar{X} = 2.37$), indica que hay una actitud desfavorable hacia el uso del condón, es decir su uso no les parece hedónico o placentero. El factor Razón (3 reactivos) y un Alfa de .80 ($\bar{X} = 2.07$) indica una actitud racional y poco favorable hacia el uso del condón. (Tabla 7).

Tabla 7. Análisis Factorial de Escala de actitudes hacia el uso del condón con la pareja ocasional.

	Pesos Factoriales
17.1.1.1.2 Factor Hedónico $\bar{X} = 2.37$ Alfa = .83 D.S =.81 Rango = 1-5	
1. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería agradable	.74
2. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería placentero	.89
3. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería cómodo	.60
4. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería excitante	.92
17.1.1.1.3 Factor Razón $\bar{X} = 2.07$ Alfa= .80 D.S.=.83 Rango = 1-5	Pesos Factoriales
1. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería inteligente	.93
2. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería bueno	.93
3. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería natural	.60

5= Muy (agradable, placentero, cómodo, excitante, inteligente, bueno, natural) 4= Algo (agradable, placentero, cómodo, excitante, inteligente, bueno, natural) 3= Neutral, 2= Algo (desagradable, displacentero, incómodo, nada excitante, tonto, malo, artificial) 1= Muy (desagradable, displacentero, incómodo, nada excitante, tonto, malo, artificial).

Los factores Hedónico y Razón se incluirán para posteriores análisis.

18 Actitudes hacia la petición del uso del condón.

Pareja sexual regular

Discriminaron 7 de 10 reactivos El análisis factorial arrojó 2 factores y 2 reactivos independientes que explican el 62% de la varianza. El 1er factor Hedónico (3 reactivos) con un Alfa de Cronbach =.83 y una \bar{X} = 2.55, la media indica una actitud de tipo neutral hacia la petición del uso del condón con la pareja regular. El factor racional (2 reactivos) con un Alfa Cronbach = ___ y una \bar{X} = 1.65, indica una actitud negativa, es decir tienden a considerar como “tonto” o “malo” la petición del uso del condón con la pareja sexual regular.

Los reactivos independientes: difícil -fácil y natural –artificial presentan medias de \bar{X} = 3.64 y \bar{X} =2.38 respectivamente lo cual indica que el uso condón es percibido como de fácil uso y más tendiente a considerar como algo artificial. (Tabla 8)

Tabla 8. Análisis factorial para la escala de actitudes hacia la petición del uso del condón con pareja regular (n=90)

1 Factor Hedónico \bar{X} = 2.55 D.S.= 1.06 Alfa= .83 Rango = 1-5			Pesos Factoriales
1. Usar el condón con mi pareja sexual regular es placentero			.80
2. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es cómodo			.83
3. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es excitante			.76
Indicador Racional \bar{X} = 1.65 D.S.= .78 Alfa= Rango = 1-5			Pesos Factoriales
1. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es inteligente			.74
2. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es bueno			.68
18.1.1.1.2 Reactivos: r =-.27	\bar{X}	DS	Pesos Factoriales
1. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es fácil	3.64	1.22	-.55
2. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es natural	2.38	1.17	.62

5= Muy (placentero, cómodo, excitante, inteligente, bueno, fácil, natural) 4= Algo ((placentero, cómodo, excitante, inteligente, bueno, fácil, natural) 3= Neutral, 2= Algo (displacentero, incómodo, nada excitante, tonto, malo, difícil artificial) 1= Muy (displacentero, incómodo, nada excitante, tonto, malo, difícil artificial).

Pareja sexual ocasional

Discriminaron 6 de 10 reactivos de la escala El análisis de factorial arrojó 1 factor y 2 reactivos independientes que explican el 69% de la varianza. El 1er factor Hedónico mostró un Alfa de Cronbach =.84 y una $\bar{X} = 2.39$, la media indica una actitud poco favorable a la petición del uso del condón. Los reactivos independientes tienen una correlación muy alta de .87 por lo que se juntaron y quedaron como un factor llamado razón con pesos factoriales mayores a .69 un alfa =.87, una $\bar{X} = 2.25$, la media indica una actitud racional poco favorable a la petición del uso del condón (Tabla 9).

Tabla 9. Análisis factorial para la escala de actitudes hacia la petición del uso del condón con pareja ocasional (n=90)

3	Factor Hedónico $\bar{X} = 2.39$ Alfa= .84 Rango = 1-5 D.S. = .89	Pesos Factoriales
	1. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería agradable	.80
	2. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería placentero	.83
	3. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería natural	.72
	4. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería excitante	.91
	Factor Razón $\bar{X} = 2.25$ Alfa= .87 r =.87 Rango = 1-5	Pesos Factoriales
	1. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería inteligente	.96
	2. Usar el condón con mi pareja sexual ocasional es o sería bueno	.93

5= Muy (agradable, placentero, natural, excitante, inteligente, bueno) 4= Algo (agradable, placentero, natural, excitante, inteligente, bueno) 3= Neutral, 2= Algo (desagradable, displacentero, artificial, nada excitante, tonto, malo) 1= Muy (desagradable, displacentero, artificial, nada excitante, tonto, malo).

19 Norma Subjetiva hacia el uso del condón

Uso de condón con la pareja regular.

El análisis factorial arrojó un factor al que se le llamó Consentimiento Social, los tres reactivos que lo conforman una Alfa de Cronbach =.63 y una media de 3.60 La varianza explicada es de 58.5% la media obtenida en este factor indica que existe un acuerdo favorable con la norma hacia el uso del condón con la pareja regular. (Tabla 10)

Tabla 10. Análisis factorial para la escala Norma Subjetiva hacia el uso del condón con pareja regular.

