



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**BÚSQUEDA DE SENSACIONES SEXUALES,
CONOCIMIENTOS Y AUTOEFICACIA ANTE EL
CONTAGIO DE VIH/SIDA EN JOVENES
UNIVERSITARIOS.**

TÉSIS

Que para obtener el título de

Licenciado en Psicología

P R E S E N T A

LUIS ENRIQUE CUREÑO MORALES

DIRECTOR(A) DE TESIS

DRA. MARÍA DEL PILAR MÉNDEZ SÁNCHEZ

ASESORES

DR. RAFAEL PEÑALOZA GÓMEZ

LIC. ALAN ALEXIS MERCADO RUÍZ



Ciudad de México a 23 de marzo de 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

RESUMEN.....	3
Desarrollo psicosocial, emocional y sexual del adolescente.....	4
VIH/SIDA.....	9
Historia del VIH/SIDA.....	11
VIH en México.....	15
Formas de transmisión del VIH	19
De la transmisión a la infección del VIH. Manifestaciones clínicas.....	24
Infección aguda.....	24
Periodo de ventana.....	25
Fase asintomática crónica	25
Fase tardía o SIDA.....	26
Tratamiento de control para la infección por VIH/SIDA.....	28
VIH desde la perspectiva psicosocial.....	31
CONOCIMIENTO SOBRE VIH	35
BÚSQUEDA DE SENSACIONES.....	40
AUTOEFICACIA	46
JUSTIFICACIÓN.....	55
Pregunta(s) de investigación.....	57
Objetivo	57
Objetivo específico	57
Tipo de investigación y diseño	57
Hipótesis	58
MÉTODO	59
Participantes.....	59
Instrumentos.....	59
Procedimiento	61
RESULTADOS.....	61
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	67
REFERENCIAS	73

RESUMEN

VIH significa Virus de Inmunodeficiencia Humana; este daña el sistema inmunitario mediante la destrucción de las células CD4, poniendo al portador en riesgo de adquirir infecciones oportunistas e incluso de generar algunos tipos de cánceres. En nuestro país, la población infectada de VIH se concentra principalmente en jóvenes de entre 20 y 30 años. Desde los primeros casos registrados de infección por VIH se han vinculado factores psicosociales que promueven conductas de riesgo o autocuidado en la infección. Ante tal panorama, la necesidad de conocer dichos caracteres personales en la población vulnerable es vital para el estudio, desarrollo de estrategias y programas de salubridad pública para el freno de nuevos contagios. El objetivo principal de esta investigación fue identificar la correlación entre la autoeficacia, definida como el sentimiento de confianza en los recursos y capacidades propios para hacer frente a múltiples factores estresores de la vida; los conocimientos previos sobre el contagio e infección de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual; y la búsqueda de sensaciones sexuales. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo no experimental de corte transversal en el que se suministró una batería de 3 instrumentos: la Escala de Autoeficacia para Evitar Conductas sexuales de riesgo para el contagio de VIH/SIDA, SEA-27; la escala búsqueda de sensaciones sexuales, y Escala de Conocimientos generales de VIH/SIDA. La muestra estuvo conformada por 207 participantes universitarios. Para el análisis, se realizó una prueba Pearson para la correlación de variables y una prueba t de *Student* para la diferencia de medias; aunado a lo anterior se utilizaron estadísticos descriptivos para la identificación de medias, porcentajes y frecuencia de datos. Se encontró un debut sexual de 18 años en promedio para hombres y mujeres, así como que la comunicación parental y con la pareja influye positivamente en la práctica de conductas de autocuidado; no obstante, a pesar de tener buenos conocimientos previos sobre la infección no son suficientes para mitigar la búsqueda de sensaciones sexuales, siendo los varones quienes mantienen el rango más alto.

Palabras clave: VIH, adolescentes, autoeficacia, búsqueda de sensaciones, conocimiento.

MARCO TEÓRICO

Desarrollo psicosocial, emocional y sexual del adolescente

La adolescencia es un fenómeno con alcances en la biología, psicología y sexualidad de los individuos que tiene una duración variable y donde se afirman los rasgos de carácter y las consolidaciones afectivas y profesionales; el contexto y cultura donde se dé el desarrollo influirá directamente en cómo se describe y se estudia esta etapa evolutiva, por ejemplo, en algunas culturas principalmente orientales no se emplea el término de “adolescencia” sino, que es un paso directo de la infancia a la adultez. En culturas occidentales en cambio, esta etapa está definida por la escolaridad, mayor tiempo de formación profesional entre otros rasgos que de manera general englobarían todas las incertidumbres connotativas del crecimiento social y emocional del ser humano (Massa y Álvarez, 2000).

Durante la adolescencia, se presenta la búsqueda de la identidad, definida por Erikson desde los años cincuenta, como una concepción coherente del yo desde la perspectiva psicoanalista que estaría compuesta por valores y creencias con los que los individuos tendrían un ferviente compromiso, el esfuerzo de los adolescentes de buscar una respuesta al yo no es un padecimiento ni una manifestación negativa, sino que es un paso totalmente normal, natural y saludable que tendría como antecedente logros de etapas anteriores como la confianza, autonomía, iniciativa y laboriosidad, la identidad según Erickson se desarrolla durante ocho etapas y es en la adolescencia cuando llega a su cúspide (Papalia, Feldman, Martorell, 2017).

Bajo este mismo contexto, James Marcia en 1996 (citado en Tesouro, Palomanes, Bonachera y Fernandez, 2013) reelabora las teorías de identidad de Erickson y define a la identidad como una organización interna que es autoconstruida que mantiene un dinamismo entre los impulsos compuesta de habilidades, creencias e historia individual; así se establecen cuatro estatus de

identidad en la adolescencia que estarían llevados de la mano por dos factores determinantes: la exploración que es el momento donde se busca de forma activa alternativas para dar explicación a la confusión de identidad de acuerdo a objetivos, funciones y creencias; mientras que el compromiso será la fase donde se implica una asignación personal de interés en alguna ocupación o serie de ideas. Y proporciona los cuatro estados de la identidad que estaría mediado en función de la exploración y el compromiso.

1. Identidad difusa. Los adolescentes que se sitúan en este estadio con frecuencia no han hecho una labor de exploración lo suficientemente comprometida, por lo que no se encuentra una identidad pues carece de vocación e ideología.

2. Identidad hipotecada. Los individuos que desarrollan esta identidad se han comprometido con valores, ideología y creencias sin haber pasado por una crisis de identidad o fase de exploración, es decir, estos valores son ajenos y principalmente se debe a la adopción de roles de figuras de identificación.

3. Moratoria. El adolescente en este caso se encuentra en una exploración activa, no obstante, aún no se encuentra comprometido por completo, se buscan alternativas motivadas por la búsqueda del sentido.

4. Alcanzada. Es cuando se finaliza el proceso de exploración y se consolidan aspectos motivacionales que establecerían un compromiso relativamente estable; se ha demostrado que los individuos con una identidad alcanzada tienden a tener relaciones interpersonales saludables reforzando sus redes de apoyo.

A pesar de que en general la literatura referente a la identidad en los adolescentes y la falta de diferencias significativas entre mujeres y hombres es un tema recurrente, existen otras que resaltan como algunos factores que se desarrollan a través de los estímulos ambientales como el autoestima donde a pesar de la controversia que podría reflejar el dato, las mujeres tienen una disminución del autoestima durante la adolescencia en comparación de los hombres y es que en

temas sociales como la imagen corporal, el sexismo y las preocupaciones relacionadas a la pubertad como inicio podrían detonar estas diferencias (Robins y Trzesniewski, 2005).

Bajo este mismo contexto la identidad forjada en esta etapa crucial del desarrollo también dependerá de la cultura de cada individuo y la forma en la que el círculo primario inculque o no en el adolescente la misma, por ejemplo, en grupos minoritarios la socialización cultural es sumamente importante para los adolescentes, este término refiere a las practicas que son enseñadas desde la etapa de la niñez para aprender sobre su cultura, etnia o raza, se fomentan tradiciones y costumbres lo que fomentaría una identidad étnica más sólida y el orgullo a la cultura y raza propia. Es preciso mencionar que la identidad cultural es precisa y necesaria cuando se hablan de temas de integraciones de grupo de poblaciones vulnerables, conciencia del racismo y logros arraigados (Díaz-Sánchez, 2006).

Los temas referidos anteriormente como la identidad y el desarrollo cognoscitivo sirven como introducción a uno de los temas de mayor relevancia para esta investigación, es la sexualidad humana y todas las implicancias psicológicas que pueden recabarse para mejorar el entendimiento y dar un contexto preciso de las temáticas que se explicaran en apartados siguientes.

La introducción de aspectos como la autoconcepción de seres sexuados, el reconocimiento de la orientación sexual propia, aceptar cambios sexuales y establecer lazos afectivos y sexuales emergentes son factores que se desarrollan en la identidad sexual; estos factores a lo largo de los años y la historia del ser humano cambia de acuerdo a las tendencias, innovación de métodos de comunicación y la globalización; mismos que abren el debate y la discusión sobre los nuevos riesgos, posibilidad y extensión de la sexualidad humana que los adolescentes enfrentan en la actualidad (Papalia, Feldman y Martorell, 2017).

La adolescencia al ser una etapa crucial de la vida que determinará la manera de conducirse en la vida adulta debido a los cambios físicos, cognitivos y sociales que se suscitan, hacen que la sexualidad y la salud reproductiva tengan su

relevancia cuando se habla de conductas de riesgo, referente a ello, la OMS en los informes desde 2016 menciona una alta en embarazos juveniles en mujeres de entre los 15 y 19 años así como el practicarse 2.5 millones de abortos que no siempre se hacen en las condiciones de sanidad adecuadas, así mismo refiere que el 40% de casos nuevos de VIH se reportan en los adolescentes.

El desarrollo de la sexualidad implica factores sociales que rebasan la biología del cambio puberal; por ejemplo, el descubrimiento y conceptualización de las necesidades sexuales, el desarrollo de la personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales y el establecimiento de normas y valores sexuales propios mientras existe la presión de los pares o las inquietudes infundadas por los padres hacen que sea la sexualidad uno de los ámbitos de la vida social más simbólico en los individuos haciendo que sea tema de estudio desde diferentes perspectivas como estudio de caso o representaciones sociales para dar una generalidad (Martínez, Espinosa, Landgrave y Ruíz, 2018).

Los individuos inician la vida sexual a edades cada vez más tempranas, aunque el *debut* sexual no sea una práctica para la que estén realmente preparados en el sentido de la educación y prevención; a pesar de haber dejado de ser niños aún no se llega a la adultez, sin duda, es un periodo en el cual se adquieren nuevas y mejores habilidades y capacidades, pero también se enfrentan retos nuevos. Respecto al adelanto del debut sexual se correlaciona la presencia de tabús, barreras de género y culturales, así como deficiencias en las vías de comunicación utilizadas que interfieren en la recepción eficaz y eficiente de prevención en materia de salud sexual para los adolescentes (Calero-Yera, Rodríguez-Roura y Trumbull-Jorlen, 2017).

La sexualidad evoluciona y se transforma a lo largo del tiempo en consecuencia de los cambios sociales que se viven en cada cultura y sociedad, ya que en los últimos años se han producido cambios importantes en los roles sexuales, asumiendo que las mujeres se acercan cada vez más al estereotipo sexual masculino, habiendo una tendencia dentro de los estratos sociales y económicos donde predomina el contexto de la igual, educación y equidad. Estos

cambios se verán reflejados en otros aspectos como la iniciativa sexual que antes predominaba en varones, pero ahora es cuando las mujeres dan el primer caso y el promedio de la iniciación sexual de 15.6 años en culturas y sociedades occidentales; todos estos conceptos y factores dan pie a poder hablar de la conducta sexual que se define como las actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y el de la pareja (García-Vega, Robledo, García y Izquierdo, 2012).

De acuerdo con Papalia, Feldman y Martorell (2017) la conducta sexual está ligada a la exposición de riesgos sexuales, tema constante de las campañas de salubridad pública y privada a nivel internacional. Estas autoras ponen en evidencia que las principales preocupaciones respecto al tema son los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual y en el caso de individuos heterosexuales, los embarazos no deseados, identificando como mayores factores precursores de estos riesgos el empezar la actividad sexual a edades tempranas, quienes tiene múltiples tareas, el contar con información errónea o nula acerca del sexo, y en el ámbito social, el pertenecer a grupos vulnerables en estratos económicos precarios, el abuso de drogas y la conducta antisocial.

Una aproximación para contrarrestar estos riesgos es la difusión de programas de atención a la salud sexual y a la inculcación de conductas sexuales saludables como lo apunta Montero (2011) describiendo a la salud sexual como un conjunto de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales que utilizan hombres y mujeres para ejercer su sexualidad sin coerción, libre de violencia ni discriminación, libre de violencia, lo que daría como resultado el fortalecer los cimientos de la identidad, personalidad y comunicación; por ende está encaminado al sano desarrollo de la vida y de las relaciones interpersonales de los individuos.

En los siguientes capítulos se desarrollan los conceptos de conocimiento sobre VIH/SIDA y la autoeficacia como factores protectores y la búsqueda de sensaciones sexuales como conducta de riesgo con el fin de detallar y mejorar el entendimiento de estos conceptos.

VIH/SIDA

Desde un punto de vista patogénico, el virus de la inmunodeficiencia humana o también llamado VIH por sus siglas, es un virus que infecta a las células vitales del sistema inmunitario como las células T Helper, específicamente las células CD, causando el deterioro progresivo de dicho sistema del organismo; se dice que un sistema inmune deficiente es aquel que no puede cumplir sus funciones de lucha contra infecciones y enfermedades, dejando al organismo expuesto a infecciones oportunistas y cánceres potencialmente mortales (Organización Mundial de Salud, 2018).

El VIH es un tipo de virus de la familia de los retrovirus o “*Retroviridae*”, es decir, que su genoma está hecho de ARN y no ADN como es habitual. Para que este tipo de virus se pueda replicar, debe de cambiar o convertir su ARN a ADN, este proceso de conversión o traducción se da gracias a la participación de la enzima llamada “transcriptasa inversa”. Además, de pertenecer a la familia *retroviridae*, el VIH también pertenece al género de los llamados “lentivirus”, lo cual alude al largo periodo que pasa desde el momento de la infección hasta la manifestación de los síntomas (Pérez, 2008).

Entre otras particularidades del virus, el VIH infecta células vitales en el sistema inmune humano como las células T helper (específicamente células CD+), macrófagos y células dendríticas. La infección por VIH puede llevar a niveles bajos de células T CD a través de varios mecanismos, incluidos la piroptosis de células T infectadas inutilizadas, apoptosis de células no infectadas próximas, muerte viral directa de las células infectadas y muerte de las células T CD4 por los linfocitos citotóxicos CD que reconocen a las células infectadas. Cuando el número de células T CD4 disminuyen a niveles críticos poco a poco se va perdiendo la inmunidad celular dando pie a que el organismo no pueda defenderse ante infecciones oportunistas y distintos tipos de cánceres.

Las características de los dos tipos de virus que causan las diversas enfermedades por VIH son el retrovirus, que fue descubierto a finales de la segunda

década del siglo XX. La familia de los retrovirus se divide en 3 familias, en una de ellas, los *lentiviridae*, que son los causantes del deterioro del sistema inmunitario destacan dos que afectan al ser humano, el VIH-1 y el VIH-2 (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

El serotipo primero (VIH-1) fue descubierto en 1983, y se puede dividir en dos grupos; el grupo M o “*main*” y el grupo O u “*outlier*”, el primer grupo es causante de la mayoría de las enfermedades e infecciones y se conocen los serotipos A, B, C, D, E, F, G y H. El segundo grupo, el *outlier*, solo se encuentra en partes específicas del continente africano, además de que no es sensible a las pruebas de detección en laboratorios. El serotipo segundo, VIH-2, fue descubierto en 1986 y es el que menos presencia a nivel mundial tiene, además de que se asocia a patologías tales como enfermedades autoinmunes y afecciones neurológicas. A nivel mundial, la mayoría de los casos reportados sobre pacientes infectados de VIH portan el primer serotipo VIH-1 siendo este el más agresivo por lo que el periodo que comprende el primer contacto hasta el desarrollo del sida es más largo que en el del VIH-2, no obstante, comparten características en cuanto a la manifestación clínica en las personas (Lamotte, 2014).

Además, desde la perspectiva epidemiológica, actualmente y gracias a los esfuerzos de instancias de salud pública de los diferentes países alrededor del globo en materia de educación y en la elaboración de planes para la promoción y prevención, el número de casos se encuentran estables a pesar del incremento de la pandemia a nivel mundial. Se debe agregar que la mayoría de los casos se concentra más en hombres que en mujeres, no obstante, el número de mujeres infectadas sigue creciendo día a día; bajo este contexto, el comportamiento homosexual entre hombres en cuanto a relaciones sexuales sin protección y el uso de jeringas compartidas para el suministro de drogas endovenosas se mantiene con un incremento en todos los países (Lamotte, 2014).

Historia del VIH/SIDA

La historia sobre el VIH y como se presentó en el ser humano deriva de diversas teorías, algunas sin algún tipo de sustento científico y otras que son respaldadas por los distintos estudios y trabajos médicos en el mundo. Una de ellas, apunta a que, en los últimos años de la Guerra Fría, la Unión Soviética junto con los Estados Unidos hicieron un plan de propaganda de acusarse de haber hecho el virus del sida en sus respectivos laboratorios clínicos militares, otra es la de Francis Crick, premio nobel por sus descubrimientos acerca de la estructura del ADN, decía que este virus tenía orígenes extraterrestre. La información y datos epidemiológicos disponibles asientan a que el origen del VIH se debe a una mutación de un virus parecido que afectaba a otras especies, es decir, el SIDA habría sido en sus comienzos una *zoonosis*, una infección que pudo saltar las barreras de la especie para pasar al ser humano (Pérez, 2008).