Factor Consentimiento Social $\bar{X} = 3.60$ Alfa= .63 Rango = 1-5 D.S.= .88	Pesos Factoriales
1. Mis padres piensan que debería usar el condón con mi pareja regular.	.70
2. Mis amigos piensan que yo y mi pareja regular deberíamos usar el condón.	.86
3. Mi pareja regular piensa que deberíamos usar el condón.	.72

5= Totalmente de acuerdo, 4= En acuerdo, 3= Indiferente, 2= En desacuerdo, 1= Totalmente en desacuerdo.

Este factor se incluirá para posteriores análisis.

Discriminaron todos los reactivos. El análisis factorial arrojó un factor llamado Consentimiento Social, con tres reactivos que explican la varianza de 71.3%, un Alfa de Cronbach =.79 y una media de 3.51 en este factor que indica que existe un acuerdo con la norma hacia el uso del condón con la pareja ocasional. (Tabla 11)

Tabla 11. Análisis factorial para la escala Norma Subjetiva hacia el uso del condón con pareja ocasional.

Factor Consentimiento Social $\bar{X} = 3.51$ Alfa= .79 Rango = 1-5 D.S. = .89	Pesos Factoriales
1. Mis padres piensan que debería usar el condón con mis parejas ocasionales.	.80
2. Mis amigos piensan que debería usar el condón con mis parejas ocasionales.	.87
3. Mis parejas ocasionales piensan que deberíamos usar el condón.	.85

5= Totalmente de acuerdo, 4= En acuerdo, 3= Indiferente, 2= En desacuerdo, 1= Totalmente en desacuerdo.

Petición del uso del condón con la pareja regular.

Con el análisis factorial se encontró un factor Consentimiento Social, los tres reactivos con pesos factoriales $> .53$ y una Alfa de Cronbach $=.68$ y una media de 3.51 La varianza explicada es de 63.0% la media obtenida en este factor indica que existe un acuerdo favorable con la norma hacia la petición del uso del condón con la pareja regular. (Tabla 12)

Tabla 12. Análisis factorial para la escala Norma Subjetiva hacia la petición del uso del condón con pareja regular.

Factor Consentimiento Social $\bar{X} = 3.51$ Alfa= .68 Rango = 1-5 DS = .83	Pesos Factoriales
1. Mis padres piensan que yo debería pedirle a mi pareja regular que usemos el condón.	.67
2. Mis amigos piensan que yo debería pedirle a mi pareja regular que usemos el condón.	.68
3. Mi pareja regular piensa que yo debería pedir que usáramos el condón.	.53

5= Totalmente de acuerdo, 4= En acuerdo, 3= Indiferente, 2= En desacuerdo, 1= Totalmente en desacuerdo.
Mayores puntajes indican mayor aceptación de la norma subjetiva

20 Norma Subjetiva petición del uso del condón

Esta escala arrojó un factor al que se le denominó también Consentimiento Social, con pesos factoriales $> .40$ y una Alfa de Cronbach $=.70$ y una media de 3.77 La varianza explicada es de 54.3% la media obtenida en este factor indica que existe una tendencia muy favorable al acuerdo con la norma hacia la petición del uso del condón con la pareja ocasional. (Tabla 13)

Tabla 13. Análisis factorial para la escala Norma Subjetiva hacia el uso del condón con pareja ocasional.

Factor Consentimiento Social $\bar{X} = 3.77$ Alfa= .70 Rango = 1-5 DS= .78	Pesos Factoriales
1. La mayoría de la gente importante para mí piensa que yo debería pedirle a mis parejas ocasionales que usemos el condón.	.40
2. Mis padres piensan que yo debería pedirle a mis parejas ocasionales el uso del condón.	.75
3. Mis amigos piensan que yo debería pedirle a mis parejas ocasionales el uso del condón.	.83
4. Mis parejas ocasionales piensan que yo debería pedir que usáramos el condón.	.86

5= Totalmente de acuerdo, 4= En acuerdo, 3= Indiferente, 2= En desacuerdo, 1= Totalmente en desacuerdo.
Mayores puntajes indican mayor aceptación de la norma subjetiva

21 Motivación para complacer.

El análisis factorial arrojó un factor que se llamó complaciente, el cual consta de 4 reactivos, con pesos factoriales > .74 y una Alfa de Cronbach =.85, la varianza explicada es de 54.3%. la media 3.63, obtenida en este factor muestra una tendencia a complacer a los personajes importantes de su núcleo (Tabla 14).

Tabla 14. Análisis factorial para la escala Motivación para complacer a la Norma Subjetiva.

Factor Complaciente $\bar{X} = 3.63$ Alfa= .85 Rango = 1-5 DS= 1.07	Pesos Factoriales
1. En general hago lo que mis padres piensan que debo hacer.	.88
2. En general hago lo que mis amigos piensan que debo hacer.	.90
3. En general hago lo que mi pareja regular piensa que debo hacer.	.74
4. En general hago lo que mis parejas ocasionales piensan que debo hacer.	.82

5= Totalmente de acuerdo, 4= En acuerdo, 3= Indiferente, 2= En desacuerdo, 1= Totalmente en desacuerdo. Mayores puntajes indican mayor motivación para complacer a las personas importantes de su núcleo social

Factor emocional ante la petición del uso del condón.

Emoción al pedir el uso el uso del condón a mi pareja sexual regular.

El análisis factorial arrojó 2 factores y un reactivo independiente, con pesos factoriales > .67 y una Alfa de Cronbach =.89, la varianza explicada es de 67.8%. El primer factor que se llamó emotivo, el cual consta de 6 reactivos la media obtenida 4.68 en este factor muestra una tendencia a casi nunca sienten un vacío en el estómago, casi nunca se sienten tensas, irritadas, avergonzadas, enfermas o asustadas ante la petición del uso del condón. El segundo factor llamado emotivo temeroso con una media de 4.58 es decir casi nunca sienten que les sudan las manos, no se ponen nerviosas y casi nunca sienten temor al rechazo. El reactivo independiente evalúa la tranquilidad al pedir el uso del condón con una media = 3.9 lo cual indica que casi siempre se sienten tranquilas. (Tabla 15)

Tabla 15. Análisis factorial para la escala Emotiva para la petición del uso del condón con pareja regular.

Factor Emotivo			Pesos Factoriales
$\bar{X} = 4.68$	Alfa= .89	Rango = 1-5 DS= .61	
1. Siento un vacío en el estómago cuando pido el uso del condón.			.73
2. Me pongo tensa cuando pido el uso del condón.			.67
3. Me avergüenza pedirle a mi pareja el uso del condón.			.79
4. Me irrita tener que pedirle a mi pareja el uso del condón.			.79
5. Me enferma pedirle a mi pareja el uso del condón.			.83
6. Me asusta pedirle a mi pareja el uso del condón.			.88
Factor Emotivo temeroso			Pesos Factoriales
$\bar{X} = 4.58$	Alfa= .89	Rango = 1-5 DS= .77	
1. Me pone nerviosa pedirle a mi pareja el uso del condón.			.68
2. Me sudan las manos cada vez que pido a mi pareja el uso del condón.			.72
3. Siento temor de ser rechazada cuando pido a mi pareja el uso del condón.			.74
Reactivo:	\bar{X}	DS	Pesos Factoriales
1. Me siento tranquila cuando le pido a mi pareja el uso del condón.	3.9	1.4	.60

5= Nunca, 4= Casi nunca, 3= Algunas veces, 2= La mayoría de las veces, 1= Siempre

Emoción cuando la pareja sexual regular pide el uso del condón.

El análisis factorial arrojó 1 factor y 2 reactivos independientes, con pesos factoriales > .70 y una Alfa de Cronbach =.90, la varianza explicada es de 73.7%. El factor se llamó emotivo, el cual consta de 6 reactivos la media obtenida 4.8 en este factor muestra una tendencia a casi nunca sentir un vacío en el estómago, casi nunca se sienten tensas, irritadas, avergonzadas, enfermas o asustadas ante la petición del uso del condón. El primer reactivo independiente evalúa que tan tranquila se siente la mujer si le piden el uso del condón con una media 4.0 lo cual indica que casi siempre se sienten tranquilas El segundo reactivo evalúa si se presenta sudoración en las manos cuando le piden el uso del condón con una media de 4.8 es decir nunca sienten que les sudan las manos. (Tabla 16)

Tabla 16. Análisis factorial para la escala Emotiva ante la petición del uso del condón de la pareja regular.

Factor Emotivo \bar{X} =4.8 Alfa= .90 Rango = 1-5 DS = .50			Pesos Factoriales
1. Me enferma que mi pareja sexual regular me pida el uso del condón cuando pido el uso del condón.			.70
2. Me asusta que mi pareja sexual regular me pida el uso del condón.			.91
3. Me pone nerviosa que mi pareja sexual regular me pida el uso del condón.			.79
4. Me avergüenza que mi pareja sexual regular me pida el uso del condón.			.88
5. Me pone tensa que mi pareja sexual regular me pida el uso del condón.			.84
6. Siento un vacío en el estómago cuando mi pareja sexual regular me pide el uso del condón.			.87
Reactivo:	\bar{X}	DS	Pesos factoriales
1. Me siento tranquila cuando mi pareja sexual regular me pide el uso del condón.	4.0	1.5	.42
2. Me sudan las manos cada vez que mi pareja sexual regular me pide el uso del condón.	4.8	.53	.77

5= Nunca, 4= Casi nunca, 3= Algunas veces, 2= La mayoría de las veces, 1= Siempre

Escala confianza ante la petición del uso del condón.

En esta escala se agruparon los reactivos que se refieren a la confianza-desconfianza que pueden sentir las mujeres al momento de pedir o que les pidan su pareja regular el uso del condón. Con medias > a 4.0 lo cual nos indica que a las mujeres no les disgusta u ofende pedir o que les pidan el uso del condón, ni tampoco se sienten desconfiadas por ello. (Tabla 17).

Tabla 17. Escala Confianza ante la petición del uso del condón con pareja regular.

Reactivo:	X	DS
1. Me disgusta que mi pareja sexual regular me pida que utilicemos el condón.	4.3	1.1
2. Me siento confiada cuando mi pareja sexual regular me pide que utilicemos el condón	4.0	1.4
3. Me siento con la confianza de pedirle a mi pareja sexual regular que utilicemos el condón	4.1	1.4
4. Desconfió de mi pareja sexual regular cuando me pide que utilicemos el condón	4.6	.84
5. Me ofende que mi pareja sexual regular me pida que utilicemos el condón	4.8	.54

5= Nunca, 4= Casi nunca, 3= Algunas veces, 2= La mayoría de las veces, 1= Siempre

Escala emotiva ante la petición del uso del condón.