Una de las teorías que resalta es que, el VIH proviene de monos cazados por el ser humano y que finalmente se transmitió al mismo, esta se sustenta en la comparación de cepas del síndrome de inmunodeficiencia Símica, o VIS, con el virus de inmunodeficiencia humana. Así a partir del uso de la sangre del mono para usos rituales de rejuvenecimiento africano e incluso la inyección de sangre al hombre propició al contagio, y con los movimientos de urbanización y desarrollo, este finalmente llegó a Europa, América y Asia (Miranda y Nápoles, 2009).

Siguiendo la misma línea de la teoría mencionada, los análisis genéticos y las colecciones serológicas han delimitado el territorio y lugar específico del salto del VIS al ser humano. Según el artículo "*The Origins of HIV and the First Cases of AIDS*" el dato documentado más antiguo data de 1959, de una muestra tomada en Leopoldville, ahora Kinshasa, capital de República del Congo, además de tenerse sospechas de otros casos aún más antiguos, los cuales tendrían lugar en las primeras décadas del siglo XX.

En los años setenta se presentaron los primeros casos, como mencionaron Miranda y Nápoles (2009), de una extraña enfermedad, dando como diagnóstico Cándida bucal acompañada de salpullidos y erupciones cutáneas, las llamadas infecciones oportunistas.

En 1981 se mencionó, por primera vez de la enfermedad, en la Facultad de Medicina de la Universidad de California al publicar un informe médico de 5 pacientes homosexuales, los cuales, su sistema inmunitario era altamente deficiente o inexistente sin razón alguna. Al darse a conocer este informe, y que los pacientes fueran homosexuales, a esta enfermedad se le conoció o se dio el nombre de “*Gay Cancer*” en inglés o incluso “*Peste Rosa*” a pesar de que existían casos en poblaciones heterosexuales, mujeres y niños, pues se dio a entender que el estilo de vida gay era lo que provocaba la sintomatología (Miranda y Nápoles, 2009) por lo que, no había poblaciones específicas a las cuales este virus atacara específicamente. En este mismo año empezaron a aparecer casos que afectaban a hombres y mujeres heterosexuales usuarios de drogas intravenosas, así como a sus hijos; además, de pacientes que no tenían relación con prácticas homosexuales y con hábitos y estilos de vida saludable, que habían recibido transfusiones de sangre o productos derivados debido a condiciones hemofílicas (Chávez y Castillo, 2013).

Para 1983, el SIDA era relacionado por los virus “*Human T lymphotropic virus*” o por sus siglas HTVL. Es en este mismo año, en Francia, donde en el Instituto Pasteur se descubre un retrovirus, al cual, el doctor Luc Montagnier dio el nombre de LAV o “*lymphadenopathy associated virus*”. Un año después, Robert Gallo, un reconocido científico por descubrir el primero retrovirus humano, descubre un segundo retrovirus el cual, según él, sería el causante del SIDA. Tiempo después, se acordó que estos dos virus descubiertos, en diferentes países y años, era equivalentes por lo cual, ambos científicos se llevaron el mérito, y a ese retrovirus se le llamo HIV-1.

Los diversos estudios e investigaciones que han rastreado el origen del virus han permitido hacer un “*árbol evolutivo*” sobre los distintos retrovirus que derivan de

este, así se hizo la idea de que uno de estos virus produjo una variante que, con agentes patógenos diferentes y “exclusivos”, pudo acoplarse al ser humano, y que, desde África, emigrara por diferentes vías a Estados Unidos, Haití y a diferentes partes del mundo

En el desarrollo del VIH/SIDA, así como en su expansión, se han considerado 3 pautas importantes.

1) La primera corresponde a los países industrializados, como Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y también México, donde se presentaron alto niveles de pacientes con este virus y en su mayoría, los casos provenían de hombres bisexuales y homosexuales, y consumidores de drogas de uso intravenoso. Los casos de contagio por transfusiones de sangre y vía vertical se han podido reducir por las nuevas invenciones para la detección del virus en la sangre.

2) La segunda pauta corresponde a los países de África central, meridional y oriental, con altas tasas de casos de nuevas infecciones. La enfermedad en estos países aparece a finales de los años 70's. Una característica de esta pauta es que la mayoría de los casos están en la población heterosexual, además, la tasa de casos de homosexuales y consumidores de drogas es muy baja.

3) La pauta 3 es característica de Europa Oriental, donde el VIH se introdujo a finales de los 80's y los principales afectados son personas que viajaron a los países de las pautas 1 y 2 y mantuvieron relaciones sexuales sin protección con personas infectadas.

Esta enfermedad se desarrolló y tuvo su auge en años críticos para Estados Unidos en cuanto a liberación sexual; la promiscuidad y “malos” hábitos sexuales, a consecuencia de la popularización de la penicilina como cura de las enfermedades de transmisión sexual propiciaron lo que ahora conocemos como la epidemia del SIDA, además de la accesibilidad de las transfusiones sanguíneas (Consejo Guanajuatense para la prevención del VIH/SIDA, 2014).

Al mismo tiempo y como informan Cáceres et al., en 2011, en América Latina el escenario no fue distinto; se suscitaron episodios parecidos de centralización y discriminación a grupos vulnerables siendo específicos a hombres homosexuales, y que, por ello, al igual que en Estados Unidos al inicio del brote en países latinos en desarrollo como Honduras, Brasil, República Dominicana y Puerto Rico se estableció una asociación entre el SIDA y estilos de vida particulares de los homosexuales.

Desde la aparición del VIH/SIDA, su estudio y categorización epidemiológica; se ha dado una evolución conceptual en la forma en que los mismos estudios han categorizado a esta epidemia, desde conceptos como “grupos de riesgo”, pasando por situaciones o contextos de riesgo de contagio, hasta condiciones sociales de riesgo (Herrera y Campero, 2002).

VIH en México

En 1984, el Centro de Control y Prevención de Estados Unidos ya había identificado los agentes que provocaban el SIDA, así como las similitudes de contagio con otras enfermedades ya conocidas, como la hepatitis B, por lo que se lanzó como en cualquier otro tipo de control de epidemias, varias recomendaciones, enfatizando que esta enfermedad se podía transmitir por transfusiones de sangre y por los líquidos corporales. Como en la mayoría de los países latinoamericanos, el VIH no llegó a México procedente de África, si no de Estados Unidos (Córdova, Ponce de León y Valdespino, 2008).

El contexto social y de salubridad en cada país donde el VIH se expandió delimitó la sintomatología que desarrollarían los portadores. México no fue la excepción; en la mayoría de los casos, los primeros portadores eran hombres profesionistas que habían viajado o habían residido en Estados Unidos y qué al contrario de este país, la neumonía causada por *P. carinni* no era uno de los síntomas principales. Pobreza y subdesarrollo definen las características de las epidemias: la criptosporidiasis y la tuberculosis se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes mexicanos que en los de países desarrollados.

En general, América Latina constituye una de las poblaciones más heterogéneas respecto a la epidemiología del VIH, es decir, no hay diferencias significativas entre preferencias sexuales o estilos de vida respecto a países de norte América. En 1998 México ocupó el noveno lugar respecto a los índices de prevalencia en comparación a otros países latinoamericanas; sin embargo, si se consideraba la totalidad del continente americano, México país ocupó el tercer lugar siendo rebasado por Estados Unidos y Brasil (Buela-Casal, Bermúdez, Sánchez y De los Santos-Roig, 2001).

La situación en cuanto a la epidemiología del VIH en México ha cambiado a través del tiempo, en un principio con el propósito de poder dar una correcta y efectiva atención a esta epidemia se organizó un registro de los casos con las

fuentes estadísticas de conteo limitadas que se encontraban a disposición, adicionalmente con la poca información precisa que se tenía, lo cual dificultó su uso para poder estimar un número aproximado de casos recientes para poder estimar una tasa de mortalidad, lo cual ayudaría para la elaboración de programas de prevención (Gayet, Partida-Bush y Dávila-Cervantes, 2014). En este contexto, la última actualización del *Centro Nacional para la Prevención y Control Del VIH/SIDA*, desde 1983, año cuando empezó el sistema de vigilancia epidemiológica de este virus en nuestro país, hasta el segundo trimestre del 2018, han sumado 198,598 de casos, donde el mayor número se concentra en la Ciudad de México, seguido de EDOMEX, así como de Veracruz y Chiapas (CENSIDA, 2018).

Respecto al tratamiento para atenuar los efectos de esta infección, como en la mayoría de los países del mundo, en el inicio de la pandemia y años próximos no se tenían medicamentos específicos para el SIDA y se atendían las enfermedades o infecciones asociadas. En 1987 se aprobó el primer tratamiento para el freno de la multiplicación viral en Estados Unidos y debido a una serie de acciones políticas de salubridad, este tratamiento pudo llegar de forma gratuita a algunos pacientes mexicanos que contaban con seguridad social. Pronto llegarían los *tratamientos antirretrovirales de gran actividad*, un tratamiento de nueva generación que no permitiría al virus adaptarse al de una antigua; esta llegada sería lenta. De ahí que el gobierno mexicano impulsó la creación del seguro popular para que las personas que no tenían alcance a seguridad social podrían tener acceso a tratamiento gratuito; más adelante se hablará en específico sobre la línea de tratamientos disponibles en la infección de VIH-SIDA.

Como se mencionó, la propagación del virus de VIH a nivel mundial estuvo relacionada con movimientos poblacionales debido a múltiples factores entre ellos la búsqueda de mejores oportunidades económicas, conflictos políticos etc, así como a poblaciones específicas o *grupos de riesgo* que se denominaron como *Club 4-H* (homosexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitianos), prejuicios que alimentaron el modelo de análisis, que a su vez, sirvieron para abordar el combate de epidemia lo cual aumentó el alto grado de xenofobia y discriminación hacia estos

grupos; esta relación no está distante al caso de México (Córdova, Ponce de León y Valdespino, 2008).

La migración fue uno de los ejes principales para la elaboración de propuestas y programas que ayudaran en la detección de factores coadyuvantes en la infección en las fronteras, pero no la migración como el fenómeno social, si no las condiciones en las que esta se da, principalmente en la tendencia que se hacía cada vez mayor en pacientes mujeres en estados como Michoacán, Zacatecas, Guanajuato con altos índices de migración a Estados Unidos.

Múltiples investigaciones se han volcado en el análisis de la expansión de la epidemia de VIH en comunidades mexicanas a través de la migración, una de ellas hecha por Oviedo-Arce (citado en Córdova, Ponce de León y Valdespino, 2003) quien apunta a los factores en las familias que tenían a uno de sus integrantes inmerso en el fenómeno de la migración a Estados Unidos trabajadores del sector agrícola; esta investigación señalaba que los hombres migrantes tenían conocimientos básicos sobre la infección pero que aun así se negaban al uso del condón con sus parejas aunque habían tenido relaciones sexuales de alto riesgo, y estas a su vez siguiendo un rol tradicional accedían a estas prácticas sabiéndose vulnerables a la infección de ITS.

A pesar de los esfuerzos para la detección y evitación de propagación de la epidemia, han sido múltiples los factores que han visto atenuado este esfuerzo, en su mayoría, no debido a los sistemas públicos de salud, si no a los aún vigentes estigmas sociales presentes en los mexicanos. Las personas infectadas comúnmente son agredidas y discriminadas por miedo al contagio, además de cargar con prejuicios falsos asociados a la vida sexual individual, lo que deriva en la limitación de la vida íntima, laboral y comunitaria. De hecho, estos prejuicios y estigmas pueden atentar más contra la vida que la enfermedad en sí, pues atenta contra la dignidad y el equilibrio del bienestar psicológico de la persona. En este mismo contexto, la *Comisión Nacional de Derechos Humanos* en sus encuestas, se recibieron 101 quejas en 2009 por parte de usuarios de instituciones de salud pública como el *Instituto Mexicano de Seguro Social* de presuntas violaciones a los

derechos humanos en personas que viven con VIH/SIDA, que tienen que ver con la prestación de servicios médicos o con la negación a la petición de sus derechos (CENSIDA, 2010).

Al paso del tiempo esto no ha cambiado; entre 2012 y 2018, CONAPRED analizó más de 301 casos donde de alguna forma, hubo presuntos casos de discriminación hacia personas portadoras del virus; del total de casos, el 65% consistía en quejas hacia particulares y el resto contra servidores públicos, aunado a lo anterior, uno de cada seis casos estaba relacionado a la discriminación por orientación sexual, donde principalmente se vulneró el derecho a un trabajo digno y a la salud pública.

En la actualidad, México enfrenta barreras sociales, económicas y políticas para enfrentar la epidemia de VIH; siguiendo con el plan de ONUSIDA que para el año 2030 la epidemia haya sido frenarse, los alcances del gobierno mexicano son distantes. Los presupuestos en materia de prevención y promoción siguen siendo apoyados cada año por instancias gubernamentales; no obstante, siguen existiendo números significativos de nuevos casos de infección año tras año.

Desde el inicio de su detección y aislamiento del virus, el VIH se ha considerado como una de las preocupaciones sanitarias de mayor importancia para la mayoría de las instancias gubernamentales a nivel internacional; conceptualizándose como una enfermedad que genera un grave impacto en el deterioro de la salud de los individuos, así como en los planes económicos de cada país (Plasencia de la Torre, Chan y Salcedo, 2019).

Dentro de un contexto más actual, en México el enfoque que se le ha dado a la lucha contra el SIDA ha sido contener la epidemia como problema de salud pública. El 0.06% de la población mexicana está infectada por VIH, misma que si bien es una cantidad reducida afronta diversas problemáticas en razón a la discriminación y negación de derechos de salud y oportunidades sociales; por ejemplo, la desinformación sobre la naturaleza del VIH/SIDA ha hecho que puertas laborales, sociales, familiares y del sector salud se cierren debido a que la población

tiende a considerar como “culpable” a la persona quien lo porta y no asumir a la epidemia como lo que es; una problemática de tipo social que corresponde al estado proveer en diferentes niveles la suficiente información e insumos para poder atenuar su propagación (CONAPRED, 2019).

En México y para CONAPRED existen dos grandes desafíos contra el VIH, el primero es justamente la desinformación y prejuicios contra las personas que viven con el virus y la forma de transmisión del mismo que conllevaría al segundo desafío; la infección al concentrarse en grupos que históricamente han sido perseguidos, estigmatizados y discriminados de diversas formas como lo son los hombres homosexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales, así como mujeres transexuales y transgénero hace que estas personas enfrenten barreras de discriminación múltiple cuando llegan a sumarse a las cifras de infectados por VIH/SIDA (CONAPRED, 2019).

Formas de transmisión del VIH

Los conceptos que se ven inmersos en la transmisión del VIH tienen que ver mucho con el significado de la palabra (UNESCO, 2008). Así, desde el significado del verbo transmitir hace referencia a la acción de transferir, de trasladar y también de dejar a otro un derecho o posesión. La falta de cuidado es lo que permite al VIH difundirse entre los seres humanos. Toda persona es susceptible a un contagio por VIH, desde un recién nacido, hasta un anciano, solo basta con pertenecer a la especie humana. El verdadero factor se percibe en la probabilidad puesto que existen ciertas conductas y situaciones de riesgo que llevarían a una persona a un contagio de este virus (UNESCO, 2008).

Los diversos estudios sobre la propagación de la epidemia de VIH desde los años 90's indican que existen tres tipos de patrones por las cuales la población de determinado país, dependiendo de su ubicación geográfica y contexto social, puede adquirir dicha infección. El patrón 1 que predomina en países europeos y en Estados Unidos que se caracteriza por tener como principal vía de transmisión las relaciones

sexuales homo y bisexuales y el uso intravenoso de drogas, el patrón 2, característico de países africanos donde la vía de transmisión principal son las relaciones heterosexuales y las transfusiones sanguíneas en condiciones precarias, y el patrón 3, que se considera como el patrón intermedio, y que de hecho es el patrón predominante actualmente en México, donde las formas de transmisión principales son las relaciones sexuales homo y bisexuales, y las transfusiones sanguíneas (ONUSIDA, 2002).

Ahora bien, las vías de transmisión del virus en los seres humanos son la vía sexual, la vía parental o sanguínea y la vía vertical o materno infantil.

Vía Sexual

La mayoría de las infecciones de VIH se han dado a través de la vía sexual, siendo esta la principal forma de contagio, abarcando el espectro de las relaciones heterosexuales y homosexuales. Las relaciones no protegidas representan un alto riesgo de infección para el VIH (Cobo, 2005).

La UNESCO, en 2008, informa que todo acto de la penetración ya sea vaginal, oral o anal supone un alto riesgo de contagio de VIH porque pone las secreciones sexuales en contacto directo con las mucosas corporales de la vagina, el recto y la boca. Este riesgo se reduce significativamente con el uso adecuado del preservativo o condón. El deterioro o lesiones en las membranas mucosas del recto, la vagina o la boca significan aún más riesgo agregado a una posible infección pues es por estas lesiones donde el virus encuentra un puente directo al torrente sanguíneo. Por lo tanto, las personas “receptoras” son más proclives al contagio del VIH que las “*insertoras*”

Debe de recalcarse que de todas estas prácticas que conllevan un riesgo en la transmisión del VIH, no todas tienen el mismo “nivel” de riesgo o probabilidad de contagio. La práctica sexual de mayor riesgo son las relaciones anales receptivas, ya que estas significan el desgarrar y daños en las mucosas anales que son delicadas y poco elásticas, además de que anatómicamente el ano y el recto no son

diseñados para la penetración. Le siguen las relaciones vaginales receptivas (hombre infectado y mujer sana), las vaginales insertiva (hombre sano y mujer infectada) y finalmente las relaciones orales donde se ven inmiscuidos genitales masculinos y femeninos infectados, donde el riesgo sería menor.