En esta escala se agruparon los reactivos que se refieren a la emoción y sus reacciones físicas que pueden sentir las mujeres al momento de pedir o que les pidan su pareja ocasional el uso del condón. En esta escala se presentan los resultados de manera descriptiva, el cuestionario utilizado sugiere la necesidad de contar con otro instrumento más sensible, y amplio en el que se puedan percibir las diferencias, e iniciar un estudio cualitativo a partir del cual se pueda desarrollar un instrumento validado que puede mostrar resultados mas claros. En esta escala podemos observar que la mayoría de las mujeres no presentan alguna reacción física o emotiva que altere sus sensaciones al momento de pedir el uso del condón, (Tabla 18).

Tabla 18. Escala Emotiva ante la petición del uso del condón.

Reactivo:	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. Siento un vacío en el estomago cuando le pido a mi pareja sexual ocasional que utilicemos el condón.	---	3.8%	---	3.8%	92.3%
2. Me siento tranquila cuando le pido a mi pareja sexual ocasional que utilicemos el condón	84.6%	---	---	3.8%	11.5%
3. Me pongo tensa cuando le pido a mi pareja sexual ocasional que utilicemos el condón	---	---	7.7%	11.5%	80.8%
4. Me pone nerviosa pedirle a mi pareja sexual ocasional que utilicemos el condón en las relaciones sexuales	---	----	19.2%	3.8%	76.9%
5. Me sudan las manos cada vez que le pido a mi pareja sexual ocasional que utilicemos el condón	---	---	11.5%	3.8%	84.6%
6. Me avergüenza pedirle a mi pareja sexual ocasional que utilicemos el condón	---	---	11.5%	3.8%	84.6%
7. Siento temor de ser rechazada cuando solicito a mi pareja sexual ocasional que utilicemos el condón	---	7.7%	11.5%	3.8%	76.9%
8. Me irrita tener que pedirle a mi pareja sexual ocasional que utilicemos el condón	---	---	3.8%	11.5%	84.6%

9. Me enferma pedirle a mi pareja sexual ocasional el uso del condón	---	---	---	3.8%	96.2%
10. Me asusta pedirle a mi pareja sexual ocasional el uso del condón	---	---	7.7%	3.8%	88.5%

5= Nunca, 4= Casi nunca, 3= Algunas veces, 2= La mayoría de las veces, 1= Siempre

22 Modelo de Acción Razonada

Para probar el modelo de Acción Razonada como predictor del uso y petición del uso del condón con mujeres con pareja sexual regular y pareja ocasional, se construyeron dos modelos. Se corrió un análisis de regresión múltiple para cada uno de los modelos.

El 1er paso fue definir la variable independiente: la frecuencia del uso del condón con las parejas sexuales regular y ocasional y como variables independientes: intención de la petición y uso del condón creencias (factores: prevención, excitación) y actitudes hacia el uso con pareja sexual regular y ocasional (factores: hedónico, razón y tres reactivos independientes) actitudes hacia la petición del uso del condón con pareja sexual regular y ocasional (factores: hedónico, razón 1 indicador: racional y 2 reactivos independientes) la norma subjetiva con pareja sexual regular y ocasional (factor: consentimiento social) y motivación para complacer (factor: complaciente) y factor emocional ante la petición del uso del condón (factores: emotivo, temeroso y 1 reactivo independiente).

En los pasos siguientes del análisis de regresión múltiple se consideró a la variable dependiente los mejores predictores, obtenidos en cada paso.

Modelo del uso del condón con pareja sexual regular

El análisis indicó que los mejores predictores del uso del condón en la mujeres en orden de importancia son: 1) intención ($R_m = .63$, $R^2 = .40$, $R^2_{aj} = .38$); 2) Motivación para complacer ($R_m = .82$, $R^2 = .68$, $R^2_{AJ} = .65$).

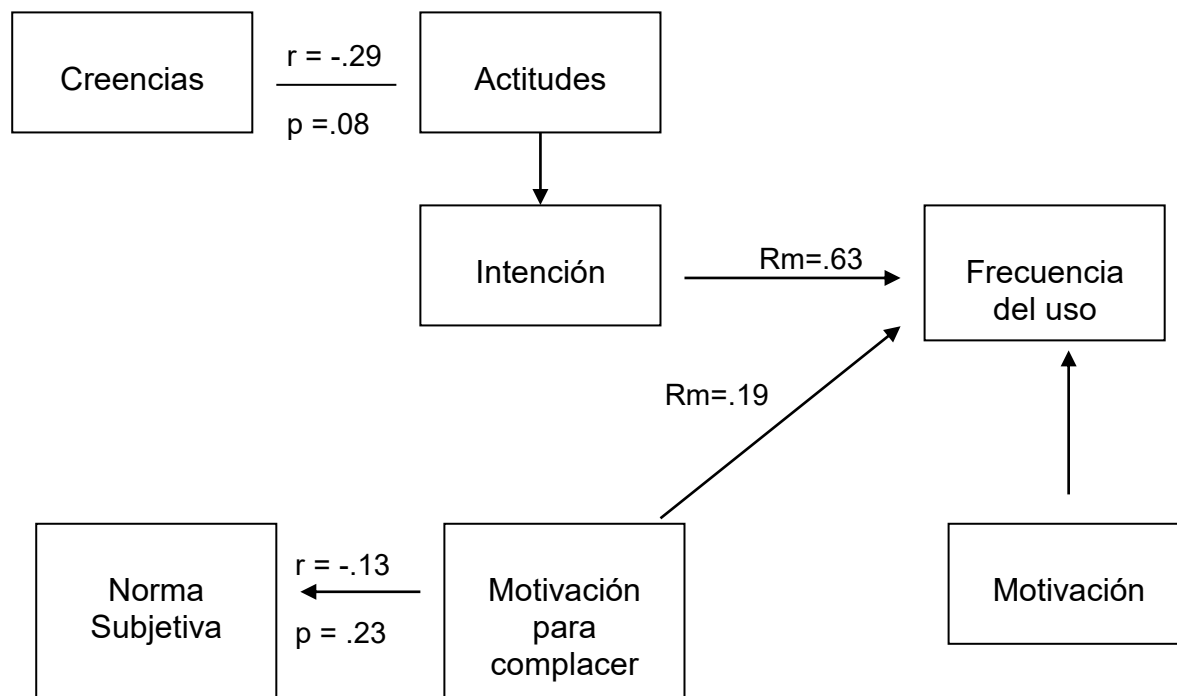
Tabla 19. Modelo del uso del condón con pareja sexual regular.

Predictores	B	EE de B	Beta	T	Sig T
Intención ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja sexual regular usen el condón?	.637	.113	.645	5.61	.0000
Motivación para complacer “Yo usaría el condón si mi pareja sexual regular me lo pidiera”	-.805	.175	-.527	-4.58	.0001
Constante	3.68	.809		4.55	.0001

Como puede observarse, de acuerdo a los resultados, los mejores predictores de la conducta meta de uso del condón en las mujeres con pareja sexual regular son la intención del uso y la motivación para complacer, las correlaciones que se presentan en la tabla nos indican que:

- 1) Mientras mayor sea la intención de usar el condón y haya mayor acuerdo con la motivación para complacer mayores son las probabilidades de que el uso del condón con la pareja sexual regular se lleve a cabo.

El modelo queda de la siguiente forma:



Modelo para la predicción del uso del condón con la pareja sexual regular

Los resultados del análisis que se muestra en la tabla 21, indican a la intención ($Rm = .61$, $R^2 = .37$, $R^2_{aj} = .35$) y la motivación para complacer ($Rm = .73$, $R^2 = .54$, $R^2_{aj} = .50$) como mejores predictores de la predicción del uso del condón con la pareja sexual regular.

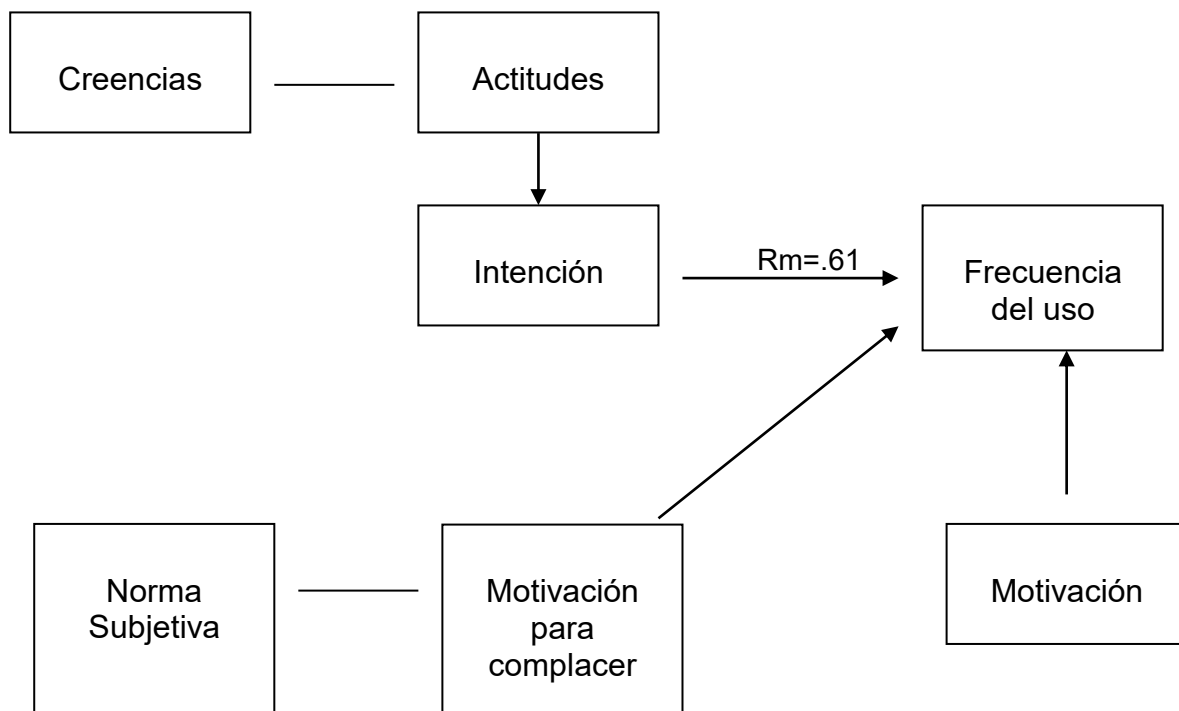
Tabla 20. Modelo para la predicción de la predicción del uso del condón con pareja sexual regular.