Las relaciones sexuales desprotegidas no solo implican un riesgo para contraer VIH, sino también en la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (ETS), esto se da principalmente en la etapa de la adolescencia, caracterizada por un complejo y continuo cambio en las esfera social, psicológica y anatómica. La prevalencia de las relaciones sexuales sin el uso de algún preservativo se ve acompañada del uso de drogas y diversas conductas sexuales que son rasgos de la adolescencia, además se agrega que los jóvenes se ven bombardeados de mensajes e imágenes sugestivas sobre el sexo y el abuso de sustancias.

Existen jóvenes más vulnerables con respecto a contraer VIH debido a que presentan conductas tales como:

- No usar preservativo
- Perder la plenitud de conciencia por efecto del alcohol o drogas entre otras.

Para que los jóvenes puedan disfrutar de una sexualidad plena y segura, diversas organizaciones internacionales de salud recomiendan las prácticas sexuales seguras.

Vía parenteral o sanguínea.

El VIH se transmite con facilidad al compartir agujas, jeringuillas u otros materiales contaminados usados para la inyección de drogas, así como otros dispositivos que penetran en la piel (por ejemplo, agujas de acupuntura, tatuaje o piercing). También supone un riesgo el empleo compartido de ciertos objetos susceptibles de albergar sangre, como instrumentos para esnifar drogas en polvo, cepillos de dientes o cuchillas de afeitar (CEVIHP, 2000).

Las transfusiones de sangre y derivados constituyen otro ejemplo de transmisión por vía parenteral, si bien la implantación de rigurosos controles en los bancos de sangre ha reducido esta posibilidad al mínimo. Los accidentes laborales en la práctica clínica (como es el caso de un pinchazo accidental con material infectado) son otra forma de contraer el virus (Schoenbaum, Hartel, y Selwyn, 1989).

Sobre este mismo punto, si bien las transfusiones sanguíneas y tratamientos de obtención de hemoderivados siguen controles muy estrictos de bioseguridad, existe una pequeña probabilidad de contagio, debido al periodo de ventana en el que el VIH se desarrolla en el cuerpo de una persona que fue infectada recientemente. Es por eso que la mayoría de los médicos tratan de disminuir el uso de este tipo de tratamientos (UNESCO, 2008).

Según el Instituto de Salud Carlos III en España, en 2007 la mayoría de las personas que viven con VIH lo adquirió al compartir jeringuillas contaminadas. Sin embargo, medidas como la implantación de programas de intercambio de jeringuillas han llevado a que los nuevos casos de VIH por esta vía de transmisión hayan disminuido en los últimos años, hasta situarse por detrás de las relaciones heterosexuales y homosexuales sin protección.

Vía vertical o materno infantil

La transmisión de la infección por VIH vía vertical puede ocurrir durante el embarazo, es decir, intrauterino; durante el trabajo de parto y en el parto, es decir intraparto; o bien, durante el periodo de lactancia. (UNESCO, 2008). Diversos estudios han demostrado que en el 50-70% de los casos la transmisión ocurre intraparto, constituyendo por lo tanto este período el de mayor riesgo de infección para el niño (Chávez, 2000). Cuando la infección ocurre de esta forma, en relación con el nacimiento, la vía vaginal constituye un mayor riesgo comparado con una cesárea previa al parto sumando la existencia de ruptura de membranas internas con horas previas al alumbramiento. En los niños menores a 15 años, la infección por VIH se adquiere principal por vía vertical de una madre a su hijo. (Velasquez-Vazquez, 2002).

Existen factores relacionados al estado seropositivo de la madre (genéticas, tipo de sepa de virus, evolución de la infección) que pueden hacer propicia la infección al feto, así como situaciones obstétricas, como ruptura prematura de membrana, que aumentan este riesgo. Además, de acuerdo con Barrientos y Magis (2006), existen varios momentos en los cuales la infección por VIH puede desarrollarse.

1) In útero: Que se desarrolla a partir de la octava semana de gestación donde puede haber interacción de partículas virales del VIH por el contacto de la sangre de la madre con la del feto por el desarrollo de la placenta.

2) Durante el trabajo de parto, por el contacto estrecho de la sangre de la madre, el líquido amniótico y demás fluidos que contienen el VIH.

3) Posparto. En este momento, la infección se da por la alimentación madre-hijo, es decir, por la lactancia; es por este motivo que la lactancia no se recomienda si es posible la alimentación con leche o formulas industrializadas, pues la lactancia materna aumenta un 30% el riesgo de infección.

En México, varias han sido las estrategias implementadas por el sector público de salud para mejorar la calidad de vida reproductiva de las mujeres. La urgencia del implemento de estrategias que mejoren la calidad de servicios y atención prenatal son vitales para la detección del virus en cualquier mujer que tenga planeado un embarazo, por ejemplo, la consejería que acompaña la asistencia pre y antenatal médica que debe comprender el informe sobre prácticas sexuales seguras, la eliminación de alcohol y tabaco, el uso de anticonceptivos y la prevención de infecciones de transmisión sexual. En poblaciones vulnerables la identificación de factores socioculturales y geográficos que podrían favorecer a la transmisión materno-infantil como un historial de infecciones sexuales previas, haber mantenido relaciones sexuales con compañeros que viven con VIH, contar con antecedentes de uso de drogas intravenosas o de transfusiones sanguíneas antes de 1986 o ser trabajadora sexual; es de vital importancia en la formulación de planes de ataque para la prevención del VIH (CENETEC, 2016).

De la transmisión a la infección del VIH. Manifestaciones clínicas.

Una vez que el VIH ha entrado al organismo por alguna de las vías ya mencionadas, el virus queda atrapado en los ganglios linfáticos regionales, seguido de ella, la respuesta del organismo hacia el virus como a otros agentes antígenos es la propagación de linfocitos CD4 para su eliminación, y es ahí donde el virus ataca a estos linfocitos cambiando su información, al mismo tiempo y paradójicamente, la respuesta del sistema inmune permite la propagación del virus hacia otros órganos del sistema linfático y es en este momento donde empieza una reproducción masiva del virus en la sangre y tejidos linfáticos.

Las manifestaciones clínicas se dan debido a que la balanza se inclina a la destrucción de las células inmunitarias y no a su reposición, lo cual lleva al agotamiento del sistema inmune (Lamotte, 2014).

Sin tratamiento, la infección del VIH evoluciona en diferentes fases o estadios, para finalmente empeorar el estado de degeneración inmunitaria, desembocando en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA.

Hay tres fases de infección por VIH:

Infección aguda.

Es la etapa más temprana de la infección, la mayoría de las manifestaciones se presentan entre las 2 a 4 semanas después de la exposición (INFOSIDA, 2017). Durante esta fase, la mayoría de los pacientes presenta síntomas parecido o relacionados con la influenza o gripe; estos son dolores de cabeza, fiebre, dolor muscular y articular y erupciones cutáneas. Una característica de esta infección es

la alta concentración del virus en la sangre, por la destrucción de los linfocitos CD4, lo cual lleva a un aumento considerable en la posibilidad de transmisión del virus.

Independientemente de la sintomatología antes descrita, Lamotte (2014) afirma que esta fase además se caracteriza por dos puntos importantes, 1) la infección puede ser asintomática, como sucede en la mayoría de los casos, o 2) sintomática, donde los cuadros clínicos de síntomas son tan variados que con regularidad se pueden confundir o restarles importancia de parte del paciente o del médico. Los síntomas generales pueden ser fiebre, faringitis, pérdida de peso, síntomas dermatológicos como erupciones, urticaria, síntomas gastrointestinales como diarrea, vómito y náuseas. Durante esta fase existe el inconveniente del “falso negativo” (un resultado negativo en la prueba de detección de VIH, pero la presencia de antígenos virales positiva) debido al “periodo de ventana”.

Periodo de ventana.

Una vez que el virus entra al organismo, este se disemina y esparce a través de los órganos linfoides, encargados del funcionamiento del sistema inmunológico y de las reacciones del mismo, como los ganglios linfáticos y el bazo, y los adenoides y amígdalas; y a través del sistema nervioso. En esta etapa de promoinfección es donde se encuentra el periodo de ventana, que va de las 2 a las 4 semanas donde no es posible la detección de anticuerpos contra el VIH (Codina, Martín y Ibarra, 2002).

Tener un resultado negativo no significa necesariamente que no se esté infectado con el VIH. Eso se debe al período de ventana, el tiempo entre el momento en que una persona pudo haber estado expuesta al VIH y cuando una prueba puede determinar con certeza si tiene VIH. El periodo de ventana varía de una persona a otra, y también según el tipo de prueba del VIH que se use (CDC, 2018).

Fase asintomática crónica

Durante esta fase, el VIH se multiplica y esparce a través de la sangre incesantemente. Chávez y Castillo en 2013 afirman que, entre mil y diez mil millones

de partículas del virus se reproducen durante esta fase, al mismo tiempo que cien millones de linfocitos CD4 son destruidos. En resumen, durante esta fase la persona infectada pudiese parecer normal y no presentar síntoma alguno, lo cual no quiere decir que no pueda transmitir a una persona sana el virus, e incluso el sistema inmunológico sigue deteriorarse, pueden pasar años o décadas antes de que se presenten los primeros síntomas, solo los análisis de detección de anticuerpos pueden rendir resultados cuantitativos y cualitativos para el diagnóstico eficaz, en algunos casos pueden presentarse inflamaciones en los ganglios linfáticos (UNESCO, 2008).

Fase tardía o SIDA

Para poder llegar a la etapa tardía sintomática pueden pasar de 5 a 7 años donde muchas personas pueden presentar cuadros de sintomatologías leves como fatiga, sudores nocturnos, pérdida de peso, úlceras en la boca o infecciones por hongos, y aunque el diagnóstico podría llegar a ser algo ambiguo pues estos síntomas no son precisamente específicamente la infección de VIH o el camino hacia el SIDA, a la vez marcan la fase tardía de la infección.

La Organización Panamericana de la Salud en 2006, propuso una terminología apropiada para el estadio final de la infección por VIH, es decir, el SIDA, además de una contextualización a la población y respuesta de América Latina y el Caribe al VIH; además de que la Real Academia Española de Lengua incluyó el término “sida” a su 22ª edición, por lo cual, este término es parte ya de la lengua.

El término SIDA corresponde a la etapa final de la infección del virus de inmunodeficiencia humana, S por Síndrome, pues la persona con sida puede presentar cualquier tipo de enfermedad causada por infecciones oportunistas, I por Inmune, porque afecta al sistema inmunológico que se encarga de combatir y expulsar la mayoría de bacterias de nuestro cuerpo, por Deficiencia, porque el sistema inmune no puede cumplir con sus funciones, además de presentar un grave deterioro (funciones deficientes) y A por adquirida (UNESCO, 2008). Bajo este

mismo contexto, algunas de las enfermedades oportunistas más comunes que se presentan en este estadio de la infección son la neumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP), el complejo *Mycobacterium avium* (MAC), el citomegalovirus (CMV), la toxoplasmosis, y la candidiasis.

Como menciona Labrador, Arteaga y Frances, en 2015, hay una fase intermedia antes de poder clasificar el deterioro en el organismo como SIDA que es cuando los ganglios linfáticos específicamente los situados en las ingles y la zona de la garganta se inflaman dando una señal evidente de que están funcionando generando los linfocitos suficientes para hacer frente al virus que ya se encuentra multiplicándose dentro del cuerpo humano.

Para un diagnostico veraz de SIDA se dice que una persona infectada debe tener una afección característica del SIDA o un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200/mm³.

Al ser el último estadio de la infección por VIH, el SIDA se caracteriza por la aparición recurrente de enfermedades oportunistas y de tumores raros. Representa desde el punto de vista inmunológico una gran barrera para las defensas naturales del cuerpo debido a la deficiencia en la producción de linfocitos CD4 cuya participación en la respuesta inmune es vital, así mismo se presenta una elevación en la carga viral del enfermo favorecido por la depresión inmune (Lamotte, 2004).

Tratamiento de control para la infección por VIH/SIDA.

Desde los primeros casos registrados de VIH en 1981 hasta 1983 cuando se pudo aislar el agente causal de la infección, pasaron solo pocos años para que en diferentes ciudades del mundo se empezara a buscar estrategias para el tratamiento de la infección y que fueran más allá del control de las enfermedades oportunistas o del suministro de paliativos para el dolor. En aquella época las causas de la inmunodeficiencia no eran bien conocidas, se llevaron a cabo varias investigaciones que se enfocaban al tratamiento con inmunomoduladores o inmunoestimulantes; ninguna de las anteriores tuvo éxito. Tiempo después y gracias a los avances en el estudio de la biología del VIH y posteriormente a los mecanismos que producen la inmunodeficiencia en la cual la replicación ocupa un papel principal para el tratamiento, favoreció el implemento de estrategias para formular nuevos tratamientos y fármacos para poder ocuparse de las formas de replicación del virus en las diferentes etapas del ciclo de infección. El primer compuesto que demostró eficacia en la prolongación de esperanza de vida de los pacientes de SIDA fue la azidotimidina o AZT. Posteriormente y con los avances médicos y farmacéuticos de los primeros años de la década de los noventa para el año de 1996 se inició lo que se conoce como la era de la terapia antiviral de alta actividad o TARAE la cual consistía en un “coctél” de compuestos como la didanosina (DDI), dideoxicitidina (DDC) y lamivudina (3TC), antirretrovirales que compuestos darían resultados destacables en la disminución de la carga viral de los pacientes referidos de la época (Sierra, San Sebastián, 2004).

En los años venideros de la determinación de los fármacos que ayudaban a prolongar la vida de los enfermos por VIH, el paradigma para encontrar nuevas alternativas y estrategias en contra de la epidemia del virus se resumen en tres contribuciones de gran relevancia en el año 1995, la primera sobre el conocimiento del papel central que juega el factor de la replicación acelerada del virus dentro del organismo humano; la segunda enfocada en la posibilidad de usar y crear pruebas de detección y evaluación de la cantidad de partículas virales en la sangre y tejidos,

y la tercera, guiada hacia el desarrollo de nuevos compuestos químicos que en combinación con los ya existentes resultarían en un método más eficaz para el tratamiento del VIH (IMSS, 2017).

La baja probabilidad de poder erradicar el virus a niveles indetectables por las pruebas estándar aplicadas, la necesidad de llevar un tratamiento prolongado con un alto nivel de adherencia al plan médico, así como reacciones tóxicas y de efectos secundarios en los pacientes sin duda bajaban el porcentaje de eficacia de los pocos fármacos disponibles para el tratamiento (Sierra y San Sebastian, 2004).

A nivel internacional el ONUSIDA en 2018 impulsó la iniciativa *undetectable = intransmisible* o indetectable = intransmisible por su traducción al español para postular la eficacia del tratamiento antirretroviral (TAR) en la lucha contra el sida. Junto con esta iniciativa, en la última década se han logrado tres grandes investigaciones respecto a los antirretrovirales, su eficacia, el contexto donde se desarrolla y la lucha contra el estigma y discriminación que sufren las personas que viven con VIH.

En 2011 y 2018 se hicieron dos investigaciones relacionadas con la eficacia del TAR en parejas serodiscordantes (donde uno de los integrantes es VIH positivo, pero ha logrado una carga viral indetectable, y el otro es VIH negativo) probando la efectividad de estos al no existir ningún caso reportado de transmisión sexual del VIH a la pareja VIH negativa.

Para 2017 cerca de 1.5 millones de adultos se contagiaron de VIH debido a varios factores, en los cuales figuran la transmisión por parte de personas que desconocían su estado serológico, o que incluso llevaban un régimen con TAR pero la poca adherencia al tratamiento les impedía lograr la supresión viral. Esto dejó en claro la importancia del TAR y el mantenimiento de la carga viral indetectable como una de las herramientas principales para el control e impulso de nuevas políticas en la prevención combinada; no obstante, no dejaron de ser importantes otros conductos para la misma, como el uso del condón masculino y femenino, PreP y la profilaxis post exposición (CENSIDA, 2018).

Finalmente, en diciembre de 2018, Canadá se convirtió en el primer país en avalar e impulsar la campaña *¡=!* la cual ocupa sus esfuerzos en mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH al combatir el estigma social asociado a este, que en teoría es una de las barreras principales para acceder a los programas de prevención, detección y tratamiento.

Por su parte, el gobierno mexicano ha instrumentado mejoras en los esquemas de salud pública que reestructuran el concepto y consideran a la salud un derecho humano que el gobierno tiene la obligación de proporcionar; al mismo tiempo que pone énfasis en ocho entidades clave que se han considerado prioritarias: Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán (CENSIDA, 2018). Así y como se ha hecho desde el 2003 el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida ha puesto en marcha las políticas públicas necesarias para el acceso gratuito de este tratamiento sin exclusión alguna.

Los jóvenes de entre quince y veinticuatro años que a menudo son los más expuestos al riesgo de infección, cada vez cuentan con más información sobre cómo prevenir el VIH. En países de América Latina se han conseguido que el uso del preservativo supere el 80% en relaciones de alto riesgo entre hombres, mientras que en dos países el nivel del uso del preservativo entre mujeres es alto, sin embargo, los jóvenes todavía carecen de la información y de las herramientas que necesitan para adoptar estrategias más seguras frente al VIH. Son muchos los que no pueden acceder directamente a los preservativos o a los productos lubricantes, y las personas que se inyectan drogas todavía no disponen de suficientes agujas estériles (UNAIDS, 2010).

A través de la metodología de estas investigaciones se han podido recuperar narrativas, representaciones sociales y significados que ayudan a comprender como se ha expandido la pandemia en el enfoque psicosocial debido a múltiples factores políticos, culturales, geográficos y económicos; todos ellos apuntan a la construcción de un sentimiento de vulnerabilidad en las personas que viven con VIH. Si bien es cierto que el VIH es una enfermedad biológica y que su

epidemiología la ha caracterizado como crónica, esta también se puede definir como una enfermedad social, en la cual cada cultura o sociedad ha puesto un significado dentro de su propia dinámica y paradigma en el cual se desarrolle; bajo este mismo contexto, la geografía de desarrollo ancla otros factores socioculturales como la pobreza que por ende da pie a la desnutrición, la falta de soportes médicos, el nivel educativo y una escasa regulación médica y ética en atención a la problemática del VIH/SIDA (Flores-Palacios, 2013).

Esta investigación se centra en tres factores de relevancia para el estudio que ocupa el freno de la epidemia de VIH desde la perspectiva psicológica; el conocimiento previamente adquirido sobre la infección de VIH a través de diversas fuentes de información, la autoeficacia percibida para poder conservar la salud y la búsqueda de sensaciones sexuales.

VIH desde la perspectiva psicosocial

La emergencia de la enfermedad y la rápida diseminación de la infección por el mundo provocaron una movilización de recursos humanos y financieros, dedicados a la investigación, atención médica y al desarrollo e implementación de estrategias de control; es así que la mayoría de investigaciones hechas desde los años ochenta y desde su descubrimiento, han enfocado sus esfuerzos en entender la ocurrencia, y el porqué de la presentación en determinadas sociedades o entornos así como en grupos particulares a partir de los análisis de los resultados de estas investigaciones en el rubro médico-social a niveles internacionales. En los primeros años de la epidemia, las primeras investigaciones estudiaban los casos de VIH/SIDA en el individuo como unidad de análisis, años después se hizo evidente que la epidemia tenía su dinámica en la forma en la que los enfermos se relacionaban socialmente pues era ahí cuando las conductas de riesgo ocurrían; esto originó que se adoptara un enfoque biopsicosocial donde se reconocían una amplia gama de factores que harían a las personas más o menos vulnerables, por un lado estaban los genéticos y fisiológicos y por otro las características

sociodemográficas, el ambiente social y comportamiento individual (Gala-González et al., 2019).

La transmisión de la infección no solo obedece al orden epidemiológico, sino que, el miedo y la ignorancia respecto al virus en general al igual que los prejuicios, transmiten percepciones erradas de que los individuos seropositivos son diferentes e inferiores lo que causa estigmas y discriminación entorno a todos los involucrados con la pandemia en nivel directo, por lo que la atención trasciende el dominio biológico donde para mejorar la calidad de vida no solo de quien padece la infección sino también de sus familiares es preciso poner la debida atención a la discriminación, diferencias por sexos, las relaciones sociales y salud mental, la seguridad del entorno y la independencia económica que constituyen grandes necesidades y en diferentes situaciones, representan obstáculos (Rodríguez, Pérez y Cisneros, 2019).

El desarrollo de la infección tendrá varias y distintas connotaciones morales y o religiosas dependiente los aspectos socioculturales en determinadas poblaciones, mismas que podrían dar origen a la discriminación, rechazo, abandono y cambios súbitos de las dinámicas familiares de quien lo padece; es aquí donde la salud psíquica es afectada por reacciones negativas tras el descubrimiento del estado serológico, dando como resultado sentimientos como miedo, estupor, ansiedad, impotencia, desesperanza, sentimientos de culpa e ideación suicida; mientras los estigmas en su mayoría dan pie al rechazo y al abandono por parte de la familia (Cordona-Arias, 2010).

Aunado a lo anterior, es indispensable que dentro del análisis de los procesos discriminatorios referentes a la infección por virus de inmunodeficiencia humana se considere como objeto de estudio las creencias incluidas y las representaciones sociales, debido a que estos son contruidos a partir del conocimiento disponible en el medio social (Rodríguez, Pérez y Cisneros, 2019).

Por otro lado, es preciso mencionar la importancia que tiene el comprender como una persona estigmatizada, en este caso por ser portador del virus de la

inmunodeficiencia adquirida, comprende y asimila su realidad; este es un proceso dinámico que incluye la interacción entre la persona estigmatizada y los estigmatizantes, pueden haber una interacción cara a cara o simbólica, cuando se está expuesto a medios de información e instituciones que producen y reproducen nociones de discriminación e impulso del estigma; por consiguiente, la forma en que la persona estigmatizada interpreta las opiniones sociales sobre ella misma darán pie a poder analizar de mejor forma la vivencia de por vida de los pacientes con esta condición, entre las razones del rechazo podemos encontrar el miedo a contraer el virus, la información escasa del tema, la idea del VIH como castigo, y la idea de que las personas con el virus representan un peso social en términos económicos (Varas-Díaz, Serrano-García y Toro-Alfonso, 2004).

Por otro lado, y con resultados más cercanos, la investigación de Guzmán, Bermúdez, López y Sulvarán (2012) en población mexicana con estatus seropositivo de la región de Monterrey identificaron que las representaciones sociales asociadas al VIH, hacían que la adherencia al tratamiento fuera más difícil de llevar debido los pensamientos catastróficos sobre la posibilidad de la muerte, mismo que afecta las proyecciones a futuro y el plan de vida. Estos mismos autores refieren que los diferentes estilos de afrontamiento infundados desde el primer día del diagnóstico tendrían un impacto significativo; estos pudiendo ser por una parte el afrontamiento activo con acciones concretas como la búsqueda de atención médica o psicológica especializada y enfocada en la resolución de problemas, y por otra el afrontamiento enfocado en el uso de sustancias y la negación de la situación de enfermedad.

De forma simultánea, en la vida de una persona que vive con el virus de inmunodeficiencia humana, en teoría pasa por varias etapas a nivel psicosocial, desde la práctica de riesgo, el diagnóstico, el proceso que estos conlleva para finalizar en la atención médica para el control y monitoreo de la enfermedad. En retrospectiva, el tratamiento antirretroviral desde su introducción a México ha ayudado a aumentar y mejorar la esperanza y calidad de vida de los pacientes con

infección de VIH/SIDA, mismo que es imprescindible pues disminuye la carga viral pero que en ocasiones resulta difícil su adhesión (Gutiérrez-Gabriel et al. 2019).

Por lo que se refiere a la atención psicológica en conjunto al tratamiento TAR, existe una analogía entre los síntomas físicos con los psíquicos; mientras a nivel corporal el organismo es blanco de las infecciones oportunistas ocasionadas por bacterias y virus, la esfera social y psicológica se encuentran alteraciones como cambios de ánimo, pensamientos y conducta y como se ha mencionado anteriormente una serie de tabúes y prejuicios que alteran considerablemente la calidad de vida en caso de no recibir una atención adecuada a la salud mental. (Canales-Zavala et al. 2019).

CONOCIMIENTO SOBRE VIH

La lucha contra el VIH tiene lugar principalmente en la promoción de conductas que ayudarán a la prevención de la infección, dando lugar a transformaciones sociales que cambiarían positivamente las situaciones que generan riesgos a la salud. Así mismo, la historia, conocimientos básicos y avanzados, así como los eventos o fases de la infección cada vez son más conocidos por el grueso promedio de la población (González, Núñez, Couturejuzon y Amable, 2008).

Una de las principales acciones encaminadas al establecimiento de nuevas reformas y estrategias de prevención ha sido la difusión de información científica como punto fundamental para contrarrestar el impacto de esta pandemia. Además, del uso del condón como principal preservativo para evitar la infección, existen muchos estudios que aluden al conocimiento de las prácticas de riesgo y su utilización para cambiar estas mismas prácticas. Como apuntan Villaseñor-Sierra et al. (2003) estos estudios aluden a la asociación de conocimiento sobre VIH y uso de condón, de igual forma apuntan a una relación de jóvenes con alto grado de conocimientos sobre el virus, y la prevalencia de prácticas sexuales de alto riesgo para contraer la infección. De igual modo, señalan que existen diversos predictores para el uso o intención de uso del condón y la formación de estrategias para la práctica de actividades sexuales de menor riesgo; entre estos están las actitudes positivas para discutir sobre sexo seguro, alta percepción en la autoeficacia para el uso del condón, actitudes y normas individuales, creencias positivas y consciencia del riesgo de infección, monogamia, menor edad y mayor conocimiento científico sobre los mecanismos de transmisión del virus.

La difusión de la información ha sido el canal principal para la prevención de infección en la población, pero esta no ha sido suficiente para modificar la conducta y la prevalencia de prácticas sexuales de riesgo. En los grupos sociales, el conocimiento sobre el VIH/SIDA se remite a la formulación y manifestación de estigmas, rechazo, miedo, exclusión, muerte y demás pensamientos subjetivos

negativos que han visto mermado el avance de la prevención. En un estudio, con jóvenes de la Ciudad de México, se expone que tienen conocimientos de la generalización de la infección en todos los grupos sociales, sin hacer distinción entre actividades o preferencias sexuales, además, de expresar posturas que indican que el problema no es exclusivo y derivado de pertenecer a un grupo en concreto, si no, al tipo de actividades sexuales que los individuos llevan a cabo respecto al uso del condón (sexo seguro), al mismo tiempo, reportan que no se hace una distinción entre el significado de VIH y SIDA, y que el pensamiento mágico está altamente anclado a la creencia de “yo no puedo contagiarme”, siendo esta última falsa lo que paradójicamente deja con mayor exposición a la población; un punto relevante que se menciona en este estudio es que los mensajes de prevención sobre VIH que llegan a los jóvenes se captan de modo perceptivo y conceptual, pero no de manera cognitiva, es decir, se tiene y se entiende la información respecto al virus y el riesgo, pero no se lleva a la práctica (Flores-Palacios y Leyva Flores, 2003).

Internacionalmente, existe la discusión que en países industrializados de Europa la educación sexual es más realista, amplia y sobre todo alcanzable para la mayoría de los estratos sociales que en países de occidente. En la mayoría de los planes de difusión de información, esta se enfoca en estimular la postergación del inicio de la vida sexual en las poblaciones más jóvenes. pero también en mejorar el uso de los métodos anticonceptivos, educación sobre la existencia de infecciones de transmisión sexual y el desarrollo de competencias y destrezas para tomar mejores y acertadas decisiones sobre su sexualidad y en la comunicación con su pareja en adolescentes que ya son sexualmente activos (Moreno, León-Canelón y Becerra, 2006).

En temas educativos, si bien la divulgación de información científica sobre la sexualidad ha sido pilar para el freno de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humano se deben de tener varias consideraciones de acuerdo con Doblado-Donis et al. (2009) respecto a las estrategias de los diferentes organismos que dan pie a la educación en nivel de incidencia primario como los colegios y universidades, ya que la política educativa de Hispanoamérica destina programas para hacer énfasis

en los riesgos que conlleva tener una vida sexual activa respecto a embarazos, infecciones de transmisión sexual y la anticoncepción; y considerando que los estímulos proporcionados por la familia son uno de los eslabones primordiales en la educación y transmisión de los valores antes mencionados; debe darse una prioridad a la atención brindada en las escuelas donde se da el principal transmisión de valores, es decir, mayor educación sexual y conocimientos en cantidad y calidad; ya que la dinámica educativa a resultado en nuevas formas de interacción entre hombres y mujeres dando como principal fuente de motivación la relación y demanda de acciones con los parejas mismos que influenciaran la conducta.

Algo semejante sucede en la investigación sobre conocimientos previos y conducta sexual en el tema de transmisión del virus de papiloma humano (VPH) descrito por Medina, Medina y Merino (2014) en Argentina, donde destacan que si bien la información de VIH esta difundida por todo el mundo, es una infección desconocida para un número significativo de la población debido a una estructura social que no permite la asimilación de conocimiento en forma unificada para las y los ciudadanos argentinos por temas económicos y educativos, y que sumado a diversos factores culturales favorece el desarrollo de creencias y actitudes que dificultarían su atención y detección, entre estas creencias esta la incredulidad hacia la existencia del virus y la infección o el pasar por desapercibida la vulnerabilidad a contraer el virus.

El conocimiento e información acerca de VIH llega a la población principalmente por medios de comunicación masiva, siendo el más relevante la televisión y juegan un papel importante para la construcción de conceptos, creencias, y percepciones sociales sobre el problema. Si bien, estos medios cumplen la función de la difusión en la mayoría de los casos, no garantiza que se haga de forma efectiva y refleje resultados favorables en la formación de estrategias de prevención de VIH; algunos estudios en poblaciones de jóvenes residentes de zonas urbanas generalizan en que el conocimientos que esta población tiene se obtiene a través de medios de alto impacto, entre ellos la televisión, pero estos son superficiales y comúnmente se mezclan conceptos errados, confusos o mitos que

podrían orientar a comportamientos sexuales de riesgo. (Caballero, Villaseñor y Hilado, 1997).

Los medios masivos dependen totalmente del contexto en los que se encuentren. En las poblaciones rurales, la radio es la principal fuente para la difusión de información, así lo hacen evidente Pavía-Ruz et al. (2012) en un estudio en población rural del estado de Yucatán, donde encontraron que para este tipo de muestra los conceptos de VIH/SIDA son parecidos a los de las zonas urbanas, denotando el uso de condón como principal fuente de protección frente a la infección. No obstante, los prejuicios y estigmas están marcados en dicha muestra.

Aunado a lo anterior, la investigación de Muñoz, Ponce, Stival y Bernal de 2018 sobre la epidemiología y etiología de las problemáticas asociadas a la prevalencia de la infección por VIH en poblaciones de pueblos originarios indígenas en localidades de Chiapas, evidencian que la falta de conocimientos no solo sobre el tema, sino en general una población analfabeta, es debida a la segregación económica, política y social lo que apuntaría a la baja probabilidad de acceder a la información correcta que ayudaría a la detección oportuna de la infección por VIH, adicionalmente de la precariedad en los sistemas de salud públicos disponibles en de por sí comunidades rurales inmersas en pobreza extrema que no proveería de preservativos a la población. Igualmente se confirma la prevalencia a conocimientos falsos y estigmas asociados a la enfermedad en esta población, según señala una encuesta realizada para documentar el grado de información y conocimientos de VIH en pueblos originarios indígenas en estados fronterizos mexicanos, en este caso, Quintana Roo, Tabasco, Chiapas, Chihuahua, Sonora y Nuevo León realizada por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indios y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ponce, Núñez y Báez, 2009). Esta encuesta arrojó como resultado que por lo menos el 30% de los encuestados pensaban que un piquete de mosquito o incluso el uso compartido de platos y cubiertos podía transmitir el virus, así como la asociación a trabajos sexuales y prácticas homosexuales a dicha infección. Aún más importante es que el 20% de los encuestados evidenciaban que las personas seropositivas en

dicha población eran expulsadas de su comunidad de origen, lo cual da un indicio destacable sobre el impacto social y comunitario del conocimiento del VIH en este tipo de poblaciones.

La Organización Mundial de Salud recomienda a todos los países el difundir la información hacia su población y aumentar la atención en poblaciones vulnerables, sobre realizar una prueba periódica si es que se mantiene una vida sexual activa; se han impulsado nuevos y novedosos métodos de detección y tratamiento para el VIH pero aún hay barreras cognitivas y emocionales que impiden que la población lleve a cabo estas actividades y se dificulte el acceso voluntario a realizarse la prueba. Esto ha sido un tema recurrente en la agenda política internacional dando origen a institutos específicamente destinadas a la promoción, prevención y aplicación gratuita de pruebas de detección (Rojas-Salazar, Corchado-Vargas y Jácome Hernández, 2019).

Araya et al. (2013) hacen una recolección de la literatura disponible en población chilena sobre cuáles son las barreras o factores que obstaculizan y dificultan el que una persona se haga el test ELISA de segunda generación para la detección del virus de inmunodeficiencia humana y es de relevancia sus hallazgos, En primer lugar se encuentra que la desconfianza y falta de veracidad de la información ofrecida por el personal médico, la falta de percepción de riesgo, pero también la información escasa sobre el virus y miedos a los resultados del examen sobresalen en los resultados, mismos, que los autores refieren a la insuficiencia y “poca calidad” de los conocimientos previos sobre el tema.

Por otro lado, es preciso mencionar que en la interacción de agentes activo y pasivo dentro de la difusión de información de sexualidad y conductas saludables, los programas destinados en México se sirven de un modelo en el sector educativo como es el de la consejería que dentro de las políticas de salud nacionales es referido como un medio que incluye elementos de información y orientación lo que permite influir en los comportamientos y conocimientos de los individuos con el fin de promover las conductas sexuales saludables. Dentro del desarrollo de planes para la atención a la conducta sexual, es el método más idóneo en la prevención de

embarazos no deseados y casos de propagación de ITS, ya que al contrario de lo que se podría pensar, el aprendizaje temprano sobre las practicas preventivas en la sexualidad no acotará la edad del debut sexual si no que influenciará para que se retrase la vida sexual activa y se prevean situaciones que pongan en riesgo la vida de los individuos (Mota, Tello, García, Ortega y López, 2020).

De acuerdo con Lauby, Bond, Eroglu y Batson en 2009, la decisión para el uso del preservativo e incluso la de realizar una prueba para la detección de infección por VIH depende de factores personales como los niveles de información respecto a esta, el balance de beneficios y la percepción de riesgo y vulnerabilidad asociadas a las prácticas de riesgo, de este último factor se desprende la impresión de que el sexo desprotegido es más placentero, esta a su vez, forma parte de un concepto ya estudiado en torno al tema de las relaciones sexuales y la socialización humana: la búsqueda de sensaciones.

BÚSQUEDA DE SENSACIONES

Han sido múltiples los factores que se han estudiado para poder generar estrategias de intervención para detener la pandemia del VIH/SIDA; se han explorado en esferas generales, como individuales de la población, la mayoría de estos van encaminados a la investigación del carácter comunitario (niveles de desempleo y de pobreza), el contexto familiar respecto a las relaciones interpersonales de los miembros, la carencia de educación, y finalmente al carácter personal del individuo, como la percepción de riesgo de infección, la habilidades y creencias respecto a la pandemia, así como características específicas dentro de las relaciones de pareja (Teva, Paz y Buela-Casal, 2011). Estos factores están aunados a la conducta que lleva a las personas a tener relaciones sexuales de riesgo, es decir, sin el uso de preservativo, que predisponen al individuo a contraer enfermedades de transmisión sexual, VIH y embarazos no deseados. En este

sentido, se conceptualiza el *riesgo* como la probabilidad valorada de un resultado negativo.