Predictores	B	EE de B	Beta	T	Sig T
Intención ¿Qué tan probable es que en el futuro tú le pidas a tu pareja sexual regular que usen el condón cada vez que tuvieran relaciones sexuales?	.559	.138	.570	4.028	.0005
Motivación para complacer "Mi pareja sexual regular piensa que yo debería pedir que usemos el condón"	-.611	.211	-.409	-2.88	.0083
Constante	3.16	1.03		3.07	.0053

Como puede observarse, de acuerdo a los resultados, los mejores predictores de la petición del uso del condón en las mujeres con pareja sexual regular son la intención del uso y la motivación para complacer , las correlaciones que se presentan en la tabla nos indican que:

Mientras mayor sea la intención de pedir el uso el condón y haya mayor acuerdo con la motivación para complacer mayores son las probabilidades de que la petición del uso del condón con la pareja sexual regular se lleve a cabo.

El modelo quede de la siguiente forma:



23 Discusión y conclusiones

En este estudio se intenta aportar información sobre la relación que existe entre la conducta de uso del condón y la conducta probable que es la petición del uso del condón y algunas variables del modelo de Acción Razonada que se han considerado relevantes para la predicción de que se realice la conducta meta en un grupo de mujeres, se agregó una variable que es el factor emotivo.

El objetivo de estudiar este tipo de variables psicosociales es la necesidad de trabajar en la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, tanto de nuevos casos, como de reinfecciones, en especial es importante la población de mujeres, dado que en nuestro país el incremento ha sido notable. Uno de cada 5 adultos es mujer y el 90.6% de las infecciones es dada por relaciones sexuales no protegidas.

México es un país en donde la seguridad social es limitada y los costos de atención por paciente que vive con VIH rebasa la capacidad económica de este sistema, por lo que es necesario intervenir en la prevención. Aunado a esto, la problemática es especial en lo referente a la mujer que vive con VIH/SIDA o tienen una ITS ya que muchas de ellas cuentan con seguridad social a través de la pareja -que en muchas ocasiones es la misma que la infecto- asociado a las desigualdades de género, y la vulnerabilidad biológica de transmisión, mismas que se relacionan con las desigualdades sociales, económicas, culturales y de género, lo que hace que las mujeres sean más vulnerables a la infección que los hombres (OIT, 2001).

Patrón sexual. Para este estudio es importante también el patrón sexual para conocer las prácticas sexuales de riesgo que esta población presente, así la edad de debut sexual promedio es de 20.15 y la primera relación sexual coital fue con el novio, amigo y el grupo de mujeres de rango mayor de edad (37.1-54 años) fue con el esposo. El tiempo promedio de conocer a la pareja con quien tuvieron su 1ª relación sexual es de 17.4 meses.

Al parecer este patrón está sustentado por la cultura en donde se espera que las mujeres sean célibes hasta el matrimonio sobre todo en la cultura en la que creció este grupo de población, además del hecho de que una sola pareja es lo permitido, en donde su actividad sexual solo se justifica en función de la reproducción, solo con el hombre que le ofrece afecto y se confirma con su actividad pasiva de conquistador/conquistada. Situación observada específicamente en este grupo de población dados los resultados obtenidos con la población y sus características.

A nivel social se alienta a los hombres a tener mayor actividad sexual para cumplir con este papel de “conquistador”, lo que constituye un factor epidemiológico de riesgo que expone a las mujeres a un mayor riesgo de infección, y nos lleva a tomar en cuenta la perspectiva de género en los programas de prevención y amoldarse a hombres y mujeres, promover prácticas preventivas tales como el sexo seguro, el sexo protegido, la abstinencia, la relación mutuamente monógama con parejas infectadas y el uso del condón en cada una de las relaciones sexuales. La mayor vulnerabilidad de las mujeres al VIH y en particular la dificultad para disminuir el riesgo de infección esta en que las mujeres son biológica, epidemiológica y socialmente más vulnerables.

En cuanto a los mecanismos de transmisión, la OMS ha estimado que las relaciones heterosexuales las mujeres con de 2 a 4 veces más vulnerables biológicamente que los hombres (Rico, Liguori, 1998) una explicación es que el VIH necesita células vivas para transmitirse y los fluidos como el semen son más ricos en células por lo tanto más infectantes, el semen se mantiene vivo en el tracto vaginal o rectal por mas tiempo que los fluidos vaginales en el pene. Por lo que el tiempo de exposición de mujeres al virus es mayor.

Sin embargo, son probablemente los factores sociales los que ponen más en riesgo a las mujeres; las normas sociales y las representaciones culturales que establecen patrones de conducta diferentes para cada uno de los géneros, lo que se traduce en desventajas para las mujeres en distintas esferas de la vida social. A las mujeres no se les enseña el autocuidado y las enseñanzas en cuidado están permeadas y valoradas en función de las necesidades de los y las demás, que deben existir y ser vistas en prioridad para la mujer a partir del cumplimiento del rol social que estén cumpliendo en esa relación.

El presente estudio analiza el uso y petición del uso del condón en mujeres, tomando en cuenta la situación específica y las diferencias genéricas que están implícitas para uno y otro género, así pues para la mujer la petición del uso del condón a su pareja sexual puede ser considerado como una mujer con demasiada experiencia sexual, o plantear una situación de posible infidelidad dentro de la pareja ya sea por parte de esta o de la pareja.

Por lo que se intento estudiar algunos de los múltiples factores que inciden en la conducta de la petición del uso y del uso del condón, dentro del modelo de la Teoría de Acción Razonada, añadiendo al modelo una variable que se refiere a la emoción positiva o negativa que experimentan las mujeres ante la petición del uso del condón a sus parejas ya sea regular u ocasional.

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación se concluye que la hipótesis planteada al iniciar este trabajo se confirma a partir del modelo de la Teoría de Acción Razonada.

Hipótesis: la intención de uso y petición del uso del condón es el mejor predictor de:

- 1) Uso del condón con la pareja sexual regular
- 2) Petición del uso del condón con la pareja sexual regular.