Según Donenberg y Pao, en 2005, una de las poblaciones más expuestas y con mayor tendencia a practicar relaciones sexuales de riesgo son los adolescentes, seguido de las mujeres jóvenes y grupos minoritarios (prostitutas y consumidores de drogas inyectadas). Para ese año, el VIH había sido considerado una enfermedad “de los jóvenes” pues se tenía en consideración que el tiempo que pasaba desde la infección hasta el desarrollo del SIDA, podría indicar que la mayoría de los pacientes habían contraído el virus en la etapa de la adolescencia.

Este grupo tiene comportamientos de riesgo para el desarrollo de una infección por VIH, incluyendo la experimentación sexual y el abuso de drogas, que a menudo son el resultado de una fuerte presión por parte de sus compañeros y amigos de la misma edad y una menor supervisión por parte de los padres que ocurre con frecuencia cuando llegan a la adolescencia.

Una de las características más estudiadas en la esfera psicológica y que podrían dar explicación a las conductas de riesgo es la búsqueda de sensaciones. Kalichman y colaboradores en 1994 definieron este constructo como una “tendencia para conseguir niveles óptimos de excitación sexual y de implicarse en experiencias sexuales novedosas.” Al mismo tiempo, Zuckerman (1994) define la búsqueda de sensaciones como una necesidad de experimentar nuevas, variadas, complejas e intensas experiencias teniendo un riesgo físico y social por el deseo de disfrutar dichas experiencias.

En su revisión de 2019, Eslava, López-Crespo y Espinoza apuntan a la definición de búsqueda de sensaciones propuesta por Zuckerman (1994) y resaltan que este concepto está formado por cuatro dimensiones o factores; el primero que es la *búsqueda de emociones* que se traduce en el deseo del individuo en implicarse en actividades de riesgo, la *búsqueda de experiencias* que se interpreta como el deseo de adquirir nuevas y excitantes experiencias y conocimientos a través de vías

poco convencionales, *la desinhibición* que refiere a la búsqueda de sensaciones a través de la socialización y diversión; y finalmente la *susceptibilidad al aburrimiento*.

Por lo que se refiere al entendimiento de forma compuesta de la búsqueda de sensaciones habría que entender ambos términos por separado y comprenderlos desde una perspectiva individual; por un lado la palabra búsqueda refiere a que el rasgo al que se describe se mantiene activa, mientras que el término de sensación es acuñado a partir del proceso intrapsíquico de la estimulación a través de los sentidos, es así que, por la unión de estos términos se puede entender que la búsqueda de sensaciones es una necesidad continua y permanente de encontrar algún resultado sensorial específico (Chico, 2000).

Bajo este mismo contexto la búsqueda de estímulos específicos da origen a un sin número de sensaciones, mismas que pueden categorizarse en tres ámbitos; orgánicas, especiales y kinestésicas.

I. Las sensaciones orgánicas que son provocadas por cambios dentro del organismo y sentidos por el mismo, más que ser provocadas por estímulos externos. En estas sensaciones el cerebro recibe información del estado interno del cuerpo como el hambre, sueño, sed y saciedad (Ribetti y Gazola, 2014).

II. En las sensaciones especiales, la información es recibida a través de órganos especializados para oír, degustar, oler y sentir, convirtiéndose en energía electroquímica que estimularía la interpretación en el cerebro. Su principal función es dotar a los individuos de la información del ambiente.

III. Por otra parte, la forma adecuada y óptima de las acciones motrices del cuerpo se da gracias a las sensaciones kinestésicas, mismas que deben su origen en el encéfalo cuando se recibe información de los propioceptores de articulaciones, músculos, nervios y tendones para configurar patrones de movimientos (Siff y Verhoshansky, 2000).

Como se ha mencionado el buscar sensaciones es independiente en su nivel de intensidad de cada individuo al catalogarse como un rasgo de personalidad propio de la psicología; según Lara y Pérez (2014) otros factores del mismo carácter darían explicación al por qué un individuo resulta ser un alto buscador, entre estos podría ser un bajo nivel de control de impulsos, narcisismo, baja autoestima, poca o nula autoeficacia percibida, habilidades sociales pobres en su eficacia; todos estos factores podrían ser determinantes en que la búsqueda de sensaciones tenga efectos nocivos en la salud mental y física de las personas, no solo para ellas sino también para quienes les rodean.

Con respecto a uno de los primeros puntos sobre el análisis del concepto, la impulsividad como factor compuesto a la búsqueda de sensaciones podría tener varios e importantes aportes ya que es una de las causas que la originan, ya que la mayoría de sus efectos serían nocivos. Dentro de las consecuencias que podría conllevar una búsqueda continua de sensaciones, derivan en delincuencia, desórdenes alimenticios, psicopatías, bajo rendimiento en la educación, mientras que el componente de la desinhibición de la impulsividad da la probabilidad de que los individuos lleven a cabo comportamientos antisociales o que afecten a terceros (Surányi, Hitchcock, Hittner, Vargha, y Urbán, 2013).

Aludiendo a párrafos anteriores y profundizando en las diferentes actividades relacionadas a una alta probabilidad de búsqueda de sensaciones, y al mismo tiempo de asumir altos riesgos encontramos actividades que podrían llegar a ser tomadas como normales, pero dependiendo el enfoque, contexto y análisis del individuo estas podrían catalogarse de otra forma. Se asumen riesgos físicos practicando deportes extremos, cuando se conduce demasiado rápido temerariamente o bajo la influencia de las drogas; cuando los individuos se ofrecen como voluntarios para experimentos de laboratorio o para unidades de combate del ejército, fumando o consumiendo bebidas alcohólicas asumiendo riesgos a la salud, además de una tendencia significativa a las apuestas, juegos de azar, asumir inversiones financieras arriesgadas y por supuesto a tomar parte en actividades

sexuales con varias parejas lo que les sitúa en mayor riesgo al contagio de VIH y otras ITS (Horvath y Zuckerman, 1996).

Para el estudio e investigación de la búsqueda de sensaciones como rasgo de la personalidad se han abordado diversas formas de ver y definir el concepto. El alto buscador de sensaciones se caracteriza por la tendencia a hacer esas cosas que podrían ser riesgosas para alguien que es un “bajo buscador”, lo que los diferenciara es la valoración de estas sensaciones. El buscador de sensaciones, a través de los distintos canales sensoriales, buscará estímulos que le sean capaces de satisfacer y producir sensaciones inusuales, por ejemplo, por medio del arte, música, relaciones sexuales, actividades físicas, y drogas (Chico, 2000).

La búsqueda de sensaciones es un constructo relativo y subjetivo en cada persona, depende del juicio de cada individuo el cómo valorará las conductas (Palacios, 2014). En este contexto, algunos estudios han apuntado a las diferentes asociaciones a la búsqueda de sensaciones. Teva y Bermúdez en 2011, afirman que en grupos adolescentes varones podría incrementar las probabilidades de tener más de diez parejas sexuales, en mujeres la práctica de sexo anal y tanto en hombres como en mujeres haber tenido parejas sexuales ocasionales, haber consumido drogas durante las relaciones sexuales, y tener experiencia con el sexo oral. Adicionalmente, las personas con altos índices en la búsqueda de sensaciones que llevan a cabo conductas relacionadas a prácticas sexuales de riesgo, a pesar de ser conscientes de las posibles consecuencias negativas que traerían (como infecciones de transmisión sexual, VIH) se muestran indiferentes a ellas.

Bajo este mismo contexto, este término es explicado desde la dimensión psicológica de la personalidad de orden biológico debido a la conceptualización que proporciona la teoría del nivel óptimo de excitación de los individuos propuesta por el mismo Zuckerman, misma que postula que cada individuo tendría un grado específico y único del nivel alto de excitación que conllevaría a un funcionamiento óptimo en el nivel afectivo, emocional y motor, de ahí que se considere un rasgo de personalidad (Dubey y Arora, 2008).

Más aún los procesos de socialización juegan un papel fundamental en este rasgo de personalidad, los factores transculturales y de sexualidad de cada individuo son determinantes. Serrano en 1996 (citado en Chico, 2000) afirmó que el consumo de drogas y conductas sociales de riesgo son más frecuentes y significantes en hombres que en mujeres y que estos devendrían de los diferentes procesos sociales que son particulares en cada uno de los sexos; de igual modo se encuentra una distinción entre la iniciación sexual, siendo los hombres quienes tienen su debut sexual a edades más tempranas que las mujeres, de ahí que se desprenda la idea que esta desigualdad en procesos cognitivos ligados a la sexualidad entre hombres y mujeres deriva de un panorama de socialización desigual e inequitativo en función al sexo del individuo, siendo así más instrumental y ligada al logro en hombres y más expresiva y orientada al afecto en el caso de las mujeres.

Además de tener carácter social y psicológico, la búsqueda de sensaciones se ha abordado desde el punto de vista biofisiológico, dando bases bioquímicas a las mismas. (Zuckerman, 1983). Tal es el hecho que distintas medidas en componentes bioquímicos y psicofisiológicos como los niveles de monoaminooxidasa o MAO, el promedio de potenciales evocados y niveles de testosterona como afirman Fowler, von Knorring y Orelund en 1980 y Ward, Catts, Norman, Burrows y McConaghy en 1987, han demostrado tener presencia en el rasgo de búsqueda de sensaciones (citado en Chico, 2000).

Bajo este mismo contexto, la revisión de la bibliografía sobre en búsqueda de sensaciones y conductas sexuales de riesgo, se unen y colindan en tendencias actuales y prácticas que hoy son relevantes en tema de prevención y promoción de la salud sexual sobre todo en la infección de VIH y desarrollo de SIDA. El *bareback* o “montar a pelo” es una práctica clasificada como riesgosa para adquirir infecciones de transmisión sexual la cual consiste en sexo anal sin protección llevado a cabo principalmente por HSH (hombres que tienen sexo con hombres) y que desde la perspectiva sociológica, psicológica y de salud pública tiene su porque en la búsqueda de sensaciones sexuales al tener la conciencia de poder adquirir una ITS

y también en la intencionalidad de mantener relaciones sexuales desprotegidas (Díaz, Orlando-Narváez y Ballester-Arnal, 2019).

Si bien, el concepto de búsqueda de sensaciones no es equiparable a la búsqueda de riesgos y aunque la definición propuesta por Kalichman y Zuckerman resalta la propiedad de asumir el riesgo, esto solo es en función a la percepción de las recompensas que tendrá el individuo al ponerlas en práctica como la novedad y la intensidad emocional (González-Rivera et al. 2018).

Aunado a lo anterior, la investigación realizada en 2014 por Zheng, Seng, Xu y Zhang rescatan que algunas teorías apuntan que los individuos con este rasgo psicológico pueden presentar una insensibilización ante el riesgo y las consecuencias negativas que estos implican, lo cual podría apuntar a que las personas con mayor búsqueda de sensaciones desarrollarían una alta tolerancia al riesgo, viendo atenuados dentro de sus procesos internos aquellos factores “protectores” como la autoeficacia percibida para conservar la salud.

AUTOEFICACIA

Desde la aparición del VIH/SIDA, los esfuerzos de los organismos de salubridad se han enfocado en proporcionar la información pertinente a los grupos más vulnerables (en su mayoría adolescentes y jóvenes adultos) sobre conductas de riesgo sexuales y conocimientos básicos sobre uso de preservativo y planificación de la vida sexual para evitar la transmisión de VIH. No obstante, y como han demostrado gran parte de la literatura en el tema; si bien los conocimientos sobre el tema son necesarios, no son lo suficiente para lograr que la población joven lleve a cabo conductas sexuales saludables y seguras, esto se ve reflejado en las investigaciones con muestras poblacionales similares a esta, donde se informa que la mayoría de adolescente o jóvenes adultos hispanohablantes no usan de manera

sistemática condón durante las relaciones sexuales (Ballester, Gil-Lario, Ruiz-Palomino, Giménez-García, 2017).

De esta forma, surge la necesidad de comprender de mejor forma los comportamientos sexuales de esta población, de ahí que desde diferentes modelos psicosociales se ha querido llegar a un marco de referencia más preciso que determine o que dé una explicación sobre el tema; lo cual nos lleva al concepto de autoeficacia.

La autoeficacia ha sido uno de los conceptos que con más recurrencia se ha estudiado desde la perspectiva de la psicología social y es que, desde el enfoque de la enfermería y la psicología, este concepto sirve como parteaguas para la elaboración, planeación y aplicación de programas para incentivar en los individuos la adopción de conductas que promuevan el autocuidado y la salud o que detengan las nocivas a esta (Olivari, Urra, 2007).

La autoeficacia refiere al sentimiento de confianza en los recursos y capacidades propios para hacer frente a múltiples factores estresores de la vida (Bandura, 1999). Aunado a lo anterior Pastorelli, Caprara, Barbaranelli, Rola, Rozsa y Bandura (citado en Avedaño y Barra 2008) agregan que la autoeficacia forma parte del autoconcepto del individuo, al formarse a partir de los estímulos sociales y ambientales a los que esté expuesto; por otro se refiere que la conducta donde es aplicada el principio de autoeficacia, se ve mediada por una evaluación cognitiva donde el sujeto pone sobre la mesa sus conocimientos respecto la misma, las expectativas futuras que tenga sobre sus acciones, estados emocionales, influencias sociales y experiencias pasadas, de forma que pueden estimar cuál será su capacidad de reacción para afrontar determinada situación.

Otro punto relevante es que la autoeficacia influye en varios aspectos del comportamiento humano; como el saber implantar una conducta deseada, el generar y mantener la motivación necesaria para poder seguir esa conducta o comportamiento, el proceso mental necesario involucrado en el comportamiento

deseado y las emociones experimentadas en el momento de realizar las acciones o incluso, en la prospectiva de resultados deseados (Dilorio et al. 1997).

Bajo este mismo contexto la autoeficacia tiene alcances en diferentes esferas de percepción del individuo; a nivel emocional, los bajos niveles de autoeficacia están ligados a trastornos depresivos, de ansiedad y desamparo, la concepción de que tan auto eficaz puede llegar a ser un sujeto influye en su cognición, en el grado de optimismo o pesimismo frente a factores y estímulos externos. A diferencia de una persona autoeficaz, las personas que carecen de confianza en sus propias capacidades tienden a alejarse de las tareas que perciben como difíciles haciendo hincapié en su falta de recursos para llevar a cabo metas, o propósitos (Bandura, 1992). Por el contrario, altos niveles de eficacia facilitarían el proceso de la información, aumentando la capacidad de juicio y de toma de decisiones (Olivari, Urra, 2007).

Uno de los conceptos fundamentales para entender y que complementa el principio de la autoeficacia es la agenciación humana, este concepto nace de la Teoría Cognitivo Social de Bandura en 1986, en ella se explica que los individuos tienen un auto sistema que mide el control de los pensamientos, sentimientos, motivación y acciones. Mismo auto sistema estaría compuesto de mecanismos que ayudarían al mismo a la percepción, regulación y evaluación de los comportamientos, dando como resultado a individuos capaces de influenciar sus propios procesos cognitivos para así, poder alterar el medio ambiente y la influencia de los estímulos externos en ellos (Bandura, 2001).

Todavía cabe señalar que desde los inicios de la descripción de la autoeficacia por Bandura en 1977 representa un aspecto nuclear de la Teoría Cognitiva Social, misma que indica que la motivación humana estaría mediada por el pensamiento y estarían involucrada la expectativa de la situación donde las consecuencias son dadas por los estímulos ambientales y no por las conductas personales; las expectativas sobre resultados y las expectativas de concebirse como ser autoeficaz, es decir la creencia que se tiene de tener las habilidades,

estrategias y conocimientos esenciales para contrarrestar las vicisitudes de la situación en concreto (Olivari, Urra, 2007).

Aunado a lo anterior, la autoeficacia tendría lugar en el sistema propuesto en la Teoría Cognitivo Social bajo el concepto de que es un grupo diferenciado de creencias enlazadas en diferentes dominios de funcionamiento, como la autorregulación de los procesos del pensamiento, la motivación y los procesos afectivos y fisiológicos, dando como resultado, que la autoeficacia afectaría e influenciaría a la conducta en la elección de la respuesta, el esfuerzo que se tendría que hacer para la actividad, en la configuración del pensamiento y reacciones emocionales (Tejada, 2005).

Dicho lo anterior, se considera a la agenciación humana como la capacidad de poder controlar de nuestro propio funcionamiento y sobre los eventos que afectan nuestra vida (Bandura, 2001). Bajo este mismo contexto, las acciones de los seres humanos consisten en seleccionar, estructurar y crear medios ambientes que optimicen el aprendizaje y que les permitan tener una selección de alternativas para crear cambios tanto del ambiente como de sí mismo. En resumen, la agenciación es la práctica de la autoeficacia (Tejada, 2005).

La autoeficacia percibida ha sido tema de la psicología social para poder explicar procesos de motivación y aprendizaje, mismos, que han sido retomados por las ciencias de la salud, como la enfermería y medicina conductual para la aproximación a las conductas de salud. Más aún, de acuerdo con las investigaciones aplicadas en los ámbitos exploratorios del manejo de enfermedades crónicas, consumo de drogas, actividad sexual y en la habilidad de evitar potenciales riesgos para la salud, indican que los individuos con altos niveles auto perceptivos de eficacia tienen más probabilidad de iniciarse en hábitos de cuidado preventivo y contar con mayor probabilidad de evaluar su salud como mejor (Olivari y Urra, 2007).