En este sentido, la presente investigación destaca que el mejor predictor del uso del condón y la petición del uso del condón es la intención y la motivación para complacer con 2 modelos resultantes.

Estos resultados coinciden con lo reportado por (Rivera, Aragón, 1995) quien concluye que en adolescentes hay más probabilidades del uso del condón cuando existe más presión social hacia ello. Esto indica que para aumentar la probabilidad del uso es necesario en este caso de las mujeres trabajar con los personajes importantes para ellas: pareja, amigos, amigas, y padres.

Y que haya una corresponsabilidad social en la educación, creencias sociales de la participación activa de la mujer en la relación sexual, en la responsabilidad de su propio bienestar físico y sexual de tal manera que pueda concretarse la conducta haciendo a las mujeres responsables de su propia vida, de su salud y no dejarla en manos de la pareja al estar tratando de complacer y/o para obtener la aprobación de esta.

Los hallazgos encontrados indican la necesidad de crear programas de intervención en donde las mujeres puedan tener una clara conciencia de estar en riesgo de infectarse, en donde se tome en cuenta el contexto de relaciones, roles y normas de género en las cuales están insertas la sexualidad y las prácticas de sexo seguro, y la importancia de su autocuidado más que el cuidado de las y los demás y la erotización del condón ya que esta población presenta actitudes poco favorables hacia el uso del condón, en el sentido de que disminuye el placer aun cuando perciben su uso como inteligente, bueno y benéfico. Por lo que se propone el trabajo con las mujeres a partir de la visualización del placer global, el erotismo protegido de tal forma que puedan experimentarlo de manera general y no solo genitalizada. Que posibilite el cuestionarnos las creencias existentes en torno al género, las prácticas sexuales de las mujeres y las creencias que hay en torno a estas.

En cuanto al factor emocional los resultados muestran en general que las mujeres se sienten tranquilas, ante la petición del uso del condón, sin embargo valdría la pena volver a replantear las preguntas o desarrollar un instrumento más sensible, este aparentemente no da mayor información que pudiera ayudarnos a conocer si este es un factor que interfiere o no con el uso del condón y la petición del uso del condón. Sobre todo porque se contrapone con lo que para ellas resulto importante que es la motivación para complacer como mejor predictor del uso del condón y la petición del uso del condón.

Generaciones anteriores de hombres y mujeres, de las cuales forman parte de este estudio dada su edad promedio 32.5 al hacer la aplicación de los instrumentos crecieron rodeadas de silencio, de ignorancia, de tabúes y prejuicios en torno a la sexualidad.

Los hombres han crecido con reglas más permisivas para salir y vivir experiencias sexuales, pero el tema lo abordan entre bromas y alburas con poco o ningún espacio para la expresión y reflexión seria sobre sus sentimientos, y sin acceso a información científica. Entre las mujeres se habla más sobre los sentimientos y el amor, pero se maneja menos información y ellas han estado sujetas a mayores restricciones sexuales que los hombres, lo cual ha creado dificultades para aceptar los propios deseos, para tener control sobre sus vidas y para saber exigir respeto a sus cuerpos. Rodríguez G.

Los logros positivos de la educación sexual son los mejores argumentos para promoverla, en tanto se ha observado sobre todo en generaciones más recientes que hay menos prejuicios algunos logran superar miedos y superar los efectos que estos tiene para su ejercicio pleno, satisfactorio y responsable, libre de abusos, violencia, discriminación, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Es importante se perciba a la sexualidad como fuente de vida alegría, autocuidado y satisfacción.

24 Referencias

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, N.Y.: Prentice Hall, Inc.

Alfaro Martínez L. B. (1995). El modelo de Acción Razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio de VIH. Tesis no publicada. Maestría en Psicología Social. Universidad Nacional Autónoma de México.

Alfaro Martínez, L., Rivera Aragón, S. Díaz-Loving, R. (1992). Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria. La Psicología Social en México, 4, - México: AMEPSO.

Alfaro Martínez, L. y Díaz Loving, R. (1996). Análisis de Conductas Sexuales de Riesgo ante el VIH, a través del Modelo de Acción Razonada en Adolescentes. La Psicología Social en México, 6, 525-529. México: AMEPSO.

Amaro, H. (1995) Love, sex and power. American Psychologist, 50 (6), 437-447.

Aranda R. (1998) Es identificado el gen que proporciona inmunidad natural contra el virus de la inmunodeficiencia humana. En Prensa

Barbosa, R., Viera Villeira, W. y Martin D. (1992). Mujer, Sexualidad y Prevención del Sida. Desidamos. Revista de la Fundación para estudio e investigación de la mujer. Año I No. 1 Octubre-Diciembre 1992

Bayés, R. (1989) La prevención del SIDA. Cuadernos de Salud, 2, 45-55

Berer, M. (1993). La mujer y el VIH/SIDA. Gran Bretaña: Bath Press.

Bernard, L.C. y Krupat, E. (1994). Health psychology: Biopsychosocial factors in health and illness. Fort Worth, TX. :Harcourt Brace

Bronfman, M., Amuchástegui, A., Martina, R., Minello, N., Rivas, M., Rodríguez, G. (1995). SIDA en México. Migración, adolescencia y género. México: Información Profesional Especializada, CONASIDA

Chan, D. Fishbein, M. (1993) Determinants of college women's intentions to tell their partners to use condom. Journal of Applied-Social-Psychology. Sep. Vol. 23 (18) 1455-1470

CENSIDA. www.censida.salud.gob.mx. Mujeres y...el VIH y el sida *en México*. 2014.