Por otra parte, el concepto de autoeficacia ha sido retomado desde la perspectiva multidisciplinaria para abordar gran parte de la literatura dedicada a este

concepto. Como se he mencionado, el percibirse eficaz genera en los individuos un grado mayor de motivación para afrontar las situaciones lo cual supone que pongan un mayor esfuerzo en estas actividades y se persiste en ella aun cuando involucren un alto grado de complejidad, de forma similar se acometen a aquellas situaciones donde se cree tener el dominio y se dejan apartadas las que de acuerdo con la percepción del individuo no tendrían el mismo éxito. Teniendo en cuenta lo anterior, dentro de la literatura existen investigaciones que apuestan a que el concepto de autoeficacia no requiere de un contexto o situación específica para ser abordado y planteado, si no que se puede dilucidar una autoeficacia general (Reigal, Videra y Gil, 2014).

Bajo este mismo contexto, es preciso señalar que la autoeficacia se debe de considerar como concepto evolutivo y no estático, y es que dependerá de los estímulos que reciba el individuo para aumentar o disminuir, mismos, pueden ser los conocimientos adquiridos en instituciones educativas, el fomento a la independencia y autonomía desde la familia entre otros. De hecho, si se encuentran en el contexto adecuado y hay las facilidades de asimilación y proceso de la información sumado a acontecimientos satisfactorios, aunque inicialmente la autoeficacia se baja, esta puede aumentar a favor (González y Valdés, 2004).

Dentro de la perspectiva multidisciplinaria y el abordaje de la percepción de eficacia, este concepto se puede acompañar de la satisfacción vital, definida como el componente cognitivo de la calidad de vida mediante el cual los individuos someten a evaluación los criterios y factores que les gusta de su existencia (Arita, 2005 citado en Reigal, Videra y Gil, 2014). La satisfacción vital estaría basada entonces en criterios personales de comparación con el estatus actual de vida y el deseado, este juicio es consciente relacionado con la capacidad de hacer frente a diferentes circunstancias específicas o de la cotidianidad.

Para la educación en instituciones, la autoeficacia es un tema recurrente en el implemento de nuevos programas para la difusión de información al saber que este concepto funge como intermediario entre el conocimiento y las acciones llevadas a cabo y que es un determinante para el éxito en las actividades. Como

muestra de su importancia en el contexto educativo, se puede decir que esta revela por qué las personas que, a pesar de tener el mismo nivel de habilidades y conocimientos prácticos, presentan diferencias en conductas o resultados, además de saber porque las personas actúan en disonancia a los conocimientos adquiridos previamente (Reigal, Videra y Gil, 2014).

No solo la exploración de los aspectos internos relevantes a la autoeficacia en agentes receptores de educación es importante, sino también en los facilitadores de esta, de aquí que la investigación de la autoeficacia en docentes elaborada por Peradones y Castejón en la universidad de Alicante, España en 2010, revela que hay otros aspectos psicológicos involucrados en la percepción de sentirse eficaz para determinadas actividades; los autores mencionan a la inteligencia emocional como uno de los factores que, al conceptualizarse como la capacidad de relacionarse con otros y de regular la información de las emociones, esta tendría que estar implicada en los procesos motivacionales y que se relacionan directamente con la autoeficacia general en los individuos.

Un aspecto que vale la pena mencionar son los alcances de la personalidad en tema del nivel de eficacia auto percibida, de ahí que características individuales como el liderazgo, la adaptabilidad, extroversión y curiosidad intelectual serían rasgos recurrentes propios de una persona autoeficaz (Peradones y Castejón, 2010).

Bajo este mismo contexto, retomando la teoría social cognitiva es que la expectativa de autoeficacia sería uno de los principales condicionantes en las diferencias de género en la toma de decisiones, diferencias que son producto de los procesos de socialización, educación e inmersión en determinado contexto de la percepción de actividades, tareas u obligaciones respectivas de cada género (Bandura, 1999 citado en Aguirre, Blanco, Rodríguez-Villalobos y Ornelas, 2015).

Sobre el estudio de la relación que guarda la adhesión terapéutica y la autoeficacia la literatura apunta a que esta última resulto ser predictora de la primera, en el caso de pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana la

autoeficacia general era un predictor del grado al que una persona se adhería a los horarios de ingesta de la medicamentación en la terapia antirretroviral; algo similar sucedía con los pacientes en tratamiento de hemodiálisis donde la motivación interna servía como catalizador para llevar a cabo procedimientos complejos de asepsia y cuidados caseros (Álvarez y Barra, 2010).

Dentro del ámbito de la sexualidad y salud reproductiva, el concepto de autoeficacia ha sido ligado en parte a la negociación de las prácticas sexuales. La negociación sexual según Crawford en 1994, se define como la comunicación interpersonal que toma su lugar durante la práctica sexual y que consiste en influenciar lo que ocurre en ese encuentro en términos de necesidades; mediante la implementación de esta, un individuo puede tomar decisiones más acordes a las aspiraciones y metas tanto propias como a las de su pareja, pudiendo fortalecer el autoestima y sentido de control personal (Noboa, y Serrano 2006).

Aludiendo a este último punto, el uso adecuado del condón, conductas sexuales saludables y la inculcación de estrategias de anticoncepción se ha demostrado que competencias psicoemocionales y sociales como lo es la autoeficacia no solo inciden en el uso adecuado sino también en la intención de hacerlo. Lo dicho anteriormente también puede abordarse de diferentes formas, la principal es tomar en consideración las diferencias por género en la percepción, metodología y proceso de la información. En cuanto a la percepción, la literatura apunta que las mujeres refieren con un grado mayor de autoeficacia hacia las circunstancias que podrían dificultar el uso de algún preservativo en comparación a los hombres, que por su parte, se perciben como menos seguros en situaciones que involucran el ser rechazados cuando se propone el uso de condón; sobre el método cabe mencionar que hombres y mujeres utilizan diversos canales en la negociación del uso del condón, en el caso de las mujeres se posterga la práctica de las relaciones sexuales hasta la postura del condón al mantener la necesidad de sentirse seguras influyendo en la pareja (retención de la actividad); mientras que los hombres lo solicitan directamente, esto, debido a las percepciones de la sexualidad

inherentes de cada género que se han ido inculcando a través de la historia (Palacios-Delgado y Ortego-García, 2020).

En México, los estilos de negociación en el uso del condón y en la práctica de conductas sexuales saludables aluden a la colaboración y a la equidad en ejecutar tareas inherentes con su pareja, no obstante, aún existen diferencias: los hombres tienen más a ajustarse y cambiar el comportamiento conforme a lo que su pareja las pida, mientras que las mujeres buscan imponer su opinión respecto al uso del preservativo, sin embargo los estilos de negociación se deben de tomar como un factor dinámico y evolutivo conforme al avance de las relaciones interpersonales que cada individuo guarde con sus parejas sexuales, ya que en el caso de las mujeres conforme se fortalecen lazos afectivos, la habilidad de imposición en la negociación puede cambiar al de la acomodación (Palacios-Delgado y Ortego-García, 2020).

En la sexualidad, la autoeficacia daría respuesta a los individuos cuando estos se ven en la necesidad de negarse a mantener relaciones sexuales de riesgo, la habilidad para hablar sobre relaciones sexuales anteriores y la experiencia en ellas y las conductas de riesgo que no han sido practicadas. Todas estas observaciones se relacionan también con el nivel de susceptibilidad que tiene una persona para, enfocándonos en el tema, de contraer infecciones de transmisión sexual como el VIH que estaría en función, por una parte de la autoeficacia general percibida y de los conocimientos previos sobre el tema, lo cual como se ha tocado en capítulos anteriores de esta investigación, los conocimientos influyen en la formación de actitudes negativas y de rechazo sobre el obtener información del virus, ya sea por estigmas asociados a este o por la incredulidad al tema lo que sin duda representa una disminución en el reconocimiento e implemento de estrategias autoeficaces para salvaguardar la salud (Espinosa de Santilla, Acatitla-Dávila, Escobar y Dorisella, 2019).

Por todo lo expuesto anteriormente, las creencias de autoeficacia tendrán repercusiones en los cursos de acción y toma de decisiones que las personas tomarán para perseguir desafíos y metas que influirán en las expectativas de los

resultados deseados, mismos, tendrán que ver con la magnitud de la perseverancia frente a obstáculos lo cual aligerará o aumentara los niveles de estrés y depresión que se experimentan cuando se enfrentan ambientes demandantes y los logros que alcanzan (Aguirre, Blanco, Rodríguez-Villalobos y Ornelas, 2015).

JUSTIFICACIÓN

En México, y a nivel internacional, la epidemia del VIH/SIDA sigue siendo una problemática que implica el esfuerzo multidisciplinario de todos los integrantes de la sociedad, pues esta infección no respeta clases sociales, raza, origen étnico ni estatus socioeconómico. Aunado a lo anterior, las estadísticas y datos duros en México apuntan a un total de 198,598 casos detectados desde el primer contacto de la epidemia en México en 1983 hasta el último reporte del segundo trimestre del 2019, mismos, que se encuentran en su mayoría concentrados en las ciudades principales, siendo la Ciudad de México la de mayor prevalencia con 14.3% de los casos registrados, seguidos de Estado de México y Veracruz con el 10.3 y 8.4% de casos reportados respectivamente, adicionalmente, la población afectada principalmente, se encuentra situada en hombres y mujeres de entre de los 20 a 30 años de edad (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, 2019). Para 2020, las metas de México se han mantenido bajo el mismo paradigma respecto al progreso en materia de prevención y tratamiento ante la infección de VIH/SIDA.

Actualmente hay poco más de 200 mil personas que viven con VIH en el país, mismas que reciben atención y tratamiento en todas sus esferas por parte del Sistema Nacional de Salud; no obstante en comparación con otras naciones de Europa el progreso de México se ha atenuado en gran parte por el retiro de apoyos por parte del actual gobierno mexicano a las organizaciones de la sociedad civil quienes se encargaban de llevar a poblaciones clave la parte del diagnóstico como la realización de pruebas gratuitas y orientación académica y científica, por lo que, si bien se puede tener una cobertura casi completa en materia de medicamentos para tratar la enfermedad, la parte de la detección y prevención se ha detenido (Pérez, 2019).

Si consideramos a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades en los individuos, el tratamiento de las personas con VIH/SIDA debe darse en un marco de atención integral a través de intervenciones multidisciplinarias que no solo

contemplan el área de atención biomédica, sino también por medio del estudio de la parte psicológica y social (Arístegui, Pemoff, Flighelman, Warth, Vergani, Zalazar y Mercado, 2012).

Ante tal panorama, la necesidad de conocer los caracteres personales que facilitarían las prácticas sexuales de riesgo como la búsqueda de sensaciones sexuales así como aquellos que elevarían los niveles de protección ante la infección de VIH como el grado de conocimientos sobre el tema, y la autoeficacia para evitar prácticas sexuales de riesgo en la población vulnerable actualmente, hablando de adultos de las poblaciones antes dichas, es vital para el estudio y desarrollo de estrategias y programas en tema de salubridad pública para el freno del incremento de las estadísticas sobre nuevos contagios, muertes debido a la ignorancia de los tratamientos y el estado serológico del individuo, y finalmente al estigma asociado a la transmisión del virus.

Pregunta(s) de investigación.

¿Cómo se relaciona el conocimiento y la autoeficacia ante el contagio de VIH/SIDA con la búsqueda de sensaciones sexuales en jóvenes universitarios?

Objetivo

Identificar la relación entre el conocimiento previo sobre VIH/SIDA, la autoeficacia percibida para evitar conductas sexuales de riesgo y la búsqueda de sensaciones sexuales en jóvenes universitarios.

Objetivo específico

Identificar la existencia de diferencias significativas de los niveles de autoeficacia percibida, búsqueda de sensaciones y conocimientos de VIH/SIDA entre hombres y mujeres.

Tipo de investigación y diseño

Se considera un estudio de tipo cuantitativo con un diseño no experimental de corte correlacional y transversal.

Cuantitativa pues se recabaron y analizaron datos numéricos en relación con determinadas variables que se establecieron con anterioridad; no experimental de corte transversal pues no existe manipulación intencional de las variables ya que se observan fenómenos tal y como son en su contexto natural para después analizarlos en un momento único (Hernández, 2014).

Hipótesis

Hi: el conocimiento y la autoeficacia ante el contagio de VIH/SIDA se asocian con la búsqueda de sensaciones sexuales en jóvenes universitarios.

Ho: el conocimiento y la autoeficacia ante el contagio de VIH/SIDA no se asocian con la búsqueda de sensaciones sexuales en jóvenes universitarios.

Hi: Existen diferencias significativas de autoeficacia, búsqueda de sensaciones y conocimiento de VIH/SIDA entre hombres y mujeres

Ho: No existen diferencias significativas de autoeficacia, búsqueda de sensaciones y conocimiento de VIH/SIDA entre hombres y mujeres

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo conformada por 207 participantes del oriente de la Ciudad de México de forma aleatoria, jóvenes mujeres que representaron el 56.52% del total de la muestra, y jóvenes hombres que representaron el 43.47% del total de la muestra. Se obtuvo una media de edad de 21.06 (DE=2.271).

Instrumentos

Se utilizaron tres escalas, las cuales cumplieron con las propiedades psicométricas para poder evaluar las variables:

➤ *Escala de autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo para el contagio de VIH/SIDA, SEA-27* (Kasen, Vaughan y Walter, 1992). Se realizó un análisis de confiabilidad de la escala debido a la estandarización que se realizó a población mexicana llevada a cabo por López Rosales y colaboradores en 1999. Se obtuvieron coeficientes de alpha de Cronbach aceptables en las 4 dimensiones que componen el instrumento. La consistencia interna que se obtuvo por dimensión para este estudio fue la siguiente:

- Factor 1 (F1EAS27). Mide la capacidad auto-percibida para reusarse a mantener relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias interpersonales (11 reactivos, $\alpha = .910$).
- Factor 2 (F2EAS27) Mide la autoeficacia percibida en el uso de preservativo (8 reactivos, $\alpha = .838$).
- Factor 3 (F3EAS27) Mide la capacidad auto-percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y conductas de riesgo como el consumo de drogas (4 reactivos, $\alpha = .772$).
- Factor 4 (F4EAS27) Mide la capacidad autopercebida de conservar la virginidad hasta el matrimonio, ser fiel a la pareja y hablar de relaciones sexuales con los padres (4 reactivos, $\alpha = .615$).

Las opciones de respuesta para los encuestados fueron: nada seguro, algo seguro, medio seguro, muy seguro, total seguro.

➤ *Escala de búsqueda de sensaciones sexuales (Sexual Sensation Seeking Scale, Kalichman y Rompa, 1995), adaptación castellana por Teva, I. y Paz-Bermudez, M. (2008).* La escala de búsqueda de sensaciones sexuales adaptada al castellano reporto niveles de confiabilidad aceptables en estudios previos por lo que solo se realizaron análisis de confiabilidad con la muestra de este estudio. Se obtuvo un coeficiente de alpha de Cronbach aceptable en su única dimensión:

- Factor 1, dimensión única. Conducta sexual (11 reactivos, $\alpha = .853$)

Las opciones de respuesta para los encuestados fueron: en absoluto, un poco, bastante y muchísimo.

➤ *Escala de Conocimientos Generales de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. (Espada, Guillén-Riquelme, Morales, Orgilés y Sierra, 2014).* Se limitó a realizar un análisis de confiabilidad en la muestra de este estudio debido a que la escala ya había arrojado coeficientes de confiabilidad y consistencia interna aceptables en estudios previos. Para esta muestra se obtuvieron los siguientes coeficientes de alpha de Cronbach en las dimensiones de la escala.

- Factor 1, Conocimientos generales (27 reactivos, $\alpha = .622$)
- Factor 2, Conocimientos sobre otras ITS en específico gonorrea, clamidia, sífilis., herpes genital y hepatitis B (13 reactivos, $\alpha = .749$).

Las opciones de respuesta para los encuestados fueron: Sí, no, no sé.

Procedimiento

Se solicitó la autorización de las autoridades de una institución universitaria para llevar a cabo las aplicaciones de los cuestionarios. Se informó de forma oral a los jóvenes de su participación voluntaria y anónima en el estudio. Una vez efectuado este permiso se requirió el consentimiento informado de cada uno de los participantes para después realizar la aplicación de los instrumentos; la aplicación fue de forma individual. Se enfatizó en una participación honesta, sincera y anónima, considerando lineamientos éticos.

RESULTADOS

Lo primero que se realizó fue obtener los resultados estadísticos descriptivos de las preguntas ¿Has tenido relaciones sexuales?, ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?, ¿A qué edad fue tu primera relación sexual? y ¿Utilizas condones en tus relaciones actuales?

Respecto a la pregunta “a) ¿Has tenido relaciones sexuales?” del total de 206 participantes, 168 respondieron “sí” representando el 81.6% y 38 respondieron “no” representando el 18.4% de un total de 100% de la muestra. En la figura 1 se muestran los resultados.

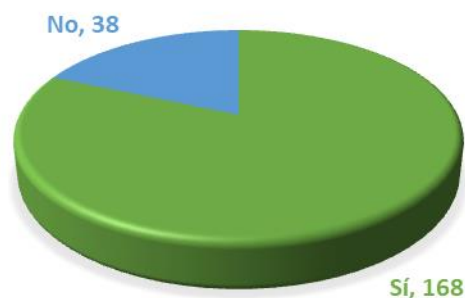


Figura 1

Frecuencia de los resultados a la pregunta “a) ¿Has tenido relaciones sexuales?”

Respecto a la pregunta “b) ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?” se obtuvo una frecuencia de datos, siendo 1 el número mínimo de parejas sexuales y el más frecuente con 43 de los participantes, y 50 el máximo y el menos frecuente con 1 participante.

Respecto a la pregunta “c) ¿A qué edad fue tu primera relación sexual?”, al igual que en la pregunta anterior, se aplicaron estadísticos de frecuencia para indagar en el resultado y comportamiento de la muestra, dando como resultado una edad mínima de iniciación sexual de 10 años, y una máxima de 22 años. Adicionalmente, se obtuvo que la edad más frecuente de debut sexual fue de 18 años, y la menos frecuente de 10 años.