CENSIDA (2014). Dirección de Investigación Operativa, con base en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH y el sida (SUIVE/DGE/SS) al 30 de septiembre de 2014.

CONASIDA. (1990). Gaceta CONASIDA, Año III, No.4, México, Jul-Ago.

CONASIDA. (1994). Comportamiento Sexual en la Ciudad de México. Encuesta 1992-1993. México: CONASIDA

CONASIDA. (1997). Situación epidemiológica del SIDA en México. Datos actualizados para el primer trimestre de 1997. Separata de la Revista SIDA-ETS Vol. 3 (1).

CONASIDA. (1998). Situación epidemiológica del SIDA en México. Datos actualizados hasta el 1° de mayo de 1998 <http://www.ssa.gob.mx/conasida/1998>.

Del Río, C. (1994). Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Antología de la Sexualidad Humana, Vol. 3, 451-491. México: CONAPO.

Díaz-Guerrero, R, Díaz Loving, R. (1996) Introducción a la Psicología Un enfoque ecosistémico Editorial Trillas. México.

Díaz-Loving, R., Villagrán Vázquez, G. The Theory Action Applied to Condom Use and Request of Condom Use in Mexican Government Workers. Por publicar en prensa.

Diccionario de Ciencias Sociales. (1975). Vol. 1. Madrid: Instituto de Estudios Políticos

Diccionario Enciclopédico Larousse (1990)

Elias, Christopher. (1996) Métodos controlables por las mujeres para prevenir la transmisión sexual del VIH. Desidamos. Revista de la Fundación para estudio e investigación de la mujer. Año IV No. 2 Julio 1996

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.

Fishbein, M y Ajzen (1980) A theory of reasoned action: Some applications and amplications. Symposium on Motivation realizado en Nebraska, Lincoln: University of Nebraska Press, 65-116.

Fishbein, M. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. Revista de Psicología Social y Personalidad, Vol. 6, (1 y 2), 1-16

Gallois, C., McCamish M. (1993). The theory of razoned action and cooperative behaviour: it takes two to use a condom. British Journal of Social Psychology, 32, 227-239

Izazola, J., Del Río, C. y Valdés, M. (1995). La mortalidad por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en México de 1983 a 1992 tendencias años perdidos de vida potencial. Salud Pública México, 37, 140-148.

IMIFAP, (1996) Conducta sexual y prevención del SIDA en hombres y mujeres de la ciudad de México. Presentado al Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D.)

Kerlinger, F.(1988). Investigación del Comportamiento. México: Editorial Interamericana.

Langer A., Tolbert, K. (1996) Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. The Population Council. México, EDAMEX

Lamas, M. Liguori, A.L. (1996). El riesgo mortal de la doble moral. El SIDA en la mujer Letra S. Sida, Cultura y vida cotidiana. El Nacional Núm.17 Marzo 1996 8-9.

Liguori, A. L. (1995). Mujeres y SIDA. Perspectiva poco alentadora. Carta Demográfica sobre México, No. 8, 35-37.

Middlestadt, S. E. y Fishbein, M. (1990). Factors influencing experienced and inexperienced college women`s intentions to tell their partners to use condoms. Poster Presentado en la Sexta Conferencia Internacional sobre SIDA.

Organización Mundial de la Salud, (1993). El SIDA tiempo de actuar. Día Mundial del SIDA.

Parelló Valls, M. (2000). Aplicación del modelo de Acción Razonada como predictor del uso del condón en estudiantes de actuaría y biología de la UNAM. Tesis de Licenciatura, UNAM.

Pepitone

Roque Méndez, Timothy L., Richard L. Archer (1996) Autoconciencia, uso de condón y parejas sexuales múltiples. Revista de Psicología Contemporánea Año 3 Vol. 3, No. 1

Richardson, D. (1990). La mujer y el SIDA. México: Manual Moderno

Ramos, L., Díaz Loving., R. Saldívar G. y Martínez, I.(1992). Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios. Revista de Salud Mental. 15, 4

Rivera Aragón, S. Díaz-Loving, R. (1993). Actitudes, Norma Subjetiva y creencias en relación al uso del condón. UNAM.

Rodríguez Gabriela <http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2009/11/beneficiosdelaeducacionsexual.pdf>

Sadik Nafis. (1997). El Derecho a optar: Derechos de procreación y salud de la reproducción. México: FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas).

Sepúlveda Amor, J., Bronfman, M., Ruiz Palacios, S., Valdespino, J. (1989) SIDA Ciencia y Sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica

Schwartz, S.H., y Bilsky, W. (1990) Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 878-891.

Treviño, S. (1996) El SIDA en la mujer Letra S. Sida, Cultura y vida cotidiana. El Nacional Núm.17 Marzo 1996 p13.

Triandis, H. (1977) Interpersonal behavior. CA: Brooks/Cole publishing company.

Velásquez de V.G., Gómez, A.R. (1993). SIDA, Enfoque Integral Fundamentos de Medicina. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Villagrán Vázquez, G. y Díaz Loving. El impacto de la información sobre los valores y la intención de usar el condón. La psicología social en México, Vol. VI, 1996 174-180

Vizconde Pantoja, L.P. (1997) Percepción de riesgo de contraer VIH/SIDA en mujeres. Tesis no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México

Von Eife, A. y Gründer, J.(1988) El reto del SIDA. Orientaciones Médico Éticas Ed. Herder, Barcelona.

Whittaker, J. (1997) La psicología social en el mundo de hoy Editorial Trillas. México.