Respecto a la pregunta “d) ¿Utilizas condones en tus relaciones actuales?” al igual que en las tres preguntas anteriores, se aplicaron estadísticos para saber la frecuencia de los datos, obteniendo que el 78% de los encuestados por lo menos han tenido una pareja sexual, es decir, 131 participantes, utilizan condón para mantener relaciones sexuales, y el 22% de los encuestados que por lo menos han tenido una pareja sexual, equivalente a 37 participantes, no hace uso del condón en las prácticas sexuales. Estos resultados se muestran en la figura 2.

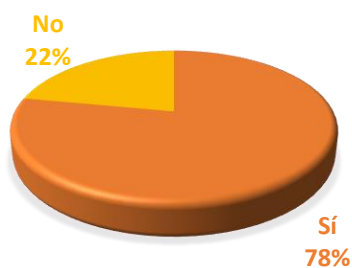


Figura 2.

Resultados a la pregunta “d) ¿Utilizas condones en tus relaciones actual

ANÁLISIS DE CORRELACIONES

Para el análisis de resultados se realizó la prueba correlación de Pearson para identificar la relación factorial de las variables de autoeficacia, búsqueda de sensaciones sexuales y conocimiento sobre VIH/SIDA e ITS.

Se reportó que la capacidad percibida para reusarse a mantener relaciones sexuales bajo circunstancias sociales interpersonales (factor F1EAS27) se correlaciona positivamente con capacidad auto percibida para conservar la virginidad hasta el matrimonio, ser fiel a la pareja y hablar de relaciones sexuales con los padres (factor F4EAS27) ; para hacer uso del preservativo (factor F2SEA27); y para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores, así como la participación en conductas de riesgo como el consumo de drogas (factor F3EAS27).

Aunado a lo anterior, se observó una correlación de la capacidad auto percibida para hacer uso del preservativo (factor F2SEA27) con la capacidad auto percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y conductas de riesgo como el consumo de drogas (factor F3EAS27); y con la capacidad auto percibida de conservar la virginidad hasta el matrimonio, ser fiel a la pareja y hablar de relaciones sexuales con los padres (factor F4SEA27).

A su vez, se reportaron correlaciones positivas para la capacidad auto percibida para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores y conductas de riesgo (factor F3SEA27). La primera de ellas con los conocimientos específicos sobre VIH/SIDA y la segunda con los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual.

Bajo este mismo contexto, la búsqueda de sensaciones se correlacionó positivamente con el factor que evalúa los conocimientos sobre VIH/SIDA; así como con el factor que evalúa los conocimientos específicos sobre infecciones de transmisión sexual. La última correlación positiva se reportó entre los puntajes de

los factores que evalúan los conocimientos sobre VIH/SIDA con los que evalúan los conocimientos específicos sobre infecciones de transmisión sexual.

Además, en contraste con lo mencionado en párrafos anteriores; se encontraron tres correlaciones negativas.

Se encontró una correlación negativa entre la capacidad auto percibida para reusarse a mantener relaciones sexuales bajo circunstancias social interpersonales (factor F1SEA27) y la búsqueda de sensaciones sexuales.

Adicionalmente se encontró que la capacidad auto percibida de conservar la virginidad hasta el matrimonio, ser fiel a la pareja y hablar de relaciones sexuales con los padres; mantiene una correlación negativa con la búsqueda de sensaciones sexuales y con los conocimientos específicos sobre VIH/SIDA.

En la tabla 1 se muestran los resultados de la correlación de Pearson de las variables antes descritas

Tabla 1.

Correlación de Pearson entre las Variables de Autoeficacia, Búsqueda de Sensaciones Sexuales, Conocimiento de VIH/SIDA y Cocimiento de Infecciones de Transmisión sexual

	F1SEA27	F2SEA27	F3SEA27	F4SEA27	B.S.S	C. VIH/SIDA	C. ITS.
F1SEA27	1						
F2SEA27	.337**	1					
F3SEA27	.345**	.294**	1				
F4SEA27	.160*	.232**	.127	1			
B.S.S	-.302**	-.113	.010	-.183**	1		
C. VIH/SIDA	.002	-.089	.169*	-.181*	.269**	1	.
C. ITS	.068	.028	.200**	.008	.145*	.533**	1

* $p < .05$

** $p < .01$

1. La abreviatura F1SEA27 refiere al factor que mide la capacidad auto-percibida para reusarse a mantener relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias interpersonales

2. La abreviatura F2SEA27 refiere al factor que mide la autoeficacia percibida en el uso de preservativo

3. La abreviatura F3SEA27 refiere al factor que mide la capacidad auto-percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y conductas de riesgo como el consumo de drogas.

4. La abreviatura F4SEA27 refiere al factor que mide la capacidad auto percibida de conservar la virginidad hasta el matrimonio, ser fiel a la pareja y hablar de relaciones sexuales con los padres

5. La abreviatura "B.S.S" refiere al factor que mide la búsqueda de sensaciones sexuales

6. La abreviatura "C. VIH/SIDA" refiere al factor que mide los conocimientos generales sobre VIH y SIDA.

7. La abreviatura "C. ITS" refiere al factor que mide los conocimientos específicos sobre infecciones de transmisión sexual más comunes.

ANÁLISIS DE DIFERENCIA DE MEDIAS t DE STUDENT

Aunado a estos resultados, se realizó una prueba t de Student de muestras independientes para la comparación entre medias entre los grupos de sexo; para identificar si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres de los puntajes obtenidos en cada factor. Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos de hombres y mujeres en el factor F1SEA4 al indicar que las mujeres presentan una mayor capacidad auto percibida para reusarse a mantener relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias interpersonales que los hombres.

De igual forma, se reportaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos de hombres y mujeres en el factor B.S.S al indicar que los hombres presentan una mayor puntuación respecto a la búsqueda de sensaciones sexuales que las mujeres.

Tabla 2. Prueba T de muestras independientes para la comparación entre medias por sexo de las variables

Factor	Hombres		Mujeres		t	g.l.	Sig.
	m	D.T	m	D.T.			
F1SEA4	3.55	.90	3.85	1.023	-2.161	194	.032
F2SEA4	4.18	.64	4.11	.777	.683	199	.495
F3SEA4	4.46	.73	4.48	.684	-.174	204	.862
F4SEA4	2.5	.95	2.53	.963	-.290	197	.772
B.S.S.	2.29	.56	2.10	.56	2.294	198	.023
C.VIH/SIDA	2.40	.20	2.36	.20	1.101	188	.272
C. ITS	2.18	.45	2.19	.43	-.137	196	.891

* $p < .05$

** $p < .01$

1. La abreviatura F1SEA27 refiere al factor que mide la capacidad auto-percibida para reusarse a mantener relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias interpersonales

2. La abreviatura F2SEA27 refiere al factor que mide la autoeficacia percibida en el uso de preservativo

3. La abreviatura F3SEA27 refiere al factor que mide la capacidad auto-percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y conductas de riesgo como el consumo de drogas.

4. La abreviatura F4SEA27 refiere al factor que mide la capacidad auto percibida de conservar la virginidad hasta el matrimonio, ser fiel a la pareja y hablar de relaciones sexuales con los padres

5. La abreviatura "B.S.S" refiere al factor que mide la búsqueda de sensaciones sexuales

6. La abreviatura "C.VIH/SIDA" refiere al factor que mide los conocimientos generales sobre VIH y SIDA.

7. La abreviatura "C.ITS" refiere al factor que mide los conocimientos específicos sobre infecciones de transmisión sexual más comunes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como resultado de esta investigación se cumplieron los propósitos al poder determinar la relación entre el conocimiento previo sobre VIH/SIDA, la autoeficacia percibida para evitar conductas sexuales de riesgo y la búsqueda de sensaciones sexuales en jóvenes ante el contagio de VIH.

Se identificó la correlación de la búsqueda de sensaciones sexuales, conocimientos y autoeficacia percibida para evitar conductas de riesgo ante el contagio de VIH en un total de 207 jóvenes de la zona metropolitana de la Ciudad de México; en éste se encontró que como primer punto que la medio de edad del debut sexual registrada fue a los 18 años, lo cual coincide en la investigación de Vera-Gamboa, Sánchez-Magallón y Góngora-Biachi, la cual apunta a la iniciación sexual de jóvenes yucatecos entre los 15 y 19 años de edad en 2006. Así mismo, y como lo desarrollan Vargas, Martínez y Potter en 2010, desde el año 2000 se ha promediado una edad de entre 18 a 24 años de debut sexual de jóvenes latinoamericanos con una tendencia de retraso en la edad de entrada de dichas prácticas y que por supuesto, esta varía dependiendo al contexto social, cultural y económico en el que un sujeto se desenvuelva sin notar grandes diferencias entre hombres y mujeres.

Bajo este contexto, los resultados de la correlación Pearson entre variables demostraron que en la muestra obtenida la capacidad de negarse o mediar la respuesta conductual al impulso sexual se verá reflejada en el aumento de conductas de autocuidado como el uso del condón, tener la confianza de preguntar a la pareja sexual sobre sus compañeros sexuales anteriores, el consumo de drogas o incluso sobre experiencias homosexuales; lo cual contrapone a la investigación de Trejo-Franco, Flores-Padilla y Villaseñor-Farías en 2010 en estudiantes de Guadalajara Jalisco donde apuntan a una estigmatización y evitación del concepto de SIDA de la muestra, donde resaltan conceptos de una enfermedad “de gays” o de drogos” y que cuando estas ideas no se encuentran presentes en su contexto social y de relaciones interpersonales no sienten la necesidad de preguntar por la

historia sexual del compañero. En contraste con lo encontrado en la literatura antes mencionada, se podría empatar la correlación entre autoeficacia y uso de condón con lo planteado por Ballester, Gil Lario, Ruiz Palomino y Giménez García (2017) al evaluar la autoeficacia percibida con el uso de condón y conocimientos sobre la infección por VIH en jóvenes españoles. Los autores afirman que los jóvenes se perciben con una mayor autoeficacia en el uso de condón en prácticas sexuales catalogadas como potencialmente riesgosas (sexo anal y mantener múltiples parejas sexuales) además de tener mayores conocimientos en relaciones a infecciones de transmisión sexual.

Aunado a lo anterior, el factor que mide una mayor capacidad de mantener la virginidad, ser fiel a la pareja y mantener una relación interpersonal de comunicación con padres y/o tutores esta correlacionado con la capacidad de reusarse a tener relaciones sexuales bajo circunstancias sociales, lo que sigue con las ideas plasmadas en la investigación de sobre el impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes de Lavielle-Sotomayor, Jiménez-Valdez, Vázquez-Rodríguez, Aguirre-García, Castillo-Trejo y Vega-Mendoza en 2013, que de hecho se realizó con una muestra similar a la de este estudio contando con adolescentes estudiantes de educación media superior; donde se rescata la correlación entre la iniciación temprana de la sexualidad y conductas de riesgo como el no uso del condón con la expresión disfuncional del afecto y una comunicación inadecuada con los padres. De forma similar, lo planteado por Salazar, Santa María, Solano, Lázaro, Arrollo, Araujo, Luna y Echazú en 2007 empata con los resultados, donde se evaluó la comunicación parental, el debut y conocimientos sexuales en una muestra de jóvenes peruanos; esta investigación demostró una edad de iniciación sexual precoz con la coexistencia de bajos niveles de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y una deficiente comunicación con los padres. Todas estas observaciones guardan una relación en la elaboración e implementación de estrategias individuales orientadas a la protección de la salud con un nivel de conocimientos suficientes y el mantener una comunicación familiar adecuada, lo cual podría deberse a causas como económicas, la situación cultural y contextual donde los individuos se desarrollen, la funcionalidad de la familia etc;

que, vistos desde un punto de vista integral de no ser bien orientadas pueden dificultar el desarrollo de una sexualidad sana.

A su vez, la correlación de Pearson mostró como resultado una mayor capacidad de reusarse a mantener relaciones sexuales, a hacer uso de preservativo y de entablar una comunicación efectiva respecto a la vida sexual de la pareja que una búsqueda de sensaciones sexuales de riesgo, así como un mayor nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual; pareciera que el hecho que los participantes tengan un mayor conocimiento sobre el tema hace que tengan la seguridad no solo de auto protegerse al reusarse a mantener relaciones sexuales de riesgo o bajo el consumo de drogas, sino también de indagar sobre la vida sexual del compañero sobre relaciones sexuales anteriores, para así mediar la conducta.

Mismos resultados coinciden con la literatura respecto a la conducta sexual en adultos y jóvenes mexicanos, en lo descrito por Pérez de la Barrera y Pick en 2006 sobre las conductas sexuales de protección en adolescentes de la Ciudad de México, donde se evaluó la conducta de comunicar de manera clara y directa a la pareja el deseo de practicar conductas sexuales protegidas, siendo precisamente esta, la comunicación asertiva con la pareja, el factor más sobresaliente para conducirse en conductas sexuales protegidas.

Se debe agregar, la importancia de la correlación entre un mayor uso de condón con una mayor autoeficacia percibida para poder preguntar a los compañeros sobre su vida sexual previa, lo cual como ya se ha mencionado, pone en evidencia la importancia de la comunicación asertiva entre los jóvenes para formar estrategias de prevención ante cualquier infección de transmisión sexual, en esta línea se sitúa el trabajo de Moreno, Robles, Barroso, Fías y Rodríguez (2008) quienes afirman que el uso del condón en una primera relación sexual depende de la planeación y de que uno de los involucrados solicite hacerlo y rescatan la importancia del primer contacto sexual ya que si esta metodología se lleva acabo, es muy probable que pase en subsecuente. Dentro de este análisis caben las ideas sobre asertividad sexual descritas por Santos-Iglesias y Sierra (2010) donde se

plantea el concepto como la capacidad de iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables así el papel fundamental de esta capacidad humana en el funcionamiento y respuesta sexual, poniendo en evidencia su importancia como factor de protección ante conductas de riesgo y experiencias de victimización y coerción sexual.

Una de las correlaciones que más llamó la atención del estudio fue la positiva entre el factor que evalúa la búsqueda de sensaciones con un mayor conocimiento sobre la infección de VIH/SIDA; esto es muestra de que los mensajes sobre prevención y promoción de la infección si bien, han sido captados de forma efectiva, no son lo suficiente para promover cambios cognitivos en la práctica de relaciones sexuales de riesgo; estos resultados se pueden comparar con los encontrados por Medina, Medina & Merino (2014) en su investigación en el nivel de conocimientos de adolescentes universitarios españoles sobre el virus de papiloma humano y las estrategias que estos implementaban para salvaguardar la salud; en ella los autores identificaron que aunque los jóvenes de su muestra tenían grados universitarios o superiores, no era un factor decisivo que influenciara en la restricción de prácticas de riesgo.

En contra parte, existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres, siendo estos primeros los que tienen una menor capacidad para reusarse a tener relaciones sexuales, llegar vírgenes al matrimonio o ser fiel a la pareja, así como tener una mayor búsqueda de sensaciones sexuales frente a las mujeres. Respecto a este resultado, se pueden recoger resultados y puntos de vista que empatan con estos, como los resultados de la investigación elaborada por Restrepo, Toro y Cardona-Arias (2014) sobre prácticas sexuales y uso de preservativo en adolescentes escolarizados colombianos; los autores refieren que dentro de sus resultados se encontró en primer lugar una mayor prevalencia de prácticas sexuales en los hombres, en segundo lugar que más de la mitad de los hombres encuestados usan el condón de forma incorrecta y de este porcentaje, solo un tercio lo utilizaría en una relación sexual; en tercer lugar colocaron a los hombres como la población

estudiada más vulnerable lo que supone que social y culturalmente este grupo se ha fomentado el inicio precoz y poco cuidadoso de la vida sexual como forma de demostrar la virilidad, presión por los pares o un instinto biológico de la búsqueda de sensaciones.

Por otra parte, los resultados de diferencias de medias apuntaron una mayor prevalencia en la percepción de ser autoeficaz para reusarse a mantener relaciones sexuales en diferentes contextos por parte de las mujeres en comparación a los hombres encuestados; estos resultados podrían ser paralelos a las aseveraciones hechas por Ortega y Serrano-García en 2006, en su investigación sobre la autoeficacia percibida por mujeres puertorriqueñas; las autoras refieren que uno de los factores diferenciales entre hombres y mujeres en temas de autoeficacia sexual son las destrezas de negociación mayoritariamente desarrolladas por las mujeres ya sea a consecuencia del contexto, factores culturales y educación recibida, mismas destrezas se centran en una mayor habilidad para el uso del condón, explicar el por qué, insistir en su posición de protegerse y reusarse a las prácticas de alto riesgo como la penetración anal sin condón. Los resultados anteriores también hacen eco con lo reportado por García Vega, Méndez, Fernández y Cuesta (2012) sobre la sexualidad, los conocimientos de autoconcepción y conductas de riesgo en población mexicana, donde identifican un estilo decisivo en mujeres para negarse a mantener relaciones sexuales sin protección al exigirse a su pareja y contar con mejores estrategias de negociación sexual asertiva.

El presente estudio contribuye a una mejora para el entendimiento de variables de carácter psicosocial ante el contagio de VIH/SIDA lo cual podrían estar mediando en la adopción y practica de conductas sexuales de riesgo. Todos los resultados obtenidos podrían fomentar la creación de nuevas estrategias de ataque en la erradicación de la pandemia del SIDA, que por consecuente daría pie a la generación de nuevos y mejores programas en prevención y promoción de la salud sexual.

Delimitaciones

En la presente investigación se presentaron las siguientes limitantes: el tamaño reducido de la muestra y que el procedimiento para su obtención hace que no se pueda generalizar a toda una población los resultados obtenidos. Para futuras investigaciones, se sugiera poder solventar estas limitaciones, así como trabajar con muestras representativas para poder lograr una generalización de los resultados, y de este modo, rescatar la importancia del estudio de variables psicológicas para reducir potencialmente los números de nuevos casos de infección por VIH/SIDA.

REFERENCIAS

- Álvarez Mabán, E., y Barra Almagiá, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 63-72.
- Arístegui I, Pemoff R, Flighelman M, Warth S, Vergani F, Zalazar V, y Mercado A. (2012) Abordaje psicológico de personas con VIH: Sistematización de la experiencia de atención psicosocial de Fundación Huésped. *Revista Buenos Aires, Fundación Huésped* 2(12) 45-54.
- Avendaño M., y Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172.
- Ballester-Arnal, Gil-Lario, Ruiz-Palomino y Giménez-García (2017) El papel de la autoestima en la prevención del VIH de jóvenes españoles. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*. 2(15).
- Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: The exercise of control.
- Barré-Sinoussi F, Cherman JC, Rey F, et al (1983) : Isolation of a T cell lymphotropic virus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Science* ; 220: 868-871
- Barrientos, H., Magis, C. (2006). VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud. México: Secretaria de Salud, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Berger, K. (2016) Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia. Ed. Panamericana.
- Bronfenbrenner, U.I (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage Publications Ltd
- Buela-Casal, Bermúdez, Sánchez y De los Santos-Roig, (2001) Situación del VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX. Análisis de las diferencias entre países. *Revista Médica de Chile*, 129: 944-954.

- Caballero, R., Villaseñor, A., Hidalgo, A. (1997) Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el SIDA en adolescentes de México. *Rev. Salud de Pública*, 31 (4): 351-9, 1997
- Caballero-Hoyos R, Villaseñor-Sierra A. (2003) Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Publica*, México 2003;45 supl 1:S108-S114.
- Cáceres, C.; Pecheny, M.; Terto, V.; Brito, A.; Frasca, T.; Guajardo, G.; Manzelli, H., Toro-Alfonso, J. (2002). SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y pro-puestas para la acción - Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. *Perú: Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina*.
- Calero Yera, E., Rodríguez Roura, S., & Trumbull Jorlen, A. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas*, 17(3), 577-592.
- Canales-Zavala, M., Hernández-Ruiz, A., González-Venegas, S., Monroy-Avalos, A, Velázquez-Camarillo, A., y Bautista-Díaz, M. L. (2019). Calidad de vida, sintomatología de ansiedad y depresión en personas con VIH: el papel del psicólogo de la salud. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 8(15), 80-91.
- Cardona-Arias, J. A. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12, 765-776.
- CENETEC (2016) Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (2010) “Casos nuevos y acumulados de sida en jóvenes (15-29 años), por categoría de transmisión y sexo” Panorama epidemiológico del VIH/sida e ITS en México. Ciudad de México: Censida.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (2018) *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México, Registro nacional de casos de SIDA. Actualización al 2do. Trimestre del 2018. Recuperado de*

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/391168/RN_2do_trim_2018.pdf

- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA [CENSIDA] (2016) *Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y al Sida: México 2016. 01 de diciembre de 2019, de CENSIDA Sitio web: <https://goo.gl/1cPNdX>*
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (marzo 13, 2018). Prueba del VIH. abril 22, 2018, de CDC Sitio web: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/testing.html>
- CEVIHP, Colaborativo Español para la infección VIH pediátrica. (2000) Manual práctico de la infección por VIH en el niño. 2ª ed. Barcelona-Philadelphia.
- Chávez, A. (2000). Infección por VIH en pediatría. *Revista chilena de pediatría*, 71(2), 89-97.
- Chávez, E., Castillo, R.. (2013). Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. abril 24, 2018, de Multimed Sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul134r.pdf>
- Chico, E. (2000) Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*. 12 (2), pp 229-235.
- Cobo, F (2005) Programa educativo para el conocimiento y prevención del SIDA. España: Formación Alcalá
- Codina, C., Martín, M.T., Ibarra, O.. (2002). La Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *En Libro de farmacia hospitalaria* (pp. 1493-1516). España: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
- Coleman, J., Hendry, L. (2003) Psicología de la adolescencia. Madrid, España, Ediciones Morata.
- Consejo Guanajuatense para la prevención y control del VIH/SIDA. Historia del SIDA (s.f.) [Citada: 9 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.guanajuato.gob.mx/ssg/cogusida/historia.htm>.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2019) *Ficha temática: Personas que viven con VIH*. Encuesta Nacional sobre discriminación.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, (2018). Encuesta Nacional sobre Discriminación: Prontuario de Resultados. 01 de diciembre de 2019, de CONAPRED Sitio web: <https://www.conapred.org.mx/>

- Córdova, J.A., Ponce de León, S., & Valdespino, J. L.. (2008). 25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- de Faroh, A. C. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski.¿ Dos caras de la misma moneda?. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 27(2), 148-166.
- de la Rubia, J. M. (2020). Predicción de actitud hacia personas con VIH/SIDA y hacerse prueba del VIH. *Revista de Psicología* 1(1), 056-056.
- Díaz, Y., Orlando-Narváez, S., y Ballester-Arnal, R. (2019). Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1417-1426.
- Díaz-Sánchez, J. (2006). Identidad, adolescencia y cultura. Jóvenes secundarios en un contexto regional. *Revista mexicana de investigación educativa*, 11(29), 431-457.
- Dilorio, C., Maibach, E., O'Leary A., Sanderson C. y Celentano, D. (1997). Measurement of condom use self-efficacy and outcome expectancies in geographically diverse group of STD patients. *AIDS Education and Prevention*, 1, 1-11.
- Doblado Donis, N., Batista, I., Pérez Rodríguez, E., Jiménez Sánchez, C. J., y González, G. (2009). Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 35(4), 191-204.
- Donenberg, G. T. y Pao, M. (2005). *Psychiatry's role in a changing epidemic. Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, (44), 728-747
- Eslava, D., López-Crespo, G., Espinoza, E. (2019) Relación entre la búsqueda de sensaciones y conductas de riesgo en adolescentes ecuatorianos desde una perspectiva de género. *Información Psicológica*. 117, 32-46.
- Espada, J. P., Antón, F. A., & Torregrosa, M. S. (2008). Autoconcepto y búsqueda de sensaciones como predictores de las conductas sexuales bajo los efectos de las drogas en universitarios. *Salud y drogas*, 8(2), 137-155.

- Espinosa De Santillana, I. A., Acatitla Dávila, A. K., Escobar, T., & Dorisella, I. (2019). Evaluación de la susceptibilidad y autoeficacia ante VIH/sida en profesionales de Estomatología. *Revista Información Científica*, 98(1), 64-76.
- Flores Palacios, F. (2013). El VIH Sida, síntoma de vulnerabilidad. *Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género*, 81-100.
- Flores-Palacios F, Leyva-Flores R. (2003) Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública*, 45, México.
- Gala-González, Á., Berdasquera, D., Pérez Avila, J., Pinto Valluerca, J., Suárez Valdéz, J., Joanes Fiol, J., Sánchez, L., Aragonés López, C., y Díaz González, M. (2007). Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 59(2)
- García, L. D. (2006). Psicología del desarrollo: problemas, principios y categorías. Interamericana de asesorías y servicios SA.
- García-Vega, E., Robledo, E. M., García, P. F., & Izquierdo, M. C. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International journal of psychological research*, 5(1), 79-87.
- Gayet, C., Partida-Bush, V., & Dávila-Cervantes, C. (2014). Mortalidad por VIH/SIDA en México: Un aporte demográfico. *Papeles de población*, 20(79), 9-38.
- González, B., Núñez, E., Couturejuzon, L., & Amable, Z. (2008). Conocimientos y comportamientos sobre el VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza media superior. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(2)
- González-Rivera, J.; Aquino-Serrano, F., Ruiz-Quiñones, B., Matos-Acevedo, M., Vélez-De la Rosa, I.; Busgos-Aponte, K., Rodríguez K., (2018) Relación entre espiritualidad, búsqueda de sensaciones y conductas sexuales de alto riesgo. *Revista de Psicología*. 27(1), 1-11.
- Gutiérrez-Gabriel, I., Godoy-Guinto, J., Lucas-Alvarado, H., Pineda-Germán, B., Vázquez-Cruz, E., & Sosa-Jurado, F. (2019). Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. *Revista chilena de infectología*, 36(3), 331-339.

- Guzmán, R., Bermúdez, J., López, E., & Sulvarán, O. (2012). Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. *Psicología y salud*, 22(2), 163-172.
- Herrera C, Campero L. (2002) La vulnerabilidad de invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública Méx* 2002;44:554-564.
- Historia y comportamiento del SIDA. Tododrogas.net. [Citada: 5 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.tododrogas.net/otr/sida/index.html>
- Horvath, P., Zuckerman, M., (1996) Búsqueda de sensaciones, valoración y conducta de riesgo. *RET: Revista de toxicomanías*. (9) 26-38.
- Instituto de Salud Carlos III. (2007) Centro Nacional de Epidemiología y Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CC. AA. Periodo 2003-2006.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2017) *Tratamiento Antirretroviral del Paciente Adulto con Infección por el VIH*. Ciudad de México, México.
- Kalichman, S.C., Johnson, J.R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K., & Kelly, J.A. (1994) Sexual sensation seeking: Scale development and predicting AIDS risk behavior among homosexually active men. *Journal of Personality Assessment*, 62, 385-397.
- Koerting, A., Polo, R., Vázquez, M. C., & del Amo, J. (2019). Desarrollo del pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH. *Revista Española de Salud Pública*, 93(2), 8.
- Labrador, I., Arteaga, D., & Frances, Z. (2015). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: desarrollo histórico e importancia del conocimiento para su prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(1), 98-109.
- Lamotte, J. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN*, 18(7), 993-1013.
- Lamotte, J., (2002). Infección-enfermedad por VIH/SIDA. En: Roca Goderich R, Smith VV, Paz.Presilla E, Losada Gómez J, Serret.Rodríguez B,

- LLamos Sierra N, et al. Temas de medicina interna. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, t 3: 579-95
- Lauby, J., Bond, L., Eroglu, D & Batson, H. (2006) Desicional Balance, Perceived Risk and HIV Testing Pratices, *AIDS and behavior*.1(1) 23-45.
- Lavielle-Sotomayor, Pilar, & Jiménez-Valdez, Fanianel, & Vázquez-Rodríguez, Arturo, & Aguirre-García, María del Carmen, & Castillo-Trejo, Martha, & Vega-Mendoza, Santa (2014). "Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes." *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1(1) 1-14
- Leiva, M., García, R., Noguera, S., & Castro, V. (2018). Desarrollo humano, medicina y pedagogía. *Órbita científica*.
- Magis R., C., Bravo G., E., y Uribe Z., P. (2003). *Dos décadas de la epidemia del SIDA en México*. [citado 29 de septiembre de 2018] Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/conasida>
- Martínez, N., Espinosa, I., Landgrave, G., & Ruiz, E. (2018). La sexualidad en adolescentes desde la teoría de las representaciones sociales. *Psicología y salud*, 28(1), 15-24.
- Massa, J. L. P., & Álvarez, L. M. (2000). Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documentación social*, 120, 69-90.
- Miranda, O., Nápoles, M. (2009) *Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana*. *Revista Cubana de Medicina Militar*. ;38(3-4)63-72
- Molina, T. (2009). Desarrollo puberal normal: Pubertad precoz. *Pediatría Atención Primaria*, 11, 127-142.
- Moreno, S., Canelón, M. L., & Becerra, L. (2006). Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. *Espacio abierto*, 15(4), 787-803
- Mota, V., Tello, G. D., García, M. I., Ortega, M., & López, J. C. (2020). Consejería sobre sexualidad con adolescentes de México. *Revista Horizonte de Enfermería*, 19(1), 63-68.

- Muñoz, R., Ponce, P. Stival, M., Bernal, D., (2018) La epidemia de VIH en pueblos originarios de México: Panaroma Nacional y un estudio de caso etnográfico en los Altos de Chiapas, *Entre Diversidades, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, vol 1. (10).
- Noboa, P., Serrano, I., (2006) Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, v. 38, n. 1, p. 21-43.,
- Olivari, C., Urra, E. (2007) *Autoeficacia y conductas de salud*. Ciencia y Enfermería XIII (1) 9-15- Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (1999) *Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por el VIH*. Washington, DC: OPS pp.18-22.
- Ortega, L., (2001) "Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana." En: Álvarez Sintet R. Temas de Medicina General Integral. Volumen II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;. p. 417-21
- Palacios, J, (2014) Propiedades psicométricas del inventario de búsqueda de sensaciones para adolescentes en México (IBS-Mx). *Centro de Investigaciones e Innovación Biopsicosocial A.C, México*. 8(1) 46-60.
- Palacios-Delgado, J. R., & Ortego-García, N. (2020). Diferencias en los estilos de negociación sexual y autoeficacia en el uso del condón en hombres y mujeres universitarios de Querétaro, México, 2018. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 71(1), 9-20.
- Papalia, D., Feldman, R., Martorell, G., (2012). Desarrollo humano, McGrawhill Interamericana.
- Pavía-Ruz N, Góngora-Biachi R, Vera-Gamboa L, Moguel-Rodríguez W, González-Martínez P (2012) Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. *Rev Biomed*; 23 (2)
- Perandones González, T. M., & Castejón, J. L. (2007). Estudio correlacional entre personalidad, inteligencia emocional y autoeficacia en profesorado de educación secundaria y bachillerato.

- Pérez, I. (29 de noviembre de 2019). *VIH/SIDA: las metas para 2020*. Ciencia UNAM, <http://ciencia.unam.mx/leer/933/vih-sida-las-metas-para-2020>
- Pérez, N., Navarro, I. (2011). *Psicología del desarrollo: del nacimiento a la vejez*. España: Editorial Club Universitario.
- Pérez, P. (2008). Origen y evolución del VIH. 22 de abril del 2018, de A ciencia cierta Sitio web: www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd7302.pdf
- Plascencia de la Torre, J., Chan E., Salcedo, J. (2019) Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA, *Rev. CES Psico*, 12(3), 67-79
- Ponce, P., Núñez G., y Báez M., (2009) *Informe final de la consulta sobre VIH SIDA y pueblos indígenas en áreas fronterizas, CDI, México*.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA, 2002.
- Reigal-Garrido, R. E., Videra-García, A., & Gil, J. (2014). Práctica física, autoeficacia general y satisfacción vital en la adolescencia.
- Rivera, K. L. C. (2017). Nivel de conocimiento y conductas de riesgo para contraer el virus del papiloma humano en dos instituciones educativas de San Juan de Miraflores, noviembre 2016 (Doctoral dissertation, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS).
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-Esteem Development Across the Lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158–162
- Rodríguez, E., Pérez, J., & Cisneros, F., (2019) Percepción del VIH/SIDA en la Ciudad de México,
- Rojas Salazar, A. A., Corchado Vargas, A., & Jácome Hernández, I. (2019). Conocimiento sobre VIH-SIDA y niveles de ansiedad-estado previos a la prueba rápida en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 2030-2045.
- Salazar-Granara, A., Santa Maria-Álvarez, A., Solano-Romero, I., Lázaro-Vivas, K., Arrollo-Solís, S., Araujo-Tocas, V. y Echazu-Irala, C. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. *Horizonte Médico*, 7(2), 79-85.

- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-577.
- Schoenbaum EE, Hartel D, Selwyn PA, et al. (1989) *Risk factors for human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users*. N Engl J Med; 321:874-9.
- Sierra, J., San Sebastián, D. (2004). Tratamiento antiviral en el manejo de la infección por VIH. ¿En dónde estamos y hacia dónde vamos? *Revista de investigación clínica*, 56(2), 222-231.
- Tejada, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico*, 1 (5), 117-123.
- Tesouro, M., Palomanes, M. L., Bonachera, F., & Fernández, L. M. (2013). Estudio sobre el desarrollo de la identidad en la adolescencia. *Tendencias psicológicas*, (21), 211-224.
- Teva I., Bermúdez, M., (2011) Búsqueda de sensaciones sexuales y conducta sexual no coital en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (2), pp 121-132.
- Teva, I., & Paz Bermúdez, M., & Buena-Casal, G. (2011). Búsqueda de sensaciones sexuales, estilos de afrontamiento, estrés social y su relación con la conducta sexual adolescente. *Anales de Psicología*, 27 (1), 35-46.
- Trejo-Franco, J., Flores-Padilla, L., Villaseñor-Farías, M. (2010) Percepción de riesgo de contraer SIDA en adolescentes de Guadalajara Jalisco. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 18(1): 3-8.
- UNAIDS (2010) Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA, *Informe Mundial*
- UNESCO (2008) Cuaderno de trabajo, Docentes Aprendiendo en Red, *VIH-Sida, epidemiología*, Argentina.
- Varas-Díaz, N., Serrano-García, I., & Toro-Alfonso, J. (2004). Estigma y diferencia social: VIH/SIDA en Puerto Rico. San Juan: Ediciones Huracanes.
- Vargas, E.; Martínez, G.; Potter, E. "Religión e iniciación sexual premarital en México." *Revista Latinoamericana de Población*, 1(4) 7-30

- Velásquez - Vázquez (2002) Transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tipo 1. *Instituto Materno Perinatal de Lima. Ginecol Obstet* 48(4): 235-242
- Vera-Gamboa, L., Sánchez-Magallón, F., Góngora-Biachi, R. (2006) Conocimientos y percepción de riesgo sobre el Sida en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo, *Revista Biomedica*, 17:157-168.
- Villar, M. (2018) AIDS 2018: El estudio PARTNER 2 confirma que los hombres gays con carga viral indetectable no transmiten el VIH, Grupo de Trabajo sobre tratamientos de VIH (gTt-VIH) <http://gtt-vih.org>
- Villaseñor-Sierra, A., Caballero-Hoyos, R., Hidalgo-San Martín, A., Santos-Preciado, J. (2003) Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública, México*.
- Zheng, Y., Sheng, W., Xu, J., & Zhang, Y. (2014). Sensation seeking and error processing. *Psychophysiology*, 51(9), 824-833.
- Zuckerman, M. (1983). Sensation seeking and sports. *Personality and Individual Differences*, 4, 285-293